

**La respuesta legislativa del estado colombiano para el acceso a los  
servicios de salud de la población migrante y su acercamiento  
recomendaciones internacionales.**

**Juan Alberto Flores Soto**

**Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas**

**Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano “Utadeo”**

**Tutoras**

**Yessika L. Vasquez Gonzalez**

**Ivonne C. Valero Pacheco**

**Agosto de 2023**

## Tabla de Contenido

Tabla de Contenido .....	2
Índice de Tablas y Gráficos .....	3
Introducción.....	7
Capítulo 1: Contextualización histórica de condiciones relevantes de los servicios de salud en la región antes del fenómeno migratorio. ....	16
Capítulo 2. La relación entre la migración y la salud de los migrantes. ....	35
Marco Legal y normativo .....	42
Marco Sanitario .....	80
Capítulo 3: Actualidad del acceso a servicios de salud y futuro para la conformación de la política pública.....	98
Políticas Públicas en Salud Hoy.....	104
Políticas Públicas en Salud a Futuro .....	117
Conclusiones .....	120
Bibliografía .....	127

## Índice de Tablas y Gráficos

### Ilustración 1. Tendencias migratorias desde Venezuela a otros países del mundo...

Tabla 1. Tratados y Normas Internacionales vigentes sobre migración.....	43
Tabla 2. Olas de emigración venezolana, 1990-2018 .....	49
Tabla 3. Legislación colombiana sobre la protección de los derechos de los migrantes venezolanos.....	70
Tabla 4. Legislación internacional vigente sobre aspectos sanitarios .....	82
Tabla 5. Legislación nacional vigente sobre aspectos sanitarios .....	94

## Resumen

El presente trabajo pretende explicar cuáles y cómo han sido las respuestas en Colombia para el acceso a los servicios de salud para las poblaciones de estudio, es decir, migrantes, con enfoque prioritario en aquellos en condición de ilegalidad o irregularidad, tomando en cuenta elementos históricos, culturales, sociales, económicos, geográficos y regionales para el abordaje de la problemática. La investigación centra sus esfuerzos en la revisión sistemática de la legislación y la normativa en acceso a la salud para los migrantes tomando como referencia la migración venezolana en Colombia a la luz del bloque de constitucionalidad y de los acuerdos internacionales vigentes durante la crisis migratoria. Este estudio con método analítico-comparativo podría aportar ventajas, identificar falencias, considerar procesos y dinámicas para el futuro de la conformación de las políticas públicas, cotejar similitudes y diferencias contra el ideal o el deber ser, así como tratar de dar explicación a los diversos medios para el cumplimiento de objetivos específicos de proporcionar atención en salud a poblaciones migrantes en condición no regular dentro del territorio colombiano, tomando referentes internacionales y regionales.

**Palabras clave:** Colombia, políticas públicas, población migrante, Venezuela, servicios de salud, recomendaciones internacionales.



## **Abstract**

This study tries to explain which and how are the responses in Colombia about health care for the chosen populations, immigrants, specially the ones in a non-regular or illegal condition considering historical, cultural, social, economic, geographic and regional elements for addressing that problem. The research focuses on the systematic review of the health rights taking example for the Venezuelan immigrants in Colombia, considering constitutional block and international agreements in force during the migration crisis. This study could bring advantages, identify deficiencies, consider processes and dynamics for the future of public policies, compare similarities and differences with the ideal or the *ought to be*, as well as try to give an explanation to the various means for the fulfillment of specific objectives such as delivering health services to the migrant population in a no regular condition inside the Colombian territory, it also takes Ecuador and Peru as referents.

**Keywords:** Colombia, public policies, migrant population, Venezuela, health services, international recommendations.

## Introducción

Desde mucho antes de la llegada europea a estas tierras, pueblos indígenas y seminómadas han caminado por lo que hoy son los territorios de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile bordeando la costa pacífica; del mismo modo, otros grupos poblacionales recorrieron los territorios actuales de Venezuela, Brasil y Argentina por la costa Atlántica. Existe una interconexión más que evidente entre todos nuestros pueblos originarios; ejemplo de ello son las guerras en las que se ha participado, los tratados que se han firmado, los límites que se han establecido, las alianzas comerciales e incluso la misma historia de conquista.

Más adelante, durante las campañas de emancipación latinoamericanas, tanto el ejército del Norte como el de Los Andes estaban conformados por hombres y mujeres de todos los rincones de Suramérica desde Maracaibo, pasando por Carabobo, Boyacá, Pichincha, Bomboná, Chacabuco, Maipú, Junín y Ayacucho, personas de todos los pelambres recorrieron el continente persiguiendo españoles y empujándolos hasta Lima, para luego ser expulsados definitivamente. Estas personas aún no tenían nacionalidades, banderas ni fronteras y, los nacientes Estados liberales así como sus formas de gobierno y legislación se crearon alrededor de acuerdos comerciales, militares y culturales, nunca por desacuerdos, pero siempre tomando como referencia su herencia cultural, sus rasgos compartidos y el beneficio colectivo.

En el norte de Suramérica, un gran proyecto vio la luz, el sueño de Francisco de Miranda: la Gran Colombia, un Estado multinacional de 2,5 millones de kilómetros cuadrados que reunía a las antiguas capitanías de Venezuela, Quito, Panamá y Guayaquil y la antigua capital virreinal de Santa fe. Al cabo de once años y por múltiples problemas administrativos, en 1830 triunfaron los partidos federalistas, se definieron las autonomías y se disolvió la Gran Colombia (Rojas, 2019). Este proceso de secesión fue el parto que dio a luz a tres hijos de América: Venezuela, Colombia y Ecuador. Luego, por tercera vez, queda en evidencia la hermandad de sangre que une a estas naciones, al ser hijas de los mismos pueblos originarios, de los mismos patriotas beligerantes y de la misma madre que las trajo al mundo.

Colombia y Venezuela comparten múltiples fronteras siendo la más grande de 2219 kilómetros, que se encuentra marcada por el cauce del río Orinoco, así mismo, existen dos territorios que es imposible separar por límites administrativos: los llanos y el desierto (Henaó, 2018). Es así que esta cercanía condicionó que durante las décadas de los 80 y los 90 del siglo pasado, existiese un fuerte proceso migratorio desde Colombia hacia Venezuela, muchos colombianos salieron en búsqueda de mejores oportunidades económicas y laborales o huyendo del conflicto armado (Pellegrino, 2003).

Según datos del censo de 2011 en Venezuela eran 721.791 colombianos que residían en este país bajo la figura de regularidad. No obstante, muchos permanecieron de forma irregular, lo cual, podría ascender dicha cifra a 1 o 2

millones, ocasionando una coyuntura para el vecino país dentro de un fenómeno migratorio alto. Actualmente, el fenómeno se presenta a la inversa, la crisis política, económica y social que afronta Venezuela, ha enmarcado la expulsión de miles de habitantes de dicho país al exterior (El Tiempo, 2017).

Para mediados de 2018, según estimaciones de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2018), aproximadamente 2'269.123 de venezolanos habían salido de su país, 1'529.021 de estos migrantes se encontraban en Suramérica; 935.593 en Colombia. Ahora bien, el fenómeno de las migraciones trae consigo la interculturalidad, aquello que los sociólogos llaman inculturación y que comunmente se llama mezcla. Muchos de los venezolanos que están llegando a Colombia desde 2018 hasta hoy son hijos de colombianos nacidos allá, o son las mismas familias que se fueron hace un par de décadas y que ahora vuelven buscando lo mismo por lo que se fueron: mejores oportunidades.

Colombia, por ser el país vecino con la frontera más grande, ha sido fuertemente impactada por las migraciones forzadas de personas provenientes de Venezuela (OIM, 2018), Colombia tiene ahora el desafío de manejar los procesos migratorios y de integración evitando la vulneración, directa o indirecta, de los derechos humanos. Para entender la política pública colombiana y su forma de respuesta a la migración a la que se enfrenta, deben tomarse como referencia otros ejemplos de países latinoamericanos, lo cual ya regionalmente presenta dinámicas complejas considerando que Latinoamérica (LA) es toda una masa continental única y compacta que empieza en el río Bravo al norte de México y termina en la Tierra del Fuego en Chile, que alberga una población aproximada de 650 millones de

habitantes en 20 países incluyendo las islas caribeñas, en LA se hablan 10 idiomas oficiales y poco más de 1.200 lenguas ancestrales (Concepto, 2023). Es el bloque continental se comparten características como idioma, religión, origen, independencia, influencia, por tanto, su forma de hacer política y salud pública, así como de responder a las necesidades humanas como lo es el acceso a los servicios de salud, comparte así mismo múltiples elementos.

Esta investigación centra sus esfuerzos en la revisión sistemática de los derechos en salud de los migrantes en Colombia tomando como principal referente la migración venezolana a la luz del bloque de constitucionalidad y de los acuerdos internacionales; analizando su acrcamiento a las recomendaciones internacionales sin dejar de lado las realidades de la región, por ello se han seleccionado otros países vecinos que, junto con Colombia, son los mayores receptores de migrantes venezolanos en suramérica: Ecuador y Perú, con el fin de contextualizar los hallazgos regionales.

## **Marco metodológico**

### Objetivos de la investigación

- a) Describir y sintetizar cual fue la respuesta legislativa del estado colombiano para el acceso a los servicios de salud ante la contingencia migrante en Colombia
- b) Cotejar su acercamiento respecto a las recomendaciones internacionales en materia de acceso a los servicios de salud en poblaciones migrantes

### Clasificación del estudio

Transversal – un período de tiempo fue seleccionado para el análisis documental, se tomaron en cuenta los documentos expedidos entre los años 2012 a 2021 que concuerdan con el período más álgido del fenómeno migratorio en Colombia, selección por conveniencia.

Analítico – Con base en los contenidos de los textos se obtuvieron categorías documentales basadas en la hermenéutica del investigador

Descriptivo – se sintetizan y reseñan los principales contenidos documentales.

Cualitativo – con base en las categorías documentales se realizan agrupaciones por temas de afinidad y contenidos similares basados en características relacionadas entre sí.

## Alcances y limitaciones del estudio

Al ser un estudio predominantemente descriptivo que implica una hermenéutica lector-dependiente, se corre el riesgo del sesgo interpretativo, así mismo, no se generan modelos explicativos del fenómeno o cotejo con la implementación de lo declarado documentalmente. Se limita solo a la respuesta legislativa.

## Método secuenciado de trabajo

Fase de marco teórico y contextualización – se abordan las fases de antecedentes históricos para la mejor comprensión de los fenómenos migratorios y la legislación con respecto al mismo

Elección documental y de las fuentes – Con base en el período establecido se definen los criterios de inclusión:

- a. Documentos emitidos en el período seleccionado
- b. Documentos emitidos por autoridades potestadas en Colombia
- c. Publicados en sitios oficiales o documentos físicos extractos de documentos oficiales
- d. Documentos vinculantes o con calidad de obligatoriedad

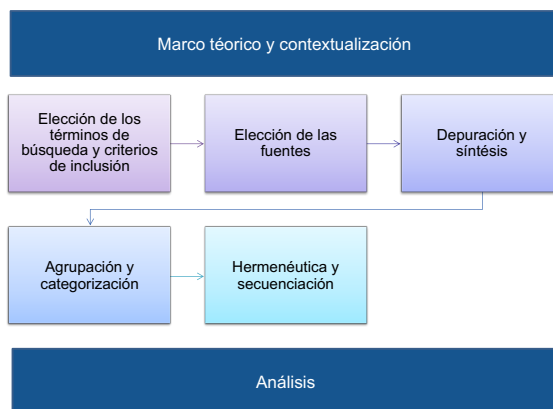


Figura 1. Síntesis de la metodología

Depuración y síntesis – Se realiza un repaso rápido de los términos seleccionados y su asociación y relevancia para la investigación.

Agrupación – con base en criterios de conveniencia los documentos se agrupan por categorías documentales para sus análisis.

Secuenciación – Se realiza un ordenamiento lógico que agrupa la cronología decisional y de emisión de la normativa

Síntesis – con base en la interpretación del autor, se realiza un extracto del documento abreviando sus principales contenidos.

Análisis – tomando en cuenta los criterios ya mencionados, se concluyen puntos clave y concisos de los documentos.

#### Jerarquización documental

La jerarquización del documento se realizó con base en el modelo de la pirámide de Kelsen adaptado a Colombia (figura 2), se consideran tres niveles:

- a. Nivel fundamental: en este se incluyen los documentos citados y que fundamentan la respuesta legislativa del estado colombiano, entre ellos la carta magna, Constitución Política de Colombia de 1991, así como múltiples tratados los cuáles han sido ratificados e integrados a la normativa colombiana.
- b. Nivel legal: se incluyen las leyes orgánicas y ordinarias así como aquellos reglamentos y decretos emitidos por el ejecutivo o los poderes legislativos a través de su paso por las cámaras.
- c. Nivel sublegal: se incluyen los documentos emitidos por autoridades de nivel judicial, departamental ministerial y de la corte suprema.

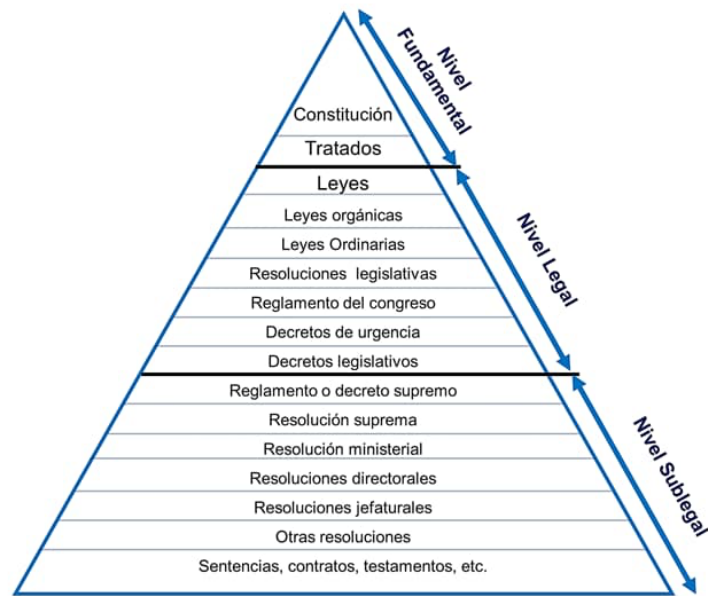


Figura 2. Modelo kelsiano adaptado a Colombia

### Estructura del documento

De tal suerte que el documento se ha organizado de la siguiente forma: Un primer capítulo de contextualización donde se describen las realidades propias, principalmente históricas y del contexto de los servicios sanitarios de los países elegidos hasta antes de la crisis migratoria. Un segundo capítulo que desarrolla ampliamente los temas de migración y salud a partir de dos marcos de referencia; a saber; marco legal, en el que se evidencian las políticas migratorias llevadas a cabo por cada país en medio de la crisis migratoria así como las dificultades y los aciertos que esto significa para la coyuntura regional; y el marco sanitario, en el que se esbozan las políticas sanitarias aplicadas por cada país a propósito de la crisis migratoria así como las ventajas y desventajas en medio de la coyuntura regional. Finalmente, un tercer capítulo de actualidad y retos sobre expectativas en materia de

políticas públicas en salud respecto a las poblaciones migrantes y su acceso a los servicios de salud.

Respecto a la clasificación y el tipo de estudio se considera un estudio original, donde el análisis de los resultados pretende generar postulados e información novedosa e innovadora. Toma como referencia estudios de política pública comparada sin poder ser considerado replicativo. Puede ser clasificada como una investigación básica, académica y teórica-inferencial en la cual el análisis de causalidad permitirá el establecimiento de conceptos o abstracciones con la limitante de no poder llegar a formular hipótesis o modelos explicativos pero si identificando etiologías, relaciones causa-efecto y probables mecanismos de causalidad mediante un análisis de tipo descriptivo – comparativo,.

## **Capítulo 1: Contextualización histórica de condiciones relevantes de los servicios de salud en la región antes del fenómeno migratorio.**

La globalización es un fenómeno que impacta diariamente al mundo, dentro de sus principales objetivos se encuentra fortalecer el capitalismo y expandir el flujo comercial, analizando esta situación, todos los países que quieran considerarse globalizados, están en la obligación de orientarse y enmarcarse en la nueva generación de la libre comercialización de bienes, servicios, capitales e información y en el libre flujo y tránsito de personas que, en últimas, son quienes llevan las ideas, los bienes, los servicios, el capital y la información. Latinoamérica debe adoptar estrategias que sean convenientes para el crecimiento de la región y del país en cuanto a interrelación fronteriza, regional, continental y global, sin embargo en materia de salud esta globalización presenta ciertos efectos sobre la salud y su acceso a los mismos (Franco, 2003) entre ellas:

Diferencia entre los servicios de salud de las personas, lo que conlleva inequidades.

- Influencia de organismos internacionales así como influencia de las dinámicas globales que condicionan las formas en que el estado financia y regula los sistemas de salud.
- Los riesgos en los estilos de vida como la alimentación entre otras del contexto globalizado que incrementan ciertos padecimientos crónicos.

- El impacto del cambio climático y sus efectos en la salud de las personas.
- La transnacionalización de insumos y tecnología médica, como el acceso a nuevos medicamentos y dispositivos disponibles solo para algunos países y que representa implicaciones éticas, políticas y económicas.

Positivamente, existe la apertura de posibilidades más accesibles para el estudio, el trabajo, la migración legal, en salud, el intercambio de conocimiento médico, los protocolos de investigación multicéntricos en varios países, la creación de guías de práctica clínica estandarizadas, el intercambio para la formación de los recursos humanos en salud, la colaboración epidemiológica, las respuestas solidarias a emergencias en salud, entre otras. Todo esto es positivo y necesario para el bien de la salud mundial.

El concepto de globalización a escala planetaria crece día a día con la comunicación e interdependencia entre las naciones, uniendo sus mercados, sus sociedades y sus culturas a través de una serie de transformaciones -o "ajustes"- sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global. Lo anterior es producido principalmente por las sociedades que viven bajo la influencia del llamado capitalismo democrático de los últimos tiempos, una doctrina político-económica que ha abierto la puerta a la revolución informática, llegando a altos niveles de liberalización y democratización en su cultura política, en su ordenamiento jurídico, en su ámbito económico nacional y en sus relaciones internacionales.

Dentro de LA, el subcontinente inferior corresponde a Suramérica (SA), desde el cabo de La Vela en el extremo norte de Colombia hasta la Tierra del Fuego en el extremo sur de Chile, es una superficie de 17'855.914 kilómetros cuadrados, alberga una población aproximada de 44 millones de habitantes, comprende 13 países, nueve idiomas oficiales y poco más de 600 dialectos ancestrales (Concepto, 2023). Con excepción de Brasil y algunas islas caribeñas, toda SA habla español, en esta región se pueden encontrar las más grandes alturas de la tierra, algunas de las ciudades más densamente pobladas de todo el continente y algunos de los asentamientos humanos más antiguos del continente. Es en este punto del planeta donde se está viviendo una de las mayores diásporas de los tiempos recientes provocada por asuntos ideológicos y políticos pero que repercute, necesariamente, en el ciudadano de a pie.

A partir de la caída del Muro de Berlín y la posterior desaparición de la Unión Soviética, el mundo quedó acostumbrado a ciertos términos de vulgatas ideológicas entre la salud como una obligación del estado, como una prestación social o como un mercado privado que condicionan el acceso a la salud; para Apuleyo, Montaner y Vargas (2014) la pobreza y la deficiencia de los servicios (entre ellos los servicios sanitarios) corre por cuenta del imperialismo y de la oligarquía, el monopolio del Estado en todos los ámbitos de producción, definiendo y que impide una política de desarrollo basada en la libertad de empresa, en un gasto público manejado con rigor, la conquista de nuevos mercados y en pilares como la educación y la salud de calidad y el acceso a las nuevas tecnologías.

A pesar de que la salud pública en las Américas se originó a inicios del siglo XX con la creación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una organización que buscaba controlar las enfermedades infecciosas que afectaban el comercio y el progreso de la región; la OPS fomentó la colaboración entre los países y el intercambio de saberes y experiencias para mejorar las condiciones de vida y salud de los pueblos americanos. Sin embargo, durante las muchas dictaduras en América Latina se impusieron políticas neoliberales que favorecieron a la medicina privada, debilitaron a la medicina pública y generaron desigualdades; algunos ejemplos de estas dictaduras con catastróficos efectos sobre los sistemas de salud fueron:: República Dominicana (1930-1961), Nicaragua (1036-1956) y Venezuela (1948-1958). Posteriormente la Guerra Fría entró a la región por Colombia (1953-1957), Paraguay (1954-1989), Brasil (1964-1985), Bolivia (1964-1982), Perú (1968-1980), Ecuador (1972-1979), Uruguay (1973-1984), Chile (1973-1990) y Argentina (1976-1983).

Durante esta etapa, los sistemas de salud en América Latina sufrieron los efectos de dichas dictaduras militares o civiles que reprimieron los movimientos sociales, violaron los derechos humanos y aplicaron políticas neoliberales que favorecieron los intereses de las élites y las corporaciones transnacionales. Estas políticas tuvieron un impacto negativo en la salud pública, ya que redujeron el gasto social, desmantelaron los sistemas públicos de salud, fomentaron la mercantilización de la medicina y generaron desigualdades, pobreza y exclusión (Fierros, 2014).

Estas políticas también reprimieron y violaron los derechos humanos de miles de personas, incluyendo profesionales y trabajadores de la salud. La crisis de la salud pública se originó en esta época y se ha prolongado hasta hoy.

Al finalizar el período de dictaduras, viene la llamada “década perdida” que fueron los 80, un período de profunda crisis en todos los ámbitos incluidos los servicios sanitarios y la salud pública que el mismo Estados Unidos aprovechó para endeudar al continente con préstamos impagables, volatilidad inflacionaria y de tipo de cambio, inestabilidad política generalizada y descenso en los precios de las materias primas. El Banco Mundial (BM, 2023) afirma que desde 2012 y casi hasta finalizar la década también se presentó un fenómeno de década perdida pues se repetían los patrones de la anteriormente descrita: estrepitosa caída de los índices económicos regionales, crecimiento nulo o recesión económica, turbulencia política y social.

Llegan los 90, a los que los autores llaman “década desideologizada”. En la que existió la redistribución de las ganancias de aquellas reformas traumáticas de la década anterior que por fin empezaban a ver los frutos y había que repartirlos, lo cual implicaba grandes reformas estructurales y saber sobrellevar a los países medianamente bien encaminados, es en esta etapa que el sistema de salud colombiano sufre su mayor reforma histórica con la ley 100..

Latinoamérica pasó, como región, de tener una participación del 6% en el PIB mundial, a tener casi el 8%. Al mismo tiempo, el crecimiento, la extensión del crédito bancario y, en menor medida, los programas asistenciales financiados por los ingresos fiscales del *boom* parieron una nueva clase media. Entre 50 y 70

millones de personas pasaron a engrosar las filas de la clase media (BM, 2003). Pero en esa misma década, una minoría sucumbía hacia el fenómeno inverso. El retorno de la rancia y polvorienta ideología tercermundista, solo que adaptada a los nuevos tiempos, naturalmente, nos referimos al populismo autoritario, en sus distintas variantes, llámese socialismo del siglo XXI, kirchnerismo, chavismo, neocastrismo, incluso indigenismo (Fernandes, 2020). La relación entre el populismo autoritario y la salud es compleja y depende del contexto de cada país. Sin embargo, se puede decir que algunos rasgos comunes como son:

- Aversión por la norma sanitaria internacional y la evidencia médica.
- El uso de la enfermedad y las necesidades en salud de las personas como una oportunidad para concentrar el poder y socavar las instituciones democráticas.
- El desprecio hacia la transparencia y rendición de cuentas respecto a la gestión de los sistemas de salud y los recursos que destinados a ello. (Speed, 2020)

Llega así la segunda década del siglo XXI, del 2010 al 2020, el espejismo de los altos precios por las materias primas, la recesión económica europea, la crisis inmobiliaria norteamericana, la invasión a Irak y sus consecuencias con respecto al petróleo, etc., no durarían para siempre. Dentro del grupo de países latinoamericanos mejor preparados para afrontar dicho contexto destacaron Chile, Perú, Colombia y México (OCDE y Banco Mundial. (2020), A continuación se presentan pues, las realidades de los países seleccionados hasta antes del

comienzo de la crisis migratoria de venezolanos por todo el continente. Agregandole a la lista de los autores, al país de origen, Venezuela, y al vecino, Ecuador, en calidad de mayor receptor de migrantes junto con Colombia y Perú.

## **Venezuela**

En 1958, un levantamiento militar, y posteriormente popular, contra la dictadura de Marcos Pérez Jiménez terminó con el llamado de la Asamblea Nacional Constituyente y la promulgación de la Constitución de 1961, se iniciaba así la Cuarta República. Se trata de un período de 40 años que, con altibajos y contramarchas, fue el más estable, próspero y pacífico de la historia de ese país. El promedio de vida del venezolano era de 53 años para 1958 y ascendió a 72 para 1998. La red vial del país en la dictadura era de 6mil kilómetros y con la democracia aumentó a 98mil. La dictadura dejó las primeras tres universidades desde mediados del siglo XX, la democracia entregó 400 instituciones de educación superior al iniciarse el siglo XXI.

Durante esos 40 años surge una Venezuela moderna que poseía uno de los más altos índices de ingreso *per capita* de América Latina, con oportunidades de empleo para todo el que tuviera una buena disposición para trabajar o que poseyera el fuego de los emprendedores, como demuestra el flujo migratorio constante de españoles, portugueses y colombianos, junto a los exiliados de Cuba, Chile, Argentina y otras dictaduras latinoamericanas. Todos encontrarían en Venezuela refugio y una oportunidad de ganarse la vida, a veces con cierta opulencia.

El sistema de salud venezolano está regulado por dos grandes actores que son el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), quienes son los principales responsables de financiar y proveer servicios de salud a la población. Sus ramas son las diferentes instituciones públicas y privadas que ofrecen atención médica en distintos niveles y modalidades (Bonvecchio, 2011).

En materia de salud, durante los 60 y 70, el sistema de salud creció y se expandió, gracias al aumento de los ingresos petroleros y a la creación de programas de salud pública, como el Plan Nacional de Salud Rural y el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Se construyeron hospitales y centros de salud en todo el país, se amplió la cobertura de seguridad social y se mejoraron algunos indicadores de salud, como la mortalidad infantil y la esperanza de vida (Ferrer, 2013).

Durante la siguiente década, el sistema sufrió una plaga de neoliberalismo, que debilitó sus raíces. El Estado redujo su inversión en salud, se aplicaron medidas de ajuste estructural, se descentralizaron y privatizaron algunos servicios, se fomentó la competencia entre los prestadores y se incrementó el pago de bolsillo por parte de los usuarios. El sistema de salud se fragmentó y segmentó, generando desigualdades en el acceso, la calidad y la eficiencia de la atención.

Para 1989, cuando Carlos Andrés Pérez asume su segundo mandato, el PIB *per capita* se había reducido en un 15%, el desempleo se había duplicado, del 6% al 12%, los salrios reales habían bajado un 12% y la pobreza había aumentado de un 18% a un 25% del censo. Pérez ya no contaba con los petrodólares y el escenario que vislumbraba era dantésco. Liberalización de los precios, adaptación de precios y costos a la realidad, privatizaciones, liberación de tasas de interés, flotación de la moneda, reducción de aranceles y de gastos, eliminación de subsidios (principalmente el de la gasolina). El 27 de febrero de 1989, luego de anunciar un necesario aumento en las tarifas del transporte urbano, Caracas se convirtió en una “tierra sin ley” con saqueos, incendios y destrucción, el famoso “Caracazo”. El

ejercito tuvo que intervenir para preservar el orden , aunque ello costó poco más o menos mil vidas humanas (Sabino, 1999).

Entre los años 2000 y 2010, con la revolución bolivariana, se aprobó una nueva Constitución que consagró el derecho a la salud como un deber social del Estado. Se inició un proceso de reforma para crear un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), integrado por todas las instituciones públicas del sector. Se implementó el programa Barrio Adentro, que brindó atención primaria gratuita y universal a las comunidades más pobres y excluidas, con el apoyo de médicos cubanos. Se aumentó el gasto público en salud, se fortaleció la participación social y se mejoraron algunos indicadores de salud, como la mortalidad materna y la desnutrición infantil (Gómez, 2019).

Con el paso del tiempo y el aumento del malgasto, la corrupción y la mala gestión, empezaron a deteriorarse las cosas. Paralisis económica y tendencias inflacionarias asomaban por todas partes, aún así, Pérez y sus sucesores reforzaron la mentalidad de que los venezolanos podían vivir de las dádivas del Estado, en vez de motivar a la población a trabajar, a hacer empresa, a crecer y a hacer crecer en Estado entre todos. Al fin y al cabo, como dicen Apuleyo et al., *“casi toda la clase política repetía el mismo mensaje: las penurias del pueblo venezolano se debían a la codicia de unos tipos desalmados, los empresarios y los gobernantes de turno, que les robaban a los desposeídos lo que les pertenecía”* [...] El problema de fondo, decían, no era de producción, sino de distribución (2014, p.89).

En cuanto a la economía, Venezuela era un país rico en recursos naturales, especialmente petróleo, que era su principal fuente de ingresos. Sin embargo, la economía era muy dependiente de la exportación de petróleo, lo que la hacía

vulnerable a las fluctuaciones del mercado internacional del petróleo. En términos sociales, Venezuela era un país con una gran desigualdad económica. A pesar de ser rico en recursos, una gran parte de la población vivía en la pobreza y la exclusión social –un mal del que sufren los grandes países petroleros del Medio Oriente también-. Además, el país sufría de altos niveles de criminalidad y violencia, en gran medida permitidos por la falta de gobernabilidad y la ausencia de institucionalidad en todo el territorio, además del conflicto que vivía Colombia con los grupos armados ilegales que siempre han tenido la frontera colombovenezolana como un corredor de impunidad.

Aún así, Venezuela era un país pujante, en franco desarrollo y líder en la región, recibía migraciones europeas, mediterraneas y del Medio Oriente, sin embargo, el deterioro progresivo y la crisis político, económica y social que derivó en el éxodo migratorio uede explicarse con los siguientes elementos:

- 3) la violencia que, a hoy en día, es el principal problema del país; ii) el empobrecimiento progresivo, hiperinflación, desabastecimiento, pobreza y misera exorbitantes, la ruina total; iii) la destrucción de fuentes de trabajo, el desempleo, el cierre de industrias y la emigración dejan al país sin posibilidad alguna de empleabilidad; iv) el despilfarro de los recursos nacionales, es bien sabido que Chavez mantuvo a flote por muchos años la dictadura cubana, la boliviana, la ecuatoriana, la argentina y la nicaraguense; v) la inmensa corrupción, según Transparencia Internacional, Venezuela es el país más corrupto de LA y uno de los más podridos del mundo, es la cueva de Alí Babá; vi) la incompetencia, el chavismo –al igual que el volchevismo en la Unión Sovietica- no saben

gobernar, nunca estuvieron preparados y nunca lo aceptaron; vii) la falta de seriedad: esquizofrenia, demagogía, populismos infundados, discursos incendiarios y delirios de megalomanía, entre otros aspectos tanto de Chavez como de Maduro; y viii) el aventurismo temerario, las alianzas innecesarias con Irán, Siria, Turquía, Rusia y China, al mismo tiempo que se relacionaba con las extintas FARC y otros grupos insurgentes.

Es realmente paradójico que un país que ofrecía tantos beneficios a sus ciudadanos, actualmente se vea en tal situación de xenofobia, discriminación y vulnerabilidad internacional (HRW, 2021). El pasaporte venezolano siempre estuvo dentro de los más poderosos de la región, sus fuertes relaciones con la Europa mediterránea hacían que no necesitaran visa para entrar a Portugal, España e Italia, que tuvieran facilidad para ingresar al espacio Schengen así como a los Estados Unidos, libre tránsito por los países miembros de la CAN, Mercosur, Pacto Andino, OPEP, entre otros. Actualmente ni siquiera se están expidiendo pasaportes para quienes están saliendo masivamente del país, se le ha privado, vetado o expulsado de muchos tratados internacionales restringiendo la libre movilidad de la gozaba el venezolano, convirtiéndolo hoy, en un migrante no regular.

## ***Ecuador***

Hasta hace veinte años, la tradición migratoria del Ecuador era muy baja. A finales del siglo pasado un par de hechos transforman la dinámica migratoria del país.

En primer lugar, el Ecuador experimenta un éxodo hacia el sur de Europa y los Estados Unidos de alrededor de dos millones de personas que salen en un lapso de tiempo bastante corto, entre 1998 y 2008 [...] En segundo lugar, se produce la llegada de grandes contingentes de refugiados colombianos que huyen del recrudecimiento de la violencia en el país vecino en la primera década de 2000 [...] En tercer lugar, a partir de 2008, empiezan a llegar nuevas migraciones a Ecuador procedentes del Caribe –cubanos y haitianos- y también de países africanos y asiáticos introduciendo al país a circuitos de migraciones sur-sur hasta entonces muy escasas. (Herrera y Cabezas, 2019, p.125)

Finalmente, una cuarta ola de migrantes provenientes del norte del continente, Estados Unidos mayormente, son nuevos residentes de tercera edad y se instalan al sur del país, al mismo tiempo que de España está huyendo una gran cantidad de mano de obra cualificada producto de la crisis de 2006, algunos de los cuales se instalan en la ciudad de Quito. Como resultado de estos cambios, en esos veinte años Ecuador empieza a reconocerse como un país de múltiples movilidades –de migración, inmigración, refugio y tránsito de personas- (2019, p.126). Todo lo anterior hace que al Ecuador le urja un lavado de cara y una renovación estructural, lo que el Presidente Rafael Correa tradujo, muy inteligentemente, en la redacción de una nueva Constitución en octubre de 2008.

## **Perú**

Cuando una parte de LA vivía los procesos de las dictaduras militares de derecha, el Perú experimentó la llegada de una dictadura de corte socialista. El general Juan Velazco Alvarado ejecutó un golpe de Estado el 3 de octubre de 1968 en contra del presidente Fernando Belaúnde Terry y logró ejercer el poder absoluto hasta 1975; cuando otro militar, Francisco Morales Bermúdez mantuvo la línea militar hasta 1980 que el Perú retornó a la senda democrática –no se sabe bien si para bien o para mal-. El actual modelo peruano tiene fecha y lugar de nacimiento en la Plaza San Martín del centro de Lima, la noche del 21 de agosto de 1987. Según Apuleyo et al. (2014) aquella noche, Mario Vargas Llosa encabezó una gran concentración contra el intento del entonces presidente, Alan García Pérez, de estatizar todo el sistema financiero (p.229).

Según el artículo de Sánchez-Moreno, el Perú fue el primer país en Sudamérica en iniciar la organización moderna de su sistema de salud en 1978, antes que Chile, Brasil, Colombia y Ecuador. Sin embargo, este avance pionero no se consolidó por falta de una política de Estado y se produjeron reformas permanentes que no lograron mejorar el desempeño, la continuidad y la evaluación del sistema.

En la década 2005-2014, se reconoce el mejoramiento de la cobertura financiera, pero no del acceso a servicios de salud integral y de calidad. Se identifican serias brechas de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y acceso a medicamentos, así como ineficiencia organizacional (Cañizares, 2017). Se propone crear un solo fondo nacional de financiamiento y un solo plan de salud para todos los peruanos

Un par de meses antes de las elecciones de 1990, nadie conocía a ciencia cierta quién era Alberto Fujimori Fujimori, lo cierto es que con un extraño discurso populista pero antiliberal, se hizo con la banda presidencial y la mantuvo durante tres períodos consecutivos. Fujimori abrió la década con una serie de medidas de estabilización fiscal y monetaria, liberalización comercial y privatización de empresas públicas, bajo un esquema de autoritarismo y manipulación de las instituciones que a la larga partió en dos a la sociedad peruana. Según Apuleyo et al., la apertura y la desestatización muy pronto acarrearón efectos beneficiosos, empezando por el control de la inflación y la estabilidad. Para finales de 1997, el PIB *per cápita* creció en total un 26%, gracias al aumento de la inversión privada, la extranjera se sextuplicó, las exportaciones se duplicaron y las reservas del Banco Central pasaron de poco más de 1mil millones de dólares a algo más de 10mil millones (2014, p.231).

A partir de 1998, las cosas se complicaron mucho porque la crisis internacional afectó al Perú y porque el gobierno paralizó las reformas con miras a facilitar lo que a partir de entonces fue la obsesión del gobernante: la tercera elección consecutiva, prohibida por la Constitución [...] La reacción que esto provocó dio a los sectores democráticos un impulso formidable: lo que hasta entonces había sido una resistencia heroica pero muy minoritaria y aislada cobró la densidad de un gran movimiento de masas bajo el liderazgo de Alejandro Toledo [...] Gracias a la revelación del imperio de corrupción que pasaba por la oficina del monje negro del régimen, Vladimiro Montesinos, el fujimorismo se desmoronó, Fujimori escapó al Japón y años después acabaría preso en el Perú. (Apuleyo et al., 2014, p.232).

El período de 1998 hasta 2003, al igual que en Venezuela, Colombia y los demás países de la región, fue clave pues fue el *boom* de las materias primas que permitió que varios de estos países, entre ellos Perú, remontaran la crisis y se posicionara como uno de los líderes de la región. Estimulado por un nuevo contexto sumamente favorable, el retorno de la democracia y un país que estaba en buenas condiciones para aprovechar las oportunidades del mercado mundial, el Perú empezó a despuntar. No fue Toledo sino su sucesor, un Alan García escarmentado en lo que respecta a la visión económica, quien más se benefició de esa dinámica: durante su segundo gobierno la tasa de crecimiento experimentó algunos años notables, en 2006 el PIB crecía a las del 7%, en los años siguientes el ritmo se situó entre el 8% y el 9%, salvo en 2009, cuando la crisis mundial tumbó el crecimiento a menos del 1% (2014, p.233).

Desde 1990 hasta la fecha, la política peruana ha sido muy frágil y toda la institucionalidad peruana ha estado dedicada, casi que exclusivamente, a los problemas internos del país. El diario El País de España (2022) publicó un artículo en el que dice: *“salvo dos presidentes de transición, el resto de políticos que se han sentado en Palacio de Gobierno ha tenido líos con la justicia y en algún momento ha dormido en una cárcel”*. Desde el 2000 hasta la fecha, el Perú ha visto terminar el período presidencial tan solo a dos mandatarios: Alejandro Toledo y Ollanta Humala. Por lo demás, ha habido cinco presidentes interinos: Valentín Paniagua, Martín Vizcarra, Manuel Merino, Francisco Sagasti y actualmente Dina Boluarte; tres que no han podido terminar su mandato: Alberto Fujimori, Pedro Pablo Kuczynski y

Pedro Castillo; cuatro presidentes están detenidos: Alberto Fujimori, Ollanta Humala, Pedro Kuczynski y Pedro Castillo, uno tiene orden de captura: Alejandro Toledo, y uno se suicidó cuando iba a ser detenido: Alan García.

El Perú es un gran enigma para la región, heredero por excelencia del gran imperio de los incas y fortaleza del poderosísimo virreinato del Perú, tiene la extraña costumbre de hacer lo que nadie espera, saliéndose de la norma abruptamente o produciendo fenómenos exagerados que de vez en cuando lo llevan a situaciones límite. Aun así, acaba de cumplir dos siglos de vida republicana en los que ha enfrentado situaciones extremas, problemas severos, y crisis profundas, pero del mismo modo ha salido airoso con soluciones igualmente magistrales. Como dicen Apuleyo et al., el mito de que su carácter, por la impronta andina, es resignado y parsimonioso, melancólico y por tanto ajeno a grandes idealismos, ha sido desmentido a lo largo del tiempo por la severidad de sus problemas y la desproporcionada magnitud de las soluciones escogidas, por las profundidades abismales en las que ha caído y las cimas elevadísimas a las que ha ascendido (2014, p.219).

## **Colombia**

Para Plinio Apuleyo Mendoza, desde 2014, Colombia fue vista en el exterior como uno de los pilares de América Latina con los más alentadores índices de desarrollo. El año 2013 cerró con un crecimiento sostenido del PIB que organismos internacionales como la CEPAL y el FMI proyectaron entre un 4,2% y 4,5% en 2014. La inflación, de un solo dígito, es una de las más bajas de América Latina: llegó en 2013 a solo el 1,94%. El año terminó con el nivel de inversión más alto de su historia y con una notable baja en el desempleo, que solo pisa los umbrales de un 8,5%, con dos millones y medio de puestos de trabajo creados en los últimos tres años. Todo esto, pese al candente conflicto interno que afronta Colombia desde más de cincuenta años, al descrédito de su clase política y a una inquietante corrupción que la invade.

La historia de Colombia hasta antes de la crisis migratoria venezolana es de un solo capítulo, un bucle muy grande y muy doloroso al que eufemísticamente se le ha denominado “la violencia”. Tranquilamente podríamos situar sus orígenes en los inicios de la vida republicana, las rencillas entre bolivaristas y santaderistas son exactamente las mismas que más adelante serían entre centralistas y federalistas, azules y rojos, conservadores y neoliberales, incluso hasta hoy, derecha e izquierda, derivado de lo anterior, Colombia entró, a mediados del siglo XX en la horrible noche del conflicto armado del que hasta ahora está empezando a salir.

Es así como en medio de una enorme polarización, de un incierto dialogo de paz, de una crisis económica y gran desigualdad social y cultural, y de una crisis profunda con el vecino país de Venezuela, empiezan a llegar –legal e ilegalmente- los migrantes que huyen del oscuro panorama que se les presenta. El presidente Santos logró capotear la crisis migratoria y mantener las relaciones diplomáticas; sin embargo, durante la gestión del presidente Duque estas relaciones exteriores con el presidente Maduro y Venezuela sufrieron un “cerco diplomático”, el cual representó un rompimiento en las conversaciones en materia de migración venezolana, por lo cual en Colombia se recurrió a acciones paliativas para facilitar decretos y medidas extraordinarias echándose a la espalda la problemática de la crisis migratoria sin a presencia de relaciones bilaterales.

## Capítulo 2. La relación entre la migración y la salud de los migrantes.

La migración es un fenómeno dinámico y un proceso fundamental en la sociedad actual, como explica Aleskerov, Meshcheryakova, Rezyapova, y Shvydun, (2017) Este proceso puede entenderse como un fenómeno humano complejo y puede abordarse desde diversas perspectivas, entre ellas perspectivas históricas que documentan el fenómeno a lo largo del tiempo; enfoques geográficos que explican la relación entre la distancia, la densidad de población y los movimientos de población; modelos matemáticos que intentan inferir el número de personas que se desplazan; modelos económicos que estudian los cambios en la distribución de la riqueza; y modelos geopolíticos que abordan la cuestión desde la perspectiva de las razones de la migración, como la guerra y las relaciones internacionales.

También existe un enfoque social, que pretende no sólo comprender las razones y las condiciones en las que se produce dicha migración, sino también explicar las consecuencias de los flujos migratorios, ya sean positivas o negativas (Aleskerov, et al, 2017). En otras palabras, la relación entre migración y salud puede situarse *a priori*, con la salud como punto de partida y como causa de la búsqueda de mejores condiciones de vida y de salud que no se dan en el lugar de origen. También puede estudiarse desde diversos ángulos, como examinando las condiciones sanitarias previas a la migración o comparando el perfil epidemiológico de los países de origen y de destino.

Y por otro lado, pueden situarse *a posteriori*, evaluando las necesidades en salud de estas poblaciones con sus particularidades. Así, pueden estudiarse los cambios fisiológicos y como el ambiente físico y el medio impactan en la salud de las personas, puede estudiarse como las sociedades migrantes solventan las necesidades en salud, pero también cómo responden los sitios de acogida tanto en las condiciones de salud, como en el acceso a los servicios de salud desde los distintos niveles; es así, que la participación del Estado y del Gobierno en general se convierte en una línea de investigación interesante en este aspecto.

Para la OIM (2006), la migración se está convirtiendo en una cuestión que exige una perspectiva global y respuestas coordinadas (p.5). En este sentido, la OIM define los siguientes conceptos básicos para comprender este fenómeno: i) Emigración: Acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro. Las normas internacionales de derechos humanos establecen el derecho de toda persona de salir de cualquier país, incluido el suyo. Sólo en determinadas circunstancias el Estado puede imponer restricciones a este derecho. Las prohibiciones de salida del país reposan, por lo general, en mandatos judiciales (p.23). ii) Migración: Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos (p.38). iii) Inmigración: Proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él. (p.32). iv) Ingreso ilegal: Acto de atravesar una frontera sin cumplir con los requisitos necesarios para una entrada legal en otro Estado

(p.32). v) Ingreso legal: Entrada legal de un extranjero al país, por ejemplo, con un visado de inmigrante válido (p.32). vi) Migración irregular: Personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor. No hay una definición universalmente aceptada y suficientemente clara de migración irregular. Desde el punto de vista de los países de destino significa que es ilegal el ingreso, la estadía o el trabajo, es decir, que el migrante no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ingresar, residir o trabajar en un determinado país. Desde el punto de vista de los países de envío la irregularidad se observa en los casos en que la persona atraviesa una frontera internacional sin documentos de viaje o pasaporte válido o no cumple con los requisitos administrativos exigidos para salir del país. Hay sin embargo una tendencia a restringir cada vez más el uso del término de migración ilegal a los casos de tráfico de migrantes y trata de personas. (p.39).

Latinoamérica proporciona particularidades importantes que explican sus procesos migratorios internos, entre ellos, la región se caracteriza por compartir una herencia cultural, lingüística, histórica, religiosa y económica que además presenta bajos niveles de migración internacional y tasas de fertilidad y mortalidad estables, sostenidas y equiparables a pesar de las diferencias entre los países (Bernard, Rowe, Bell, Ueffing, y Charles-Edwards, 2017). América Latina y el Caribe se enfrentan a una nueva era de apertura a la economía internacional, aun cuando la región representa alrededor del 10% de la migración mundial, y cuenta con una creciente participación de individuos, comunidades y países en la migración internacional; la evidencia disponible sobre una serie de patrones migratorios

muestra que uno de sus recursos más abundantes, la fuerza de trabajo en plena edad productiva contributiva, es limitada en su distribución.

En la actual globalización, la región es claramente una fuente de migración, exportando capital humano a diversos destinos. Y la región lo hace con grandes riesgos para los migrantes, con síntomas de deterioro de las capacidades de innovación y nueva dependencia de los recursos provenientes de los migrantes (Martinez, 2003). La migración en América Latina ha visto modificaciones recientes en sus tendencias a partir del 2015, este fenómeno se explica mediante tres patrones: a) se han intensificado los flujos hacia destinos históricos, b) se han incrementado las concentraciones de migrantes en ciertos países de destino y c) se han diversificado y creado nuevos destinos, esto, obedece a situaciones sociales, económicas y políticas especialmente visibles en la República Bolivariana de Venezuela.

Según los datos oficiales de la OIM (2022), hasta el primer semestre de 2022, se estima que más de 5,6 millones de personas han huido de Venezuela desde 2015 debido a la crisis política, económica y social. La mayoría han buscado refugio en países de la región, especialmente en Colombia, Ecuador y Perú. Según el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, hasta julio de 2022, se habían registrado más de 1,8 millones de migrantes venezolanos en el país. En Perú, el gobierno informó que hasta julio de 2022 había 1,2 millones. Mientras que en Ecuador, según el Ministerio de Gobierno, hasta julio de 2022, había 400 mil migrantes venezolanos.

También se ha registrado un flujo importante de migrantes venezolanos hacia países de América Central y del Caribe, como Panamá, República Dominicana y Trinidad y Tobago. De igual forma, un número de migrantes ha podido establecerse en España y en varios países de Europa occidental, así como otros tantos han alcanzado el estatus de refugiados, asilados o residentes temporales en los Estados Unidos. En resumen, la migración venezolana hacia el mundo continúa siendo uno de los mayores desafíos humanitarios y sociales de la región. Los datos oficiales muestran que millones de venezolanos han buscado refugio en países vecinos y más allá en busca de una vida mejor y de oportunidades económicas y sociales.

Las universidades Católica de Chile, de Cuenca en Ecuador, Católica del Perú y del Rosario de Colombia publicaron en 2020 el artículo *Respuesta de los países del Pacífico suramericano ante la migración venezolana: Estudio comparado de políticas migratorias en Colombia, Ecuador y Perú (2020)*, siendo estos tres países los principales receptores de migrantes venezolanos, estos tres gobiernos los que han lanzado una fuerte contraofensiva contra el gobierno de Nicolás Maduro y, finalmente, estos tres países han sido pieza fundamental en los dos grandes movimientos a propósito de la migración venezolana y de la dictadura venezolana, esto es: el Grupo de Lima y el Proceso de Quito (p.219-220).

El fenómeno migratorio se puede abordar desde distintas perspectivas teóricas, desde los derechos de los migrantes, desde las estrategias de gobernabilidad nacional de cada país, desde una visión defensiva y de seguridad

nacional, etc. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2018) el enfoque centrado en los derechos humanos es el resultado del debate de la comunidad internacional relacionado con la garantía y protección de los derechos de las personas migrantes como sujetos de derecho. Todos los tratados y normas internacionales (ver: **Tabla 1**) reivindican la obligación que tienen los Estados de asegurar la vida, la dignidad, la no discriminación, el acceso a la justicia, entre otros, para una población particularmente vulnerable económica, social, política y culturalmente.

Como dicen Gissi Barbieri et al. (2020), la universalidad, individualidad e interdependencia de los derechos humanos trascienden y superan la condición de ciudadanía y se anteponen a la naturaleza del ser humano y de la persona (p.221). En este orden de ideas y teniendo como referencia todos los enfoques de los tratados y normas anteriores, entidades transnacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH), entre otras; así como entidades gubernamentales de los países miembros, han construido una agenda migratoria conocida como el Enfoque Instrumental o de Gobernabilidad Migratoria.

Para Gissi Barbieri et al. (2020), este enfoque busca alcanzar un equilibrio entre el derecho a migrar y las soberanías nacionales de los gobiernos, respaldando una visión pragmática de costo-beneficio que, además, reconoce la imposibilidad

de controlar eficazmente los flujos migratorios (p.221). Para los autores, las migraciones son consideradas mayormente en términos de “ventajas”, acentuando las oportunidades que ofrecen y su capacidad de transformación en el crecimiento económico, el desarrollo social y la reducción de la pobreza. Sin embargo, también existen “deficiencias” por parte de los mecanismos de inclusión socioeconómica de los Estados. Las personas migrantes suelen constituir un segmento de población relegado por las políticas públicas y por los sistemas de protección social en particular (p.221).

El caso puntual de la migración venezolana hacia los países vecinos de suramérica, no se ha llevado a cabo desde el enfoque de los derechos humanos, tampoco desde un enfoque meramente de seguridad nacional de los Estados, sino más bien desde un enfoque más gerencial del fenómeno mismo, es decir, como cuando se contrata a un nuevo gerente para que saque de un apuro puntual a una empresa, tiene que echar mano de sus conocimientos, capacidades y de lo que tenga a disposición para que, sin salirse de la ley y de los parámetros de sus funciones, mostrar resultados. Pero sin poder relacionarse con las demás dependencias de la empresa o poder adquirir mano de obra o accesorios para una mejor ejecución de la labor. Pues así mismo se ha llevado a cabo la tarea de recibir el embate de la crisis venezolana por parte de los países más próximos, a saber: Colombia, Ecuador y Perú.

Los tres gobiernos analizados por Gissi Barbieri et al. (2020), también han sido ampliamente descritos en el libro “Crisis y migración de población venezolana.

Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica” de la Universidad Nacional Autónoma de México (2019). En esta obra, los autores parten del hecho que la migración venezolana ha sido maquillada con una caracterización que la hace particular, esta es: “humanitario”, para ellos, el uso de los términos “éxodo migratorio” o “crisis migratoria” se esconde un subtexto de fracaso de las políticas populares del llamado socialismo del siglo XXI y que, a su vez, se corresponden con una estrategia populista del capitalismo para captar fondos internacionales ante la inminente llegada masiva de venezolanos a las fronteras. Por su parte, la terminología “emergencia humanitaria” o “asistencia humanitaria” tan solo reviste la posibilidad de tomar acciones de control y de seguridad amparadas en la supremacía del bien común y de la autodeterminación de los pueblos.

### **Marco Legal y normativo**

Si bien es cierto, existe abundante información sobre el proceso migratorio que vive Venezuela, la cuestión sobre el uso de las cifras y los datos resulta ser un poco delicada, y muy complicada. Identificar el dato exacto de emigraciones desde Venezuela, identificar los datos de los países receptores, identificar desde qué punto de vista, desde qué institución o desde qué organismo de confianza se van a citar los datos, es en sí mismo un reto del tamaño de la misma magnitud de la crisis. Los términos y las categorías con las que se habla de los venezolanos en el mundo son muchas, a veces son migrantes, a veces son refugiados, a veces son asilados, a veces irregulares, a veces solo en tránsito, algunos con doble nacionalidad y otros ni siquiera con documentos venezolanos. Por todo ello las cifras varían sensiblemente de una fuente a otra, de un país a otro, de un día para otro.

**Tabla 1** Tratados y Normas Internacionales vigentes sobre migración

Tratado/Norma	Descripción
<b>Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)</b>	<p>La Declaración Universal de los Derechos Humanos es un documento histórico adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París, Francia. Fue el primer instrumento internacionalmente reconocido que estableció los derechos humanos fundamentales que deben ser protegidos en todo el mundo, y se considera uno de los hitos más importantes en la historia de los derechos humanos. El documento fue elaborado por un comité de la ONU presidido por la estadounidense Eleanor Roosevelt, e incluyó representantes de diferentes culturas y tradiciones jurídicas. La Declaración consta de 30 artículos, que establecen los derechos fundamentales de todos los seres humanos, independientemente de su raza, género, origen nacional, religión u otras características personales.</p> <p>La Declaración Universal de los Derechos Humanos ha sido ratificada por casi todos los países del mundo y ha influido en la creación de muchas leyes nacionales y regionales de derechos humanos. También ha sido la base para la creación de tratados internacionales de derechos humanos más detallados. A pesar de la importancia de la Declaración, todavía hay muchas violaciones de los derechos humanos en todo el mundo. La protección de los derechos humanos sigue siendo un desafío constante, y la Declaración Universal de los Derechos Humanos sigue siendo una inspiración para los defensores de los derechos humanos en todo el mundo (United Nations, 1948).</p>
<b>Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (1951)</b>	<p>La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados es un tratado internacional adoptado en 1951 por la Asamblea General de las Naciones Unidas que establece el marco legal para la protección de los refugiados. Según la Convención, un refugiado es una persona que “debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentra fuera del país de su nacionalidad y no puede o, a causa de dichos temores, no quiere acogerse a la protección de tal país”. La Convención establece las obligaciones de los Estados para proteger a los refugiados y garantizarles el acceso a la asistencia humanitaria, la educación, el empleo y otros derechos básicos. También prohíbe la devolución forzada de un refugiado a un país donde pueda estar en peligro de persecución.</p> <p>La Convención fue adoptada en un momento en que Europa todavía se recuperaba de la Segunda Guerra Mundial y había un gran número de personas desplazadas en todo el mundo. Desde entonces, ha sido uno de los tratados internacionales más importantes para la protección de los derechos de los refugiados y ha sido ratificado por la mayoría de los países del mundo. Sin embargo, a pesar de la existencia de la Convención, sigue habiendo desafíos en la protección de los derechos de los refugiados en todo el mundo. La crisis de refugiados de los últimos años ha puesto de manifiesto las limitaciones de la Convención y ha llevado a un debate sobre la necesidad de actualizarla para reflejar las realidades actuales (ONU, 2023).</p>

**Pacto Internacional sobre  
Derechos Civiles y Políticos  
(1966)**

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos es un tratado internacional adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, y entró en vigor el 23 de marzo de 1976. Es uno de los dos tratados que conforman el denominado Pacto Internacional de Derechos Humanos, junto con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece los derechos civiles y políticos que los Estados partes se comprometen a garantizar a todas las personas que se encuentran en su territorio.

El Comité de Derechos Humanos, establecido en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, es el órgano encargado de supervisar el cumplimiento del Pacto por los Estados partes. El Comité emite observaciones generales y dictámenes sobre la interpretación y aplicación del Pacto, así como resoluciones y recomendaciones a los Estados partes para mejorar su cumplimiento. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos es uno de los instrumentos más importantes en la protección de los derechos humanos a nivel internacional y ha sido ratificado por 173 Estados. Ha influido en la creación de leyes y políticas nacionales y ha sido citado en numerosas decisiones judiciales en todo el mundo (OHCHR, 2023).

**Pacto Internacional  
de Derechos  
Económicos,  
Sociales y Culturales  
(1966)**

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) es un tratado de derechos humanos adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966. El PIDESC establece una serie de derechos fundamentales que deben ser protegidos por los estados miembros de la ONU. El pacto también establece la obligación de los estados miembros de promover y proteger estos derechos y de tomar medidas para garantizar su realización progresiva.

El PIDESC ha sido ratificado por la gran mayoría de los estados miembros de la ONU y ha sido utilizado para guiar la política y la legislación en todo el mundo. El pacto también ha sido invocado en numerosas decisiones judiciales y ha sido el fundamento para la creación de leyes y políticas públicas destinadas a proteger los derechos económicos, sociales y culturales (ONU, 2022).

**Protocolo de  
la OIT sobre  
Migración  
Laboral (1975)**

El Protocolo sobre Migración Laboral es un tratado internacional adoptado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1975, con el objetivo de proteger los derechos de los trabajadores migrantes y sus familias. El protocolo establece estándares mínimos para el tratamiento de los trabajadores migrantes en el país de destino, y obliga a los países firmantes a garantizar igualdad de trato entre trabajadores migrantes y trabajadores nacionales. El Protocolo de la OIT fue el primero que se centró exclusivamente en la protección de los derechos de los trabajadores migrantes. Desde su adopción, ha sido ratificado por más de 50 países y ha sido utilizado como marco de referencia para la elaboración de leyes y políticas nacionales sobre migración laboral (OIT, 2022).

**Convención sobre los Derechos de los Niños (1989)**

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es un tratado internacional que establece los derechos de los niños y las obligaciones de los Estados para proteger y garantizar estos derechos. Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 y entró en vigor en 1990. Desde entonces, ha sido ratificada por 196 Estados, lo que la convierte en uno de los tratados de derechos humanos más ampliamente ratificados en la historia. La CDN se basa en cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el interés superior del niño, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, y la participación del niño. Estos principios se aplican a todos los aspectos de la vida de los niños, desde la educación hasta la salud, la protección contra la violencia y el abuso, y la participación en la toma de decisiones que les afecten.

La CDN ha sido fundamental en la promoción de los derechos de los niños a nivel mundial y ha inspirado la creación de leyes y políticas nacionales e internacionales para proteger a los niños. También ha sido fundamental para la creación de organizaciones y movimientos que defienden los derechos de los niños, como UNICEF y el Movimiento Mundial por los Niños. Sin embargo, a pesar de los avances realizados desde la adopción de la CDN, aún existen muchos desafíos en la protección de los derechos de los niños en todo el mundo. Algunos de estos desafíos incluyen la pobreza, la violencia, la discriminación y la falta de acceso a servicios básicos como la salud y la educación (UNICEF, 2019).

**Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus familiares (1990)**

La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares es un tratado internacional adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1990, que establece los derechos y obligaciones de los trabajadores migrantes y sus familiares, así como de los Estados en lo que respecta a la protección de estos derechos. La convención establece los derechos de estos trabajadores, incluyendo el derecho a condiciones de trabajo justas y favorables, el derecho a la libertad de asociación y sindicalización, el derecho a la seguridad social, el derecho a la igualdad de trato, el derecho a la educación y el derecho a la protección contra la discriminación y el racismo.

La convención también establece los derechos de los familiares de los trabajadores migrantes, incluyendo el derecho a la reunificación familiar, el derecho a la protección de la vida familiar y el derecho a la asistencia y protección de los Estados en caso de necesidad. Además, la convención establece las obligaciones de los Estados en relación con los trabajadores migrantes y sus familiares, incluyendo la obligación de respetar, proteger y garantizar sus derechos, la obligación de tomar medidas para prevenir la discriminación y la obligación de garantizar la igualdad de trato con los trabajadores nacionales. A pesar de su adopción en 1990, la Convención solo ha sido ratificada por 56 Estados. Muchos Estados han expresado su preocupación por la dificultad de implementar la convención en la práctica, especialmente en lo que respecta a la garantía de los derechos de los trabajadores migrantes irregulares (OIT, 1990).

**Pacto Mundial sobre Migración  
(2018)**

El Pacto Mundial sobre Migración es un acuerdo internacional no vinculante que busca establecer un marco común para la gestión de la migración internacional. Fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2018, y se basa en el reconocimiento de que la migración es un fenómeno global que requiere una respuesta global y coordinada. En palabras del Secretario General de las Naciones Unidas, António Guterres, el Pacto Mundial sobre Migración “es un compromiso colectivo para abordar uno de los desafíos más urgentes y complejos de nuestro tiempo”.

El pacto establece 23 objetivos específicos en cuatro áreas temáticas: (1) la gestión de la migración, (2) la protección de los derechos humanos de los migrantes, (3) la mejora de las condiciones de vida de los migrantes y (4) la cooperación internacional para el desarrollo. El pacto ha sido objeto de un intenso debate y controversia, especialmente en algunos países que han decidido no firmarlo, argumentando que amenaza su soberanía y su capacidad para controlar sus propias políticas migratorias. Sin embargo, muchos expertos en migración han argumentado que el pacto es un paso importante hacia una gestión más efectiva, humana y digna de la migración internacional (OIM & ACNUR, 2018).

**Convención contra la  
desaparición forzada, la  
tortura y otros tratos o  
penas crueles, inhumanos o  
degradantes (2006)**

La Convención contra la desaparición forzada, la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2006, y entró en vigor en 2010. La Convención define la desaparición forzada como “la privación de libertad de una persona por agentes del Estado o por personas o grupos de personas que actúan con la autorización, el apoyo o la aquiescencia del Estado, seguida de la negativa a reconocer la privación de libertad o del ocultamiento de la suerte o el paradero de la persona, lo que impide el ejercicio de los recursos legales y las garantías procesales” (Art. 2°). La Convención también establece la obligación de los Estados de prevenir la desaparición forzada, investigar las denuncias de desaparición forzada y sancionar a los responsables (Art. 4°). Finalmente, prohíbe la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, y establece la obligación de los Estados de investigar las denuncias de tales actos y sancionar a los responsables (Art. 12°).

La Convención ha sido ratificada por 64 países hasta septiembre de 2021, lo que demuestra el compromiso internacional en la lucha contra toda forma de maltrato hacia los seres humanos como especie (OEA, 2022).

**Fuente:** Elaboración propia (2023).

## *Fenómeno migratorio en Venezuela*

Koechlin, Vega y Solórzano (2018) comienzan hablando sobre la crisis migratoria venezolana actual con una verdad del tamaño de una catedral: *“Algo que caracteriza al mundo actual es la libre circulación de bienes, servicios y capital. Aunque los grandes y medianos bloques de integración económica que facilitan este mercado, han impuesto medidas restrictivas a la libre circulación de las personas”* (p.47). Las personas que están migrando hoy en día por el mundo, huyen de infames situaciones económicas, políticas, sociales, religiosas, y actualmente, hasta ambientales. En muchos de los casos que se registran en nuestros días, ya no se trata de proyectos migratorios, sino de desplazamientos masivos por motivos violentos con destinos igual o más violentos.

El éxodo que vive el pueblo de Venezuela constituye el más grande desafío al que se haya visto enfrentado la comunidad latinoamericana desde los procesos de emancipación y posterior independencia del imperio español. Es, de lejos, el reto más grande de movilidad humana que requiere de todas las instituciones, los Estados, los organismos multilaterales que se han creado en la región y de los distintos aparatos legislativos y los bloques de constitucionalidad de cada nación para hacer frente a tal escenario. Ya se ha dicho que todos los países suramericanos –por lo menos-, emigraron alguna vez a Venezuela en busca de mejores oportunidades, luego todos tenemos corresponsabilidad en el proceso inverso que vive la región, pues quienes están saliendo son, de una forma u otra, nuestros connacionales, incluso nuestros familiares.

Según Eguren y Estrada (2018) existen tres regiones o escenarios de países de destino que tienen características propias: i) El escenario fronterizo (Colombia y Brasil), con Colombia comparte la frontera más larga (2.219km). Esta zona fronteriza ha permitido un constante ir y venir de personas de ambos países para negociar, comprar, vender, para el contrabando, etc. Con Brasil la frontera es de 2.199 kilómetros en la región conocida como Roraima, allí los intercambios han sido históricamente más tranquilos y propios de una región amazónica, es decir, un comercio libre desde cada lado de la frontera (p.337). ii) Los países latinoamericanos no fronterizos (Ecuador, Perú, Chile, Argentina, Bolivia, Uruguay, Paraguay, Costa Rica, México, Panamá, República Dominicana), pues los venezolanos han utilizado distintas rutas y medios de transporte para sus desplazamientos, siendo las más frecuentes el transporte terrestre y el transporte fluvial y marítimo, menos utilizado ha sido el transporte aéreo y, por las mismas condiciones de la salida, también han emigrado caminando. Y iii) Norteamérica y la península Ibérica (Estados Unidos, España, Portugal), allá, el éxodo venezolano ocupa un lugar importante, En Europa, según la OIM, son el segundo y tercer país de acogida de venezolanos fuera del ámbito latinoamericano (p.338).

**Tabla 2.** Olas de emigración venezolana, 1990-2018

<b>Año</b>	<b>Contexto</b>	<b>Perfil del emigrante</b>
1990	Se caracteriza por ser una migración vinculada al capital o a población muy cualificada hacia destinos de auge y desarrollo como Argentina, República Dominicana, Panamá, España, México y Perú.	Se trataba de empresarios y miembros de las clases altas, dueños de negocios o trabajadores de sectores en auge como el petróleo, los automóviles y las materias primas.
2002	Inicia con la huelga del sindicato de Petroleos de Venezuela S.A. (PDVSA), se presentan despidos masivos del orden de 17.000 a 22.000 trabajadores, el amotinamiento de la capital y, como consecuencia, el golpe de Estado de Abril de 2002	Se trata de la clase media y alta caraqueña, los primeros que empiezan a irse al ver la situación de la ciudad y el recrudecimiento de la violencia militar y subversiva después del golpe militar. También huyen los tecnócratas y altos funcionarios así como intelectuales.
2007	Se celebra un referendum para la reelección presidencial indefinida junto con otras medidas de corte populista que son aprobadas por mayoría aplastante. Hugo Chavez realiza expropiaciones de tierras y a empresas privadas de sectores claves de la economía nacional. Se privatizan empresas y los medios de comunicación contrarios al régimen.	Aún continúa la fuga de capitales, intelectuales y ahora periodistas y políticos contrarios al régimen. La migración sigue siendo de personas con altos niveles académicos, grandes fortunas y empresas importantes. Los destinos son principalmente México, Estados Unidos y Europa.
2013	Muere Hugo Chavez y asciende su vicepresidente, Nicolás Maduro en elecciones fraudulentas. La situación nacional en general se viene a pique, empeoramiento económico, hiperinflación, devaluación de la moneda, recrudecimiento de la violencia, cierre de establecimientos educativos, marchas y movilizaciones permanentes.	En este punto empieza a huir del país la clase media, los profesionales, los trabajadores técnicos, los estudiantes universitarios, los y las trabajadores cabeza de hogar con condiciones físicas y psicológicas para dejar su familia e irse en busca de mejores oportunidades. Los destinos empiezan a ser los países suramericanos, donde muchos tienen familiares y amigos.
2015	Total desabastecimiento de alimentos, medicinas y enseres. Inestabilidad política, persecución política, inseguridad social y violencia, degradación de las garantías constitucionales. En este punto Venezuela ya se encontraba aislada en la región, en el continente y en el mundo, tan solo reconocida y apoyada por regímenes parecidos que no ofrecían un futuro promisorio a las generaciones futuras.	Salida masiva de la clase media y baja. No solo cabezas de familia sino familias completas o los hijos y nietos en busca de mejores oportunidades académicas y laborales. Muchos migraban solamente para trabajar y poder enviar remesas a sus familias que esperaban en Venezuela.

**Fuente:** Elaboración propia (Koechlin, Vega, & Solórzano, 2018).

Los autores, basan su investigación en el concepto de “transnacionalismo”, se puede entender por el establecimiento de vínculos de naturaleza diversa entre el lugar de origen y el lugar de destino. Estos vínculos transnacionales se han ido multiplicando y diversificando gracias al desarrollo de las nuevas tecnologías de la comunicación e información, la democratización del transporte, principalmente aéreo, entre otros factores (Koechlin, Vega & Solórzano, 2018, p.50). En transnacionalismo gira en torno a la globalización tecnológica del siglo XXI, esto es, intercambios, conexiones, prácticas que trascienden las fronteras y generan nuevas identidades. De este modo, los migrantes establecidos en un nuevo destino, mantienen lazos con su lugar de origen, lo cual les representa un orden en sus vidas personales, familiares y sociales.

Con el ascenso de Hugo Chavez en 1999, se activó la Asamblea Nacional Constituyente con el fin de modificar la Constitución de 1961; que había sido redactada y aprobada inmediatamente después de la dictadura de Marcos Pérez Jiménez (1952-1958) y basada en el retorno a la democracia; la nueva Constitución fue aprobada por el 81% de la votación nacional y entró en vigencia el 20 de noviembre de 1999. Entre sus nuevos artículos se encuentran: las elecciones generales para todos los cargos públicos, modificación del régimen económico nacional, el cambio de nombre del país a República Bolivariana de Venezuela, la reelección inmediata del presidente, modificar el poder legislativo de bicameral a unicameral, entre otros.

Chavez alcanzó a reelegirse en dos ocasiones consecutivas hasta su muerte en marzo de 2013. Una vez desaparecido Chavez, asumió su vicepresidente, Nicolás Maduro quien posteriormente fue elegido presidente. Las protestas callejeras por parte de la población así como las denuncias por parte de las ramas del poder hicieron visible la situación que vivía Venezuela y que el mundo ignoraba. En 2006 el gobierno de los Estados Unidos impuso sanciones a Venezuela bajo la Ley de Comercio con el Enemigo, debido a las relaciones de Venezuela con Irán. En 2014 los Estados Unidos y Canadá impusieron sanciones a Venezuela por violaciones a los derechos humanos y represión de la oposición política. En 2017 el Mercado Común del Sur (Mercosur) expulsó a Venezuela indefinidamente y recibió suspensiones aunque no sanciones comerciales. En 2018 la Unión Europea impuso sanciones a Venezuela, incluyendo un embargo de armas y la prohibición de viajar a ciertos funcionarios del gobierno venezolano. En 2019 los Estados Unidos impusieron sanciones a Venezuela, incluyendo la congelación de activos del gobierno venezolano y la prohibición de negocios con la estatal petrolera PDVSA. En 2020 la Unión Europea impuso nuevas sanciones a Venezuela, incluyendo la congelación de activos.

A comienzos del 2017, el Tribunal Supremo de Justicia (TSJ) –máximo órgano de la rama judicial- dictó la Decisión 156, mediante la cual se atribuye a sí mismo las funciones de la Asamblea Nacional –máxima representación de la rama legislativa-, y por la misma decisión el TSJ ampliaba los poderes del Presidente de la República –representante de la rama ejecutiva-. Esto vendría como consecuencia de los consecutivos desacatos del legislativo y desconocimientos sistemáticos de

los decretos supremos emitidos por el ejecutivo. Varios países de la región y organismos internacionales calificaron el hecho como un “autogolpe de Estado” y una “disolución de la Asamblea Nacional”, lo que provocó protestas y manifestaciones en Caracas y las principales ciudades (Koechlin, Vega, & Solórzano, 2018, p.55).

El presidente Maduro tomó una postura intermedia, hizo retroceder la decisión del TSJ y aprovechó la coyuntura para llamar a elecciones de una nueva Asamblea Nacional Constituyente –a escazos quince años de la anterior- para redactar una nueva Constitución. Entre los principales cambios de la nueva Constitución está la convalidación de las decisiones de las ramas ejecutiva y judicial en cabeza del Presidente. Lo que sigue es conocido por todo el mundo. Dentro del país incansables manifestaciones, acciones de hecho, protestas, enfrentamientos con el ejercito y la Guardia Nacional Venezolana, violación de Derechos Humanos, saqueos, violencia estatal e insurgente. Fuera del país, diásporas de venezolanos en todas direcciones pero sin rumbo fijo, viajando por las carreteras del continente sin saber exactamente qué es lo que estan buscando, pues nunca quisieron irse de su país, las circunstancias los obligaron.

Para Koechlin, Vega y Solórzano (2018), los venezolanos coinciden en tres grandes razones para emigrar: i) Económica, ínfimos salarios, dificultad para conseguir alimentos y medicinas. li) Social, la posibilidad de un Estado de bienestar en otros países que los reciben con brazos abiertos. Y iii) Política, la ingobernabilidad en Venezuela y la dificultad para tramitar los documentos legales

frente a las opciones migratorias que ofrece el mundo a propósito de la crisis humanitaria (p.341). Verdaderamente Venezuela llegó a un fondo nunca antes visto en su historia, recesión, endeudamiento, hiperinflación, desabastecimiento, dificultad en el suministro de servicios públicos. Según Gandini et al. (2019) los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) realizada en Venezuela en 2018, revelan que 91% de la población venezolana vive bajo condiciones de pobreza de ingreso, esto es, 50 puntos porcentuales más que en 2014 donde su incidencia era ya muy elevada (41%) [...] 8 de cada 10 venezolanos se encontraba en condiciones de inseguridad alimentaria, que en ese año produjo más de cinco mil defunciones de niños menores de un año que pudieron haberse evitado o que la población venezolana ha perdido en promedio 3,5 años de esperanza de vida desde 2017 (p.9).

### *La respuesta de Ecuador*

Para Gissi Barbieri et al. (2020) la Constitución de la República del Ecuador (2008) es emblemática al incluir, por primera vez, varios principios innovadores en materia de movilidad humana. Aparte de reconocer el derecho a migrar, estableció el principio de ciudadanía universal, la libre movilidad de todos los habitantes del planeta, el progresivo fin de la condición de extranjero, entre otras. Fue en este contexto político que Ecuador se convirtió en receptor de migrantes, al igual que con el Perú y en general, con todos los países de la región, se dio escalonadamente según iba deteriorándose la situación en Venezuela.

Entre 2001 y 2010, la población venezolana alcanzaba apenas 3.691 personas para el primer año y 4.944 para el siguiente año censal (Herrera y

Cabezas, 2019, p.128), se trata de población profesional, con empleo estable, pertenecientes a la clase media y alta de Venezuela que prevé una crisis en el mediano plazo, empresarios o personas con grandes capitales que ven con buenos ojos el crecimiento económico y la dolarización ecuatoriana. A partir de 2015 empieza a haber un flujo constante y cada vez mayor de venezolanos. Se trata de población joven, estudiantes, recién egresados, profesionales, empleados e independientes que cuentan con familiares o amigos en otras partes del mundo, utilizan al Ecuador como plataforma para trabajar un tiempo, ganar en dólares y saltar hacia el destino final.

De acuerdo con los datos del Ministerio del Interior sobre entrada y salida [...] entre 2013 y diciembre de 2018, se disparan los números tanto de arribos como de salidas a partir de 2016. Esto indica que el Ecuador no solamente es un contexto de acogida para esta población sino un país de tránsito hacia otros destinos. Finalmente, a partir de 2017 y 2018, la brecha entre entradas y salidas se amplió al punto de mantener un saldo migratorio de población que permanece en Ecuador más o menos igual a la migración que se presentaba entre 2001 y 2010. Según las estadísticas emitidas por el Ministerio del Interior, en el año 2018 ingresaron a Ecuador 954.217 personas y salieron 799.838 lo que deja un saldo migratorio de 154.379. El saldo migratorio promedio desde 2013 a 2018 es de 251.223, y entre 2015 a 2018 es de 246.721 (2019, p.129).

La travesía desde Venezuela hasta Ecuador se hace por dos vías. Desde el puente internacional Simón Bolívar que comunica a San Antonio del Táchira con

Villa del Rosario, seguir la Ruta del Sol que pasa por Bucaramanga, Barrancabermeja, el alto de La Línea, la Autopista del Café y empata con la Vía Panamericana desde el Valle del Cauca hasta el puente internacional de Rumichaca. Y la otra vía es la Ruta Nacional 45 que atraviesa los departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Tolima, Huila, Cauca y Putumayo hasta el puente internacional de San Miguel que comunica al municipio de San Miguel con la ciudad capital de Lago Agrio, en Ecuador. Según Herrera y Cabezas, para diciembre de 2018, el promedio de ingresos diarios por los pasos de Rumichaca y San Miguel, fue de aproximadamente 2.179 personas (2019, p.131), siendo el pico más alto cinco mil personas en agosto de 2018.

La Constitución de 2008 proclama que las personas extranjeras gozan de los mismos derechos que los ciudadanos ecuatorianos en el territorio nacional y otorga el derecho al voto a los inmigrantes luego de cinco años de residencia en el país (Art. 9°) (Asamblea Nacional Constituyente, 2008, p.19). Desafortunadamente, tal artículo solo se materializó diez años después con la Ley Orgánica de Movilidad Humana de febrero de 2017. Durante ese período, dicen Herrera y Cabezas, el Estado ecuatoriano aplicó parcialmente los mandatos constitucionales y reaccionó de manera selectiva y casuística frente a la llegada de distintos grupos de migrantes (2019, p.135). Para Acosta & Freier (2015), las contradicciones y brechas existentes entre un discurso que se fundamenta en los derechos humanos y la progresiva aplicación de políticas restrictivas ha producido una paradoja que consiste en sostener un discurso público de apertura para los migrantes y *de facto* aplicar políticas que excluyen a los inmigrantes del Sur.

El sistema de salud ecuatoriano se caracteriza por una segmentación entre el sector público y el privado, y entre las instituciones de seguridad social y las de atención a la población no asegurada<sup>1</sup>. Los migrantes y refugiados tienen derecho a acceder a prestaciones de salud pública, como vacunas, controles nutricionales, prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles, entre otras<sup>2</sup>. Sin embargo, también enfrentan barreras para acceder a los servicios de salud, como la falta de documentos, el idioma, la discriminación o el desconocimiento de sus derechos

En otras palabras, lo que el Ecuador, y en general los países suramericanos, han estado haciendo sutilmente es aplicar los principios constitucionales para no incurrir en faltas al derecho internacional humanitario, pero siempre de forma selectiva, siempre por el filo de la norma. Rápidamente se explica la línea del tiempo de la situación migratoria de los venezolanos en Ecuador. 1) Entre 2010 y 2016 existía el Estatuto Permanente Ecuador-Venezuela que daba visa de trabajo a venezolanos residentes en Ecuador después de los tres primeros meses y de forma indefinida siempre y cuando mantuvieran un contrato laboral. 2) Con la Ley Orgánica de Movilidad Humana de 2017, los venezolanos regularizaron su situación por medio de la visa Unasur que reconoce la libre circulación de ciudadanos sudamericanos, esa visa no requería de contrato laboral ni de certificación de ingresos.

3) A partir de 2018, y con la salida de Rafael Correa de la presidencia, se empieza a configurar el giro del gobierno ecuatoriano con relación a las políticas migratorias regionales. Por un lado, si bien existe el sistema de registro de

solicitudes para la Visa XII enamada del Estatuto Permanente Ecuador-Venezuela de 2010, desde 2016 nadie volvió a recibir esa visa. Por otro lado, el Acuerdo Ministerial 904 de febrero de 2018 establece multas a los ciudadanos con visa Unasur, una primera multa por realizar actividades económicas que la visa no le permite, y una segunda multa por sobrepasar el tiempo de estadía permitido de 180 días. Además, se empezó a exigir una visa electrónica que podía ser tramitada más fácilmente vía internet, siendo los requisitos: tener pasaporte vigente, antecedentes penales y el recibo de pago de 50 dólares para aplicar y posteriormente 200 dólares más para recibir la visa. Y por si fuera poco, ya con la pandemia del Covid19 encima, se cierran los pasos fronterizos de Rumichaca y San Miguel, se endurecen las medidas para el ingreso al país y se realizan expulsiones de venezolanos indocumentados.

Dicho todo esto y, en honor a la justicia, hay que decir que Ecuador ha tomado una postura proactiva en cuanto a la crisis regional por los migrantes venezolanos. Si bien un año antes se había instalado el Grupo de Lima (agosto de 2017), el objetivo de éste solo era dar seguimiento y acompañamiento a la oposición venezolana para buscar una transición hacia la democracia (Grupo de Lima, 2017). Por ello, en septiembre de 2018, se promulgó la Declaración de Quito sobre movilidad humana de ciudadanos venezolanos en la región, ésta iniciativa logró reunir a 17 delegaciones de 13 países y 4 organismos multilaterales con el objetivo de intercambiar información y articular acciones coordinadas para hacer frente a la crisis migratoria venezolana (Proceso de Quito, 2018). Como se puede ver los objetivos de ambos procesos son muy distintos, y hay que dar el mérito al Ecuador

por preocuparse, genuinamente, por las personas que están caminando por el continente.

Siguiendo a Herrera y Cabezas (2019), hasta ahora se han realizado tres reuniones, entre septiembre y noviembre de 2018 y abril de 2019 que han arrojado acuerdos orientados fundamentalmente a conseguir recursos de la cooperación internacional que financien tanto la atención humanitaria como ciertos procesos de integración social [...] también se ha convocado una Mesa de Movilidad Humana, que reúne a todas las instituciones de la sociedad civil nacionales e internacionales, así como asociaciones de la población venezolana que ha nacido a partir de esta migración. Finalmente, Ecuador es otro país más que deja en evidencia la progresiva irregularización a la que se ven abocados los venezolanos debido a las políticas migratorias y administrativas de los estados, pues, los venezolanos deben satisfacer los requisitos de un país receptor que no los apoya y de un país de origen que no los reconoce.

### *La respuesta del Perú*

Para Blouin y Freier (2019) la inmigración venezolana a territorio peruano representa un verdadero reto. Por un lado por la magnitud del flujo migratorio: i) según el último informe de la OEA, Perú es el segundo país que más migrantes y refugiados venezolanos ha recibido (700 mil), después de Colombia (1.2 millones); y ii) el número de solicitudes de condición de refugiado sigue aumentando, según ACNUR fueron casi 170 mil a fines de enero de 2019. Y por otro lado porque el Perú, como muchos países de la región, históricamente, no ha sido un país receptor

de grandes cantidades de inmigrantes (p.157). El Perú contaba con respuestas migratorias dentro de su normativa vigente, mas aun, no quiso responder al reto de la inmigración venezolana con ello, por el contrario promulgó infinidad de decretos y disposiciones transitorias y temporales que, lo único que consiguieron, lejos de dar respuesta integral y satisfactoria a la crisis, perpetuar la vulnerabilidad socioeconómica y legal.

El Perú ha sido, históricamente, un país de inmigración, emigración y migración en tránsito (Sánchez, 2014()). Al igual que la mayoría de países suramericanos, la historia muestra que presentan esta tendencia, sobretodo en las últimas dos décadas del siglo pasado y lo que llevamos de éste siglo. En el Perú, la década del 90 estuvo marcada por una profunda crisis económica y la violencia política y social en el contexto del conflicto armado interno entre el Estado y los grupos terroristas *Sendero Luminoso* y *Movimiento Revolucionario Tupac Amaru (MRTA)*, el PIB *per capita* cayó a su nivel más bajo en 1992, lo cual se tradujo en un deterioro de los ingresos de los estratos medios y medios bajos. Lo anterior, aunado a la falta de empleo, propició la salida de muchos peruanos al exterior en busca de mejores condiciones de vida.

En cuanto a la emigración, el Perú es uno de los países con tasa mas alta. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) un promedio de 110 mil peruanos salen del país y no regresan [...] entre 1990 y 2017 el número de peruanos que salieron del país y no retornaron fue de más de tres millones, lo que representa el 10% de la población total de acuerdo con las cifras del Censo Nacional

del 2017 (INEI, 2018). En lo que respecta a la inmigración, el Perú empezó a tener protagonismo en los años 2000 debido al crecimiento económico del país. Según un informe de la OIM en 2015, en el Perú hubo un incremento significativo de inmigrantes españoles en los años inmediatamente posteriores a la crisis económica de la zona euro [...] solo en 2008, se pasó de 720 a 4.400 inmigrantes españoles, y en 2012 fueron 11.300 (OIM, 2015, p.128).

El Perú registraba hasta 2012, inmigraciones desde Estados Unidos (11,6%), seguidos de China (7,7%), Ecuador (7,5%), Bolivia (6,4%) y Colombia (5%), población con estudios superiores, laboralmente activa y aportante al desarrollo del país. Entre 2014 y 2016 empezaron a llegar ciudadanos venezolanos en cantidades de 50 mil personas por año. Para 2017 aumentó a 223 mil personas por año (INEI, 2018). Ya con la población venezolana caminando por el continente, el Presidente Martín Vizcarra expidió el Decreto Supremo 001 de enero de 2018 que extendía el plazo para obtener el Permiso Temporal de Permanencia (PTP) a los ciudadanos venezolanos que entraran al Perú hasta el 31 de diciembre de ese año. Entre enero y mayo de 2018 se registraban ingresos de hasta 3.500 personas diarias por el paso fronterizo de Tumbes, y se alcanzó los 400.000 personas en agosto, lo que representa el flujo migratorio más grande, en menos tiempo, registrado en la historia del Perú (Blouin & Freier, 2019, p.161).

En cuanto a la migración en tránsito, el Perú es el tercer país por donde los venezolanos transitan, el destino por aclamación de los venezolanos es Chile, pues, en la región, es el país que ofrece mejores oportunidades y altas expectativas en

cuanto a la calidad de vida. Pero para llegar al destino, los venezolanos -al mejor estilo del pueblo hebreo- tenían que atravesar el llano venezolano hasta San Antonio en el Estado Táchira, ciudad vecina de Cúcuta, en Colombia. Ya en Colombia el periplo los obliga a ascender por la escarpada cordillera oriental hacia la altiplanicie de Bogotá para luego bordear la cordillera de Los Andes hacia el sur hasta encontrarse la población de Ipiales, la frontera con Ecuador.

Ya en Ecuador, descienden hacia la costa y atraviesan los más de 600 kilómetros que separan a Tulcán de Tumbes, frontera con Perú. Toda la región natural de la costa peruana, que comprende once departamentos (Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Ancash, Callao, Lima, Ica, Arequipa, Moquegua y Tacna) bordea el glorioso Mar de Grau hasta Arica, la puerta de entrada a Chile. Pero en todo este periplo de más o menos 5.000 kilómetros de distancia a lo largo de la Vía Panamericana, se han ido quedando venezolanos en ciudades y pueblos, otros se han devuelto, otros han hecho conexión aérea con otros destinos, otros han continuado hacia Brasil, Panamá o hacia los países de la banda oriental (Uruguay, Paraguay, Argentina), lo cierto es que todos, sin excepción, se han convertido en migrantes, con la gravedad de que su propio gobierno, los ha declarado apátridas, además.

La realidad es que estos migrantes están enfrentando serias dificultades para obtener documentación legal, acceso a servicios básicos, empleo y educación en el Perú, incluso, en medio de la pandemia mundial por el Covid19, el gobierno peruano decidió arbitrariamente cerrar sus fronteras e imponer fuertes medidas para permitir

el ingreso de ciudadanos venezolanos por cualquier vía de acceso al país. Siendo una medida fuertemente criticada por xenofóbica y discriminatoria, pues en áreas de proteger a la nación de los exponenciales contagios del Covid19, prohibían el ingreso solamente de venezolanos al país, los demás extranjeros podían ingresar sin problema.

Además, la discriminación y el estigma social hacen aún más difícil el acceso a los servicios necesarios para su bienestar. Según la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (2019) en 2019, países latinoamericanos como Colombia (1.3 millones), Perú (768 mil) y Ecuador (263 mil) albergaron el mayor número de refugiados y migrantes venezolanos (p.584). Para el caso actual de Perú, el INEI (2023) reporta que en 2021 había un estimado de 1.2 millones de migrantes venezolanos. De estos, el 84% se encuentran en un estado de vulnerabilidad económica. En cuanto a la educación, el Ministerio de Educación del Perú estima que hay cerca de 170 mil migrantes venezolanos entre los cuatro y los 18 años de edad, de los cuales el 57% no está inscrito en ningún centro educativo.

En cuanto a la salud, el Ministerio de Salud del Perú estima que el 80% de los migrantes venezolanos no tienen acceso a servicios de salud debido a la falta de documentación legal. Finalmente, en cuanto al empleo, el Ministerio de Trabajo del Perú estima que el 70% de los migrantes venezolanos no tienen un empleo formal, y el 20% está desempleado. Además, el 80% de los migrantes venezolanos trabajan en el sector informal, con bajos salarios y sin protección laboral (INEI, 2023). Toda esta problemática se debe a tres factores fundamentales dentro de la

sociedad peruana: i) la exagerada burocracia que manejan las instituciones estatales que hace que todos los procesos sean lentos, complejos, dependientes de más de una entidad y, en muchas ocasiones, permeados por la corrupción; ii) la falta de información en cuanto a las políticas migratorias para los venezolanos, tanto por parte de las entidades peruanas que no informan por los medios que indica la Ley, como por parte de los venezolanos que, bien por temor o bien por desconocimiento, no piden ni buscan la información disponible; y iii) la multimodalidad para clasificar a los migrantes, pues cada día sale un nuevo decreto, una nueva circular, una nueva ley, una nueva disposición, se crea un nuevo documento, se exigen nuevos papeles, se piden nuevos trámites, etc.

La Ley de Extranjería de 1991, la cual nunca fue reglamentada, era una norma obsoleta y carente de un enfoque de derechos humanos. No fue sino hasta 2015 que se aprobó una normativa nueva y más integral en materia migratoria, la cual, si bien se centra en el control migratorio, incluye también una serie de disposiciones novedosas para la protección de grupos vulnerables (Blouin & Freier, 2019, p.163). En 2017 se promulgó la nueva Ley de Migraciones y su respectivo reglamento, el Decreto Supremo No. 007-2017-IN, además, se aprobó la Política Nacional Migratoria 2017-2025, la cual tiene como finalidad garantizar una eficiente articulación interinstitucional e intergubernamental de la gestión migratoria. A partir de este momento se empiezan a complicar las cosas para los venezolanos que pretenden ingresar al Perú, la avanzada migratoria peruana resultó ser un problema para cada solución y no lo contrario.

La primera calidad migratoria creada para los venezolanos se llama *residencia humanitaria* y depende directamente del Ministerio de Relaciones Exteriores, por falta de reglamentación, hasta la fecha no se aplica. La segunda calidad migratoria se llama *residencia especial*, depende de la Superintendencia Nacional de Migraciones, actualmente está operativa y se le otorga a personas que no pueden acceder a la otra calidad migratoria pero que necesitan permanecer en el país por su situación de vulnerabilidad. Entonces, dentro de la normativa general de migración existen dos vías de regularización para la población en situación de vulnerabilidad provenientes de Venezuela (Blouin & Freier, 2019, p.164).

Por otro lado, desde 2002, existe la Ley del Refugiado, basada en la Convención de 1951 y posteriormente actualizada a la Declaración de Cartagena de 1984. El Ministerio de Relaciones Exteriores debe emitir un carnet que acredite la condición de su portador, infortunadamente, el número de solicitudes ha colapsado el sistema de registro y existen demoras. Para mitigar esta situación, los venezolanos son enviados a la Comisión Especial para los Refugiados (CEPR) a solicitar una carta de Autorización de Trabajo. Según Blouin y Freier, este documento no cuenta con una base legal y, por lo tanto, no sirve para formalizar una situación laboral a través de un contrato registrado ante la autoridad de trabajo en el país, sino solo para demostrar que tienen el derecho al trabajo (2019, p.165).

La Ley del Refugiado contraviene la normativa del Mercosur, la cual permite que ciudadanos de países pertenecientes al grupo Mercosur puedan transitar solo presentando la cédula de ciudadanía. El Perú, a partir de 2018, empezó a exigir la

obligatoriedad del pasaporte venezolano –que ya se dijo que es muy complicado de conseguir para los venezolanos en su ciudad de origen y que es bastante costoso tramitarlo-. Por si fuera poco, para tratar de desentramar todas estas dificultades, el Estado peruano optó por establecer un mecanismo de regularización específico, el PTP. Es un documento de identidad que emite Migraciones por el plazo de un año y que autoriza a trabajar. Sin embargo, a diferencia de la calidad migratoria especial, las personas venezolanas que lo obtienen no son consideradas residentes y no pueden obtener un carnét de extranjería sino que acceden a un carnét de PTP distinto al anterior (Blouin & Freier, 2019, p.166).

Pero, al igual que con el trámite de refugiado, existe una altísima demanda para el trámite del PTP, aproximadamente seis meses de espera hasta 2018. Entonces, Migraciones optó por entregar un Acta de Permiso de Trabajo Extraordinario-Provisional que acredita a la persona como solicitante del PTP en espera. Como puede observarse, en el Perú existe un serio problema de sobreproducción de legalidades migratorias con múltiples categorías existentes simultáneamente. Ello deviene en un problema para los venezolanos migrantes pues cada una de las categorías se tramita en una entidad distinta, tiene requisitos distintos, acarrea consecuencias jurídicas distintas, cobija al portador en distintos beneficios y lo excluye de otros, etc.

### *La respuesta en Colombia: legislación para el acceso a la salud*

Colombia y Venezuela comparten una amplia trayectoria de relaciones históricas, geográficas, culturales, sociales, políticas y migratorias entre otras, esta relación que políticamente se vio materializada durante varias décadas en la Comunidad Andina de Naciones (CAN), y posteriormente en múltiples tratados de integración regional han formado una relación de mutualismo que han hecho de Colombia un destino natural de recepción de los migrantes venezolanos. Estos flujos migratorios incrementados, implican también una mayor demanda de servicios de todo tipo: financieros, educativos, sanitarios, sociales, laborales, de vivienda, de tránsito, etc. por ello, los países receptores de migrantes deben contar con planes, programas y políticas públicas que regulen no solo el acceso y la prestación del servicio, sino mecanismos para medir la eficacia, efectividad y eficiencia en la implementación y operación de los mismos.

Para Rodríguez, Vargas y López (2021), investigadores de la revista Población y Salud en Mesoamérica, la crisis político-económica que padece Venezuela, evidenciada por los altos niveles de inflación, la desaceleración de la actividad económica y las restricciones para acceder a empleo y servicios básicos ha llevado a muchos de sus ciudadanos a trasladarse a otros países, siendo Colombia el principal país de destino (p.1). Ahora bien, la amplia magnitud de la migración venezolana en Colombia no solo se dio por la solidez de la crisis en Venezuela, sino también porque el país receptor en su historia no había afrontado un fenómeno como este, lo cual esforzó al Gobierno a establecer planes de acción

instantáneos debido a que no existía una planificación específica para afrontar dicha emergencia.

Es importante tener en cuenta que las cifras y datos sobre migrantes venezolanos en Colombia pueden cambiar rápidamente debido a la dinámica de la migración que aún sigue en curso, las políticas gubernamentales en constante evolución y, desde donde se estén recibiendo las cifras pues no son las mismas cifras las que maneja el Estado que las que manejan las ONG u otras entidades independientes. Según la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) así como el Gobierno de Colombia, para septiembre de 2022 se estima que aproximadamente 1,8 millones de venezolanos habían llegado al país desde 2015. De esa cifra, 1,3 millones contaban con estatus migratorio regular y el restante estaba de forma irregular. La concentración más alta de migrantes venezolanos se dio en los departamentos fronterizos así como en la capital (Norte de Santander, La Guajira, Atlántico, Bolívar y Bogotá D.C.) (OIM, 2022).

Los efectos del proceso migratorio son variados, puesto que se relacionan con la salud, la alimentación, el trabajo y la vivienda. Por ejemplo, la mayoría de los migrantes venezolanos en Colombia trabaja en el sector informal, especialmente en la venta ambulante, la construcción y el servicio doméstico. Según del Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2022), el 70% trabaja en la economía informal. La tasa de escolarización de los niños venezolanos en Colombia es baja, sólo el 43% asiste a la escuela. Tienen acceso limitado a los servicios de salud y el 33%

de ellos ni siquiera tiene acceso. El 37% vive en viviendas precarias, especialmente en zonas marginales de las principales ciudades fronterizas. Algunos se han visto involucrados en actividades delictivas, especialmente en el contrabando y el micro tráfico ilegal.

En Colombia, comprender la migración es una tarea difícil, debido a que obedece a distintas dinámicas. Por una parte movimientos de población de colombianos que salen a otros territorios, así como extranjeros que llegan o transitan mientras están en camino de ir hacia otro lugar (Ciurlo, 2015). En relación a este fenómeno, el Estado colombiano durante muchos años mantuvo separado, administrativamente hablando, los procesos de emigración como los de inmigración, al considerar de forma aislada estos procesos sin reconocer a plenitud los derechos y el valor de la población en estado migrante.

Varios factores a nivel nacional y mundial ahora exigen una visión más amplia y holística de las políticas de inmigración de los países. Entre ellos se encuentran el fortalecimiento de las relaciones internacionales, una mayor presión sobre las políticas nacionales, una creciente preocupación por los derechos humanos y una mayor cooperación entre los diferentes segmentos de la sociedad en el proceso migratorio. En su política actual, Colombia ha optado por responder a este escenario y diseñar políticas migratorias basadas en la plena conciencia de su población inmigrante. Las políticas pueden integrar diferentes aspectos del fenómeno migratorio a través de perspectivas intersectoriales y multidimensionales para la gestión y el desarrollo de la migración. Respetar las condiciones estables de las

personas migrantes y del Estado a través de un enfoque de derechos humanos, incluyendo la corresponsabilidad de los diferentes poderes del Estado por los movimientos de población, tanto de salida como de tránsito en el territorio nacional (Ciurlo, 2015).

El sistema de salud colombiano ha enfrentado el reto de atender a la población migrante venezolana que ha llegado al país en los últimos años, debido a la crisis socioeconómica y política del vecino país. Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2018, solo el 24,5 % de los migrantes venezolanos estaban afiliados al sistema de salud, en contraste con el 93 % de los colombianos. El gobierno colombiano ha facilitado el aseguramiento de los migrantes mediante el Permiso Especial de Permanencia (PEP) y el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV)

Otro gran desafío ha sido empatar los modelos de salud de ambos países ya que el sistema de salud colombiano se basa en un modelo de aseguramiento que garantiza el acceso a la salud a través de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado para el cual se tienen previstos mecanismos de financiamiento, prestadores y mecanismos de acceso y afiliación diferenciados mientras que el sistema de salud venezolano se basa en un modelo de atención integral que busca garantizar el derecho a la salud a través de la red pública de servicios de salud y la misión de cobertura única y universal.

**Tabla 3.** Legislación colombiana sobre la protección de los derechos de los migrantes venezolanos

Tratado/Norma	Descripción
<b>Constitución Política de 1991</b>	<p>La Constitución Política de Colombia de 1991 establece una serie de derechos y garantías fundamentales para todos los ciudadanos, incluyendo a los migrantes. A continuación, se describen algunos de los artículos más relevantes de la Constitución en relación a la migración venezolana en Colombia: Artículo 9° establece el derecho a la libertad de circulación y residencia en el territorio colombiano, lo que significa que todos los ciudadanos, incluyendo los migrantes, tienen derecho a desplazarse libremente por el país y establecer su residencia en el lugar que deseen. Artículo 13° establece el derecho a la igualdad ante la ley sin discriminación alguna, lo que significa que todos los ciudadanos, incluyendo los migrantes, tienen derecho a ser tratados de manera igualitaria y sin discriminación por parte de las autoridades y la sociedad en general. Artículo 24° establece el derecho a la libertad personal, lo que significa que todos los ciudadanos, incluyendo los migrantes, tienen derecho a no ser detenidos o restringidos en su libertad de manera arbitraria.</p> <p>Artículo 53° establece el derecho al trabajo, lo que significa que todos los ciudadanos, incluyendo los migrantes, pueden trabajar en igualdad de condiciones y sin discriminación en Colombia. Artículo 93° establece que los tratados internacionales ratificados por Colombia hacen parte de la Constitución. Artículo 97° establece que los extranjeros gozarán en Colombia de las garantías concedidas a los nacionales, pero también estarán sometidos a las obligaciones establecidas por la ley. Artículo 100° establece que los extranjeros sólo podrán ser expulsados del territorio nacional en los casos y en la forma previstos por la Ley. Artículo 189° establece que es competencia del gobierno nacional reglamentar la entrada y salida del territorio nacional de personas y bienes. Artículo 227° establece que las autoridades tienen la obligación de proteger a todas las personas residentes en Colombia, incluyendo a los migrantes, y garantizar el pleno ejercicio de sus derechos.</p>
<b>Ley 146 de 1994</b>	<p>Esta ley establece que todos los trabajadores migrantes tienen derecho a las mismas condiciones laborales que los trabajadores nacionales, incluyendo salarios justos, jornadas de trabajo adecuadas, seguridad y salud en el trabajo, protección contra la discriminación y el abuso laboral, y acceso a la seguridad social (amparada en los Artículos 289 y 337 de la Constitución Política de Colombia). Además, la ley establece que los trabajadores migrantes tienen derecho a la libre elección de empleo y a la libertad de asociación y sindicalización. También se garantiza su derecho a la libertad de circulación y residencia dentro del territorio colombiano, así como el derecho a la reunificación familiar.</p> <p>La Ley 146 de 1994 también establece medidas para la protección de los trabajadores migrantes en situaciones de emergencia o crisis, así como medidas para garantizar su protección y bienestar en caso de ser deportados o</p>

	<p>expulsados del país. Con respecto a la migración venezolana en Colombia, esta ley cobra gran importancia debido a la gran cantidad de trabajadores migrantes que han llegado al país en los últimos años. La Ley 146 de 1994 garantiza la protección de los derechos humanos y laborales de estos trabajadores migrantes, y establece medidas para su protección, garantiza sus derechos y la protección contra la discriminación y el abuso laboral.</p>
<b>Ley 599 de 2000</b>	<p>La Ley 599 de 2000 es el Código Penal de Colombia y en él se tipifican diversos delitos relacionados con la migración, la trata de personas y la explotación sexual, entre otros. Artículo 188° establece penas para quien promueva, facilite o financie la entrada o salida ilegal del país de migrantes, o su permanencia en el territorio colombiano de forma irregular. El Literal 188A tipifica el delito de trata de personas y establece las penas para quien promueva, facilite o realice el transporte, la transferencia, el alojamiento o la acogida de personas para su explotación sexual, laboral o para la extracción de órganos. El Literal 188C establece penas para quien promueva, facilite o financie la entrada o salida ilegal del país de niñas, niños y adolescentes, o su permanencia en el territorio colombiano de forma irregular.</p> <p>Es importante destacar que estas normas tienen como objetivo proteger a las personas migrantes y prevenir situaciones de explotación, abuso y vulneración de sus derechos humanos. En el contexto de la migración venezolana en Colombia, estas normas cobran especial relevancia debido a la vulnerabilidad de muchos migrantes y la posibilidad de que sean víctimas de trata de personas o explotación sexual, entre otros delitos.</p>
<b>Ley 1588 de 2012</b>	<p>La Ley 1588 de 2012 tiene como objetivo aplicar en Colombia la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas, un instrumento internacional que busca garantizar la protección de las personas que no tienen una nacionalidad reconocida por ningún Estado. En el contexto de la migración venezolana en Colombia, esta ley cobra especial relevancia debido a que muchas personas migrantes pueden encontrarse en una situación de apatridia o sin acceso a documentación legal. Para ello, la ley establece que las personas apátridas que residan en Colombia podrán solicitar la regularización de su situación migratoria y obtener un documento de identidad que les permita acceder a servicios básicos, trabajo y otros derechos fundamentales. Asimismo, se establecen medidas para garantizar la no discriminación de las personas apátridas y se les reconoce el derecho a la educación, la atención en salud y otros servicios públicos.</p>
<b>Ley 1873 de 2017</b>	<p>El Artículo 140° de esta Ley establece la creación de una política integral de atención humanitaria para atender la emergencia social que se viene presentando en la frontera con Venezuela. La migración masiva de venezolanos a Colombia ha generado una serie de desafíos en materia de atención humanitaria, y esta ley busca establecer un marco normativo que permita una respuesta efectiva por parte del Estado colombiano. Dicha política tiene como objetivos garantizar el acceso a servicios básicos de las personas migrantes, como salud, educación, vivienda y empleo, así como establecer medidas de protección y asistencia para los grupos más vulnerables, como niños, niñas, mujeres y personas mayores. También busca fomentar la integración y la convivencia pacífica entre la población migrante y la población local.</p>

	<p>La ley establece que la política integral de atención humanitaria debe ser coordinada por el Gobierno Nacional, con la participación de los gobiernos locales, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales. Se establecen medidas para garantizar la transparencia en el uso de los recursos destinados a la atención humanitaria y se establece un sistema de monitoreo y evaluación para garantizar la efectividad de las medidas adoptadas.</p>
<b>Ley 1997 de 2019</b>	<p>La Ley 1997 de 2019 establece un régimen especial y excepcional para adquirir la nacionalidad colombiana por nacimiento para hijos e hijas de venezolanos en situación de migración regular o irregular, o de solicitantes de refugio, que hayan nacido en territorio colombiano. Esta ley tiene como objetivo prevenir la apatridia, es decir, la falta de nacionalidad que puede afectar a los hijos de migrantes nacidos en un país distinto al de sus padres. La ley aplica para los hijos e hijas de venezolanos que hayan nacido en territorio colombiano y que se encuentren en situación de migración regular o irregular, o de solicitantes de refugio, mediante esta, los hijos podrán adquirir la nacionalidad colombiana por nacimiento.</p> <p>Entre los requisitos establecidos por la ley se encuentra el de demostrar que el padre o la madre del niño o niña venezolano que solicita la nacionalidad colombiana se encontraba en territorio colombiano al momento del nacimiento. La ley también establece la obligación de las autoridades locales y nacionales de brindar atención médica, educación y servicios sociales a la población migrante, y se promueve la integración y la convivencia pacífica entre la población migrante y la población local. En resumen, la Ley 1997 de 2019 establece un régimen especial y excepcional para adquirir la nacionalidad colombiana por nacimiento para hijos e hijas de venezolanos en situación de migración regular o irregular, o de solicitantes de refugio, que hayan nacido en territorio colombiano.</p>
<b>Ley 2136 de 2021</b>	<p>La Ley 2136 de 2021 es de las leyes más recientes en materia migratoria en Colombia y con relación a la crisis migratoria venezolana. Establece las definiciones, principios y lineamientos para la reglamentación y orientación de la Política Integral Migratoria del Estado Colombiano (PIM). La ley establece un glosario de definiciones de términos relacionados con la migración tales como: migrante, refugiado, desplazado, apátrida, entre otros. Estas definiciones tienen como objetivo garantizar una comprensión clara y precisa de la situación de las personas que se encuentran en situación de movilidad.</p> <p>La ley establece una serie de principios que deben orientar la PIM, entre los que destacan la protección de los derechos humanos de los migrantes, la no discriminación, la protección de los derechos de las personas en situación de movilidad, la cooperación internacional, entre otros. También establece una serie de lineamientos para la reglamentación de la PIM, entre los que se encuentran la atención humanitaria a migrantes y refugiados,</p>

	la garantía del acceso a la salud, educación y empleo, la prevención y atención de la trata de personas y el tráfico ilícito de migrantes, entre otros.
<b>Decreto 1239 de 2003</b>	El Decreto 1239 de 2003 crea la Comisión Nacional Intersectorial de Migración como instancia intersectorial encargada de coordinar y orientar las políticas y acciones en materia de migración. Este decreto considera que el fenómeno migratorio en Colombia ha adquirido en los últimos años una dimensión que exige una atención intersectorial por parte de las entidades del Estado, De igual manera, que para ello es necesario coordinar y articular las políticas, planes, programas y acciones de las entidades del Estado competentes. Todo lo anterior a fin de garantizar el respeto y protección de los derechos humanos de los migrantes, la seguridad del Estado y de la sociedad colombiana; así como dar respuesta efectiva a las necesidades y demandas de los migrantes y de la sociedad colombiana en su conjunto (Preámbulo).
<b>Decreto 19 de 2012</b>	El Decreto 19 de 2012 establece las disposiciones sobre los términos y procedimientos para los permisos de ingreso y permanencia, así como los permisos temporales de permanencia de extranjeros en Colombia. El objetivo de este decreto es garantizar una migración segura y ordenada y establecer un régimen claro y preciso que regule la permanencia de los extranjeros en el país. El decreto establece que los permisos de ingreso y permanencia de los extranjeros se regirán por las disposiciones contenidas en la ley y en los actos administrativos expedidos por las autoridades migratorias. Asimismo, establece los requisitos que deben cumplir los extranjeros para obtener un permiso temporal de permanencia, como acreditar su identidad y nacionalidad, la existencia de vínculos familiares en Colombia, la condición migratoria regular en el país de origen, la existencia de medios de subsistencia y no tener antecedentes judiciales o policiales en Colombia o en el país de origen.
<b>Decreto 1692 de 2016</b>	El Decreto 1692 de 2016 tiene como objetivo la creación de la Comisión Intersectorial para la Lucha contra el Tráfico de Migrantes en Colombia. Está conformada por representantes de distintas entidades públicas, tales como el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Defensa, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otras. Entre las funciones de la Comisión Intersectorial se encuentran la coordinación de las acciones que desarrolle el Estado colombiano para prevenir y combatir el tráfico de migrantes, la promoción de la cooperación entre las entidades públicas, la definición de políticas y estrategias para el tratamiento del tema del tráfico de migrantes, la definición de mecanismos de coordinación y seguimiento a las políticas y estrategias, y la elaboración de informes y recomendaciones para el desarrollo de la Estrategia Nacional contra el Tráfico de Migrantes.

<b>Decreto 542 de 2018</b>	<p>El Decreto 542 de 2018 tiene como objetivo desarrollar parcialmente el artículo 140 de la Ley 1873 de 2017, el cual establece la creación de un registro administrativo de migrantes venezolanos en Colombia. El decreto establece que todas las personas de nacionalidad venezolana que ingresen al territorio colombiano deberán registrarse en un sistema de información migratorio. Además establece que los migrantes venezolanos que deseen obtener una Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF) deberán registrarse en el sistema de información migratorio y cumplir con los requisitos establecidos por la autoridad migratoria. También establece que se creará un registro administrativo de migrantes venezolanos en Colombia. Y por último, establece que las autoridades migratorias podrán utilizar la información recopilada en el sistema de información migratorio y en el registro administrativo de migrantes venezolanos para tomar decisiones en materia migratoria y para el diseño de políticas públicas en beneficio de la población migrante.</p>
<b>Decreto 1288 de 2018</b>	<p>El Decreto 1288 de 2018 tiene como objetivo establecer el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) a la oferta institucional y programas de apoyo al retorno de colombianos en situación de vulnerabilidad. Como primera medida el decreto establece que las personas inscritas en el RAMV tendrán acceso a la oferta institucional del Estado colombiano en igualdad de condiciones que los nacionales colombianos. Como segunda medida, los migrantes venezolanos inscritos en el RAMV podrán acceder a los programas de apoyo al retorno de colombianos en situación de vulnerabilidad. Como tercera medida, las entidades del Estado deberán adoptar medidas para facilitar el acceso de los migrantes venezolanos inscritos en el RAMV a la oferta institucional y programas de apoyo al retorno de colombianos.</p>
<b>Decreto 4062 de 2011</b>	<p>El Decreto 4062 de 2011 tiene como objetivo crear la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia y establecer su estructura y objetivos. La Unidad Administrativa Especial Migración Colombia es una entidad adscrita al Ministerio de Relaciones Exteriores, encargada de la gestión y control migratorio en Colombia. Su objetivo principal es garantizar la seguridad y el orden público en el país, así como proteger los derechos humanos de los migrantes y promover su integración a la sociedad colombiana.</p> <p>La estructura de Migración Colombia está compuesta por una dirección general, que es la encargada de la administración y gestión de la entidad, y por las siguientes direcciones operativas: control migratorio que tiene como función principal el control y verificación de la documentación de ingreso y salida del territorio colombiano, así como la verificación del cumplimiento de las normas migratorias. Atención al migrante que tiene como objetivo la atención y protección de los derechos de los migrantes, incluyendo el acceso a servicios de salud, educación y empleo, entre otros. Inteligencia y seguridad migratoria que es responsable de la identificación y prevención de actividades ilegales en el ámbito migratorio, como el tráfico de personas y el contrabando. Y tecnología y sistemas de información que se encarga del desarrollo y mantenimiento de los sistemas informáticos y tecnológicos de la entidad.</p>

<b>Decreto 1768 de 2015</b>	por el cual se establecen las condiciones para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los migrantes colombianos que han sido repatriados, han retornado voluntariamente al país, o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela.
<b>Decreto 216 de 2021</b>	El Decreto 216 de 2021 es una medida adoptada por el Gobierno colombiano que establece el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes. Dicho estatuto establece que los migrantes venezolanos que se encuentren en Colombia de forma irregular o regular, incluyendo a aquellos que hayan ingresado antes del 31 de enero de 2021, podrán acceder a un permiso especial de permanencia por un período de 10 años. Este permiso les permitirá trabajar, estudiar y acceder a servicios básicos de manera legal y segura. El estatuto también establece que los migrantes venezolanos que se encuentren en Colombia en situación de vulnerabilidad, como mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes, personas mayores y personas con discapacidad, tendrán acceso prioritario a los servicios y beneficios ofrecidos por el estatuto.
<b>Resolución 1272 de 2017</b>	La Resolución 1272 de 2017 tiene como objetivo implementar el Permiso Especial de Permanencia (PEP) creado mediante la Resolución 5797 del 25 de julio de 2017 del Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. La resolución establece los requisitos y el procedimiento para obtener el PEP, entre ellos: ser ciudadano venezolano, encontrarse en territorio colombiano al momento de la solicitud, no tener antecedentes penales, demostrar medios económicos para su sostenimiento en Colombia, contar con un documento de identidad válido, ya sea pasaporte o cédula venezolana. El PEP tiene una vigencia de 90 días, renovable por períodos de 90 días hasta un máximo de dos años. Los titulares del PEP pueden trabajar y estudiar en Colombia durante su vigencia.

<p><b>El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</b></p>	<p>Ratificado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental<sup>1</sup>.</p>
<p><b>La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores</b></p>	<p>Ratificada por Colombia mediante la Ley 146 de 1994, que establece que los Estados Partes deben adoptar las medidas apropiadas para asegurar que los trabajadores migratorios y sus familiares tengan acceso a servicios de urgencia médica que sean necesarios para preservar su vida o evitar daños irreparables a su salud.</p>
<p><b>La Convención sobre el Estatuto de los Apátridas</b></p>	<p>Ratificada por Colombia mediante la Ley 1588 de 2012, que dispone que los Estados Partes deben conceder a los apátridas el mismo trato que a sus nacionales en lo relativo al acceso a la asistencia y al cuidado médico públicos.</p>
<p><b>La Sentencia T-452/19</b></p>	<p>De la Corte Constitucional, que establece las reglas jurisprudenciales para la protección del derecho a la salud de los migrantes en Colombia, entre ellas: (i) en ningún caso el legislador está habilitado para desconocer la vigencia y el alcance de los derechos fundamentales garantizados en la Carta Política y en los tratados internacionales en el caso de los extranjeros; (ii) las autoridades colombianas no pueden desatender el deber de garantizar la vigencia y el respeto de los derechos fundamentales de los extranjeros y de sus hijos menores; (iii) la Constitución o la Ley pueden establecer limitaciones con respecto a los extranjeros para los efectos de su permanencia o residencia en el territorio nacional, pero los extranjeros en Colombia disfrutarán de los mismos derechos civiles que se conceden a los colombianos; (iv) el reconocimiento de los derechos de los extranjeros no implica que en nuestro ordenamiento esté proscrita la posibilidad de desarrollar un tratamiento diferenciado en relación con los nacionales; (v) la aplicación de un tratamiento diferente debe estar justificado por situaciones de hecho diferentes, una finalidad objetiva y razonable y una proporcionalidad entre el tratamiento y la finalidad perseguida.</p>

De la Corte Constitucional, que reitera las obligaciones mínimas del Estado colombiano frente al derecho a la salud de los migrantes, entre ellas: (i) garantizar el acceso a servicios básicos como agua potable, saneamiento básico y alimentación; (ii) brindar atención médica urgente e inmediata; (iii) prestar servicios integrales e ininterrumpidos a mujeres embarazadas; (iv) ofrecer servicios integrales e ininterrumpidos a niños, niñas y adolescentes; (v) prestar servicios integrales e ininterrumpidos a personas con discapacidad; (vi) prestar servicios integrales e ininterrumpidos a personas mayores; (vii) prestar servicios integrales e ininterrumpidos a personas con enfermedades catastróficas o ruinosas; (viii) prestar servicios integrales e ininterrumpidos a personas con enfermedades transmisibles o contagiosas.

**Fuente:** Todas las normas, jurisprudencias, guías y decisiones sobre la protección de los derechos de los migrantes en Colombia en: [Protección de los derechos de los migrantes \(suin-juriscol.gov.co\)](https://suin-juriscol.gov.co) (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2023).

El 24 de agosto de 2009 el ejecutivo aprobó, mediante el documento CONPES 3603 del Consejo Nacional de Política Económica y Social, los lineamientos generales de formulación, ejecución y seguimiento de la política migratoria. Este texto expone una Política Integral Migratoria (PIM) que contiene las diversas dimensiones del fenómeno migratorio; comprende los diferentes aspectos y acciones que sucesivamente, mediante leyes y decretos específicos, debían ser reglamentados por el Estado a nivel nacional o bien a nivel departamental y municipal.

El documento se basa en cinco principios fundamentales que rigen las dinámicas migratorias y las políticas estatales implementadas: coherencia y reciprocidad con otros países; integral y de largo plazo, que permita una respuesta flexible a los diversos escenarios emergentes que necesitan ser respondidos; acuerdo con la política exterior; el pleno cumplimiento de las garantías individuales, la consideración del migrante como sujeto de derechos y obligaciones en la legislación nacional y el derecho internacional; y finalmente el principio de focalización, dando prioridad a los extranjeros o colombianos en el exterior en situaciones de mayor vulnerabilidad.

En el documento se relacionan siete dimensiones: educativa, cultural, social, económica, participativa y comunitaria, de seguridad, institucional e informativa. Todas ellas con labores específicas que deben ser desarrolladas por los ministerios de Educación, Cultura, Relaciones Exteriores, Protección Social, Comercio,

Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, e Interior; así como por otras entidades, como el Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios en el Exterior (Icetex), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Migración Colombia y el DANE (Ciurlo, 2015). En el marco de las propuestas de la PIM, el Congreso de la República aprobó, mediante la Ley 1465 de 2011, la reforma de la Comisión Intersectorial de Migraciones. Sin eliminar tal entidad, la amplió con la creación del Sistema Nacional de Migraciones (SNM).

El nuevo organismo, integrado por una amplia red de instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, tiene como objetivo apoyar al gobierno y al Ministerio de Relaciones Exteriores en el diseño, aplicación, seguimiento y evaluación de la política migratoria. Entre sus objetivos se cuentan: la creación del Viceministerio de Migraciones y Desarrollo; la vinculación de la política migratoria a los planes de desarrollo nacional, departamental y local, y a las políticas de desarrollo; al igual que la estipulación de convenios bilaterales y multilaterales. Junto a ello, también una serie de acciones sugeridas en el documento CONPES 3603 que pretenden: mejorar la comunicación entre las autoridades nacionales y los emigrantes; mejorar las condiciones laborales y humanas del emigrante y el inmigrante; fortalecer los vínculos del Estado con las comunidades colombianas en el exterior e identificar sus intereses y necesidades; atraer el capital humano de los emigrantes colombianos y fomentar acciones y mecanismos de carácter político y técnico para el aprovechamiento del recurso humano calificado; facilitar y acompañar la gestión y ejecución de proyectos productivos, sociales o culturales de iniciativa de la población migrante (Mojica, 2014)

## **Marco Sanitario**

Los países con una tradición migratoria amplia, tienen como alternativa hacer más robustos los mecanismos ya implementados, pero en países nuevos de los llamados destinos diversificados, como el caso colombiano, tendrán obligatoriamente no solo que diseñar sino evaluar, alinear, implementar la política pública con el fin de solventar las necesidades de reciente creación. Respecto al estudio de los fenómenos asociados a la migración y la salud en la región, las investigaciones se han centrado en tipificar la prevalencia de los problemas de salud de los migrantes (Castro, 2017), las conductas de salud de los migrantes (Castillo, et al., 2018); el impacto de las teorías migratorias a las decisiones de salud pública (Cabieses, Gálvez, y Ajraz, 2018), las brechas sociales para el acceso a los servicios de salud por parte de los migrantes (Cabieses y Oyarte, 2020), la relación entre la migración y el desarrollo de la región (Mazuera, et al, 2019). Hay también estudios de género respecto al acceso a la salud en mujeres migrantes (Castro, 2017).

Un estudio llevado a cabo en Venezuela por la OIM (2019) explica las políticas de salud excluyentes y su repercusión en los niños migrantes. En este estudio, se hacen una aproximación sobre cómo las relaciones entre migración y salud se han convertido y por consiguiente deben abordarse como un tema prioritario en investigación. De manera indirecta se ha investigado la justicia distributiva y su relación con la migración, incluidos sus impactos en la salud (Loewe, 2017). Las problemáticas que representa la migración y su relación con la

salud, han sido abordadas desde diversas aristas, pasando desde la demografía, la economía, el derecho, las políticas públicas, la justicia social, la salud pública, su lugar en la agenda internacional, sus implicaciones sociales y las brechas para el acceso, entre otras.

Dentro de la legislación internacional vigente sobre aspectos sanitarios, en este documento ya se ha mencionado algunos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976, el Convenio Internacional sobre protección de los derechos de los trabajadores y de sus familiares de 1990 y el Convenio Internacional de los Derechos del Niño de 1989. Por tanto en este apartado no se volverán a tratar, en su lugar se van a tocar instrumentos como el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005, el Convenio Americano sobre Derechos Humanos de 1969, el Instrumento Andino de Seguridad Social de 2004 y el Acuerdo sobre aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) de 1994.

**Tabla 4.** Legislación internacional vigente sobre aspectos sanitarios

Norma	Descripción
<b>Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005)</b>	<p>Es un acuerdo internacional adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005. Su objetivo es ayudar a prevenir y controlar la propagación internacional de enfermedades, al mismo tiempo que se minimiza la interrupción del comercio y los viajes internacionales. El RSI establece un marco legal para la detección, evaluación y notificación de eventos de salud pública que puedan representar una amenaza para la salud pública internacional, y establece un sistema de coordinación para la gestión de respuestas a dichos eventos. También establece una serie de medidas de control, como la cuarentena, la vacunación y la vigilancia de las fronteras, que pueden ser aplicadas en caso de emergencia de salud pública.</p> <p>El RSI se aplica a todos los Estados miembros de la OMS y cubre una amplia gama de enfermedades, incluyendo las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el VIH/SIDA y la gripe, así como las enfermedades no transmisibles que pueden tener un impacto en la salud pública internacional. El reglamento establece que los Estados miembros deben desarrollar y mantener capacidades básicas de vigilancia, detección y respuesta a emergencias de salud pública, y establece un mecanismo para que la OMS evalúe y supervise la capacidad de los Estados para cumplir con estas obligaciones (OMS, 2005).</p>
<b>Convenio Americano sobre Derechos Humanos (1969)</b>	<p>También conocido como Pacto de San José de Costa Rica, es un tratado internacional adoptado por los países miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 1969. Este convenio establece un conjunto de normas y principios para proteger y promover los derechos humanos en el continente americano. Promulga una serie de derechos y libertades fundamentales que deben ser garantizados por los Estados miembros, incluyendo el derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal, la igualdad ante la ley, la libertad de pensamiento y expresión, la libertad de reunión y asociación pacífica, y el derecho a un juicio justo, entre otros.</p> <p>Además, el convenio establece una serie de mecanismos para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos en los Estados miembros. En este sentido, establece la creación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) como organismos encargados de velar por la protección y promoción de los derechos humanos en el continente americano.</p>

	<p>La Comisión Interamericana de Derechos Humanos es un órgano autónomo de la OEA encargado de promover la observancia y defensa de los derechos humanos en los países miembros. La CIDH recibe y examina las denuncias de violaciones de los derechos humanos y realiza visitas <i>in situ</i> para evaluar la situación de los derechos humanos en los Estados miembros. También realiza estudios y elabora informes sobre temas relacionados con los derechos humanos en la región. Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos es un tribunal internacional encargado de interpretar y aplicar el Convenio Americano sobre Derechos Humanos. La Corte IDH recibe casos presentados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, los Estados miembros, las víctimas o sus representantes legales, y emite fallos y sentencias vinculantes para los Estados miembros (OEA, 1969).</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Instrumento Andino de Seguridad Social (2004)</p>	<p>Es un acuerdo adoptado por la Comunidad Andina de Naciones (CAN) en el año 2004 con el objetivo de garantizar la protección social de los ciudadanos de los países miembros: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. El instrumento establece una serie de normas y principios para garantizar la seguridad social y el bienestar de los trabajadores, así como la igualdad de derechos y oportunidades para todos los ciudadanos de la región. El Instrumento se aplica a los trabajadores y sus familias, incluyendo a los trabajadores migrantes y sus familiares que residen en uno de los países miembros. Establece la obligatoriedad de la afiliación a un sistema de seguridad social que proporcione una protección integral en casos de enfermedad, accidentes de trabajo, discapacidad, vejez y muerte, entre otros.</p> <p>Además, el instrumento garantiza la igualdad de derechos y oportunidades para todos los ciudadanos de la región, independientemente de su origen, género, orientación sexual o cualquier otra condición. Asimismo, establece la obligación de los Estados miembros de proteger a las personas más vulnerables, como los niños, las personas mayores y las personas con discapacidad. También contempla la creación de un sistema de coordinación y cooperación entre los Estados miembros, con el fin de garantizar la efectividad y la eficacia de los sistemas de seguridad social. Este sistema de coordinación se encarga de la armonización de las normas y políticas de seguridad social, la cooperación técnica y financiera, y el intercambio de información y buenas prácticas (CAN, 2005).</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Acuerdo sobre aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual — relaciona</p>	<p>Es un acuerdo internacional que forma parte del conjunto de acuerdos que conforman la Organización Mundial del Comercio (OMC), fue adoptado en 1994 como parte del Acuerdo de Marrakech y establece estándares mínimos de protección de los derechos de propiedad intelectual (DPI) para los miembros de la OMC. El ADPIC establece un marco jurídico para la protección de los derechos de propiedad intelectual, que son los derechos que tienen los creadores de obras</p>

---

intelectuales sobre sus creaciones, como patentes, marcas, derechos de autor, diseños industriales y secretos comerciales. El acuerdo establece que los miembros de la OMC deben proporcionar protección y garantizar el cumplimiento de los derechos de propiedad intelectual.

En el contexto de la crisis migratoria venezolana, muchos ciudadanos venezolanos se encuentran en una situación precaria, con acceso limitado a medicamentos esenciales debido a la falta de suministros y recursos médicos adecuados en el país. Además, los altos precios de los medicamentos patentados también pueden limitar el acceso a los medicamentos necesarios. El ADPIC establece que los países miembros de la OMC deben proporcionar protección y garantizar el cumplimiento de los derechos de propiedad intelectual, incluyendo las patentes de medicamentos. Esto significa que los medicamentos patentados tienen una protección exclusiva y los fabricantes de medicamentos genéricos no pueden producir medicamentos idénticos sin la autorización del titular de la patente.

Sin embargo, el ADPIC también permite que los países miembros tomen medidas para proteger la salud pública y garantizar el acceso a medicamentos esenciales. En particular, el acuerdo establece que los países pueden emitir licencias obligatorias, que permiten a los fabricantes de medicamentos genéricos producir medicamentos patentados sin la autorización del titular de la patente en casos de emergencia de salud pública. En el caso de la crisis migratoria venezolana, los países miembros de la OMC pueden considerar la emisión de licencias obligatorias para garantizar el acceso a medicamentos esenciales para los ciudadanos venezolanos. Esto permitiría a los fabricantes de medicamentos genéricos producir y distribuir medicamentos a precios más asequibles, lo que podría ayudar a aliviar la carga financiera de los ciudadanos y mejorar su acceso a la atención médica (OMC, 1994).

---

**Fuente:** Elaboración propia.

## **Venezuela**

El Informe “Venezuela: Eventos 2021” afirma que el gobierno de Nicolás Maduro y sus fuerzas de seguridad son responsables de ejecuciones extrajudiciales y desapariciones forzadas de corta duración, encarcelamiento de opositores, juzgamiento a civiles en tribunales militares, torturas a detenidos y represión a manifestantes. Se han valido del estado de excepción impuesto en respuesta al Covid19 como pretexto para aumentar su control sobre la población. La falta de independencia judicial ha facilitado que estos delitos queden impunes, incluso, las autoridades judiciales han participado o sido cómplices de los abusos (HRW, 2021).

La Misión de Determinación de los Hechos de las Naciones Unidas sobre Venezuela identificó patrones de violaciones y crímenes que eran parte de un ataque generalizado y sistemático, los cuales, concluyó, constituyen crímenes de lesa humanidad. Por otra parte, el país atraviesa una emergencia humanitaria compleja, con millones de personas que no tienen acceso a atención de la salud básica ni una nutrición adecuada. El acceso limitado a agua potable en hogares y centros de salud y un plan de vacunación menoscabado por la falta de transparencia gubernamental seguramente han contribuido a la propagación del Covid19 (HRW, 2021).

Por su parte, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) calcula que uno de cada tres venezolanos se encuentra en situación de inseguridad alimentaria y necesita asistencia. En 2019, informó que 9,3 millones de venezolanos padecían inseguridad alimentaria, y estimó que el número aumentaría significativamente en

los próximos años ( [PMA, 2020). UNICEF también informó que 5,8 % de los niños y niñas evaluados entre enero y junio de 2021 padecían desnutrición aguda, y 1,5 % desnutrición aguda severa. El colapso del sistema de salud en Venezuela ha resultado en el aumento de enfermedades infecciosas y la reaparición de otras que podrían prevenirse con vacunas. Cientos de personas estarían muriendo debido a obstáculos para realizar trasplantes. La escasez de medicamentos e insumos, las interrupciones en los servicios de agua y electricidad y la emigración de trabajadores de la salud han reducido gravemente la capacidad operativa de los centros de salud.

La Oficina del ACNUDH expresó su preocupación ante la ausencia de datos públicos necesarios para diseñar políticas de salud pública y facilitar su seguimiento. El gobierno no ha publicado datos epidemiológicos desde 2017. Para el 28 de octubre del 2021, había 403.318 casos confirmados de Covid19 y 4.848 muertes en Venezuela. Es probable que las cifras sean aún mayores, considerando la disponibilidad limitada de pruebas de diagnóstico confiables, la falta de transparencia gubernamental y la persecución de profesionales de la salud y periodistas que informan sobre la pandemia. El acceso a la atención de la salud materna y a los servicios de salud sexual y reproductiva, que ya era precario, se ha deteriorado aún más con la pandemia (ONU, 2022).

La página de noticias de la ONU “Mirada global Historias humanas” (2022) informó que en 83% de los hospitales hay acceso insuficiente o nulo a equipos de protección personal como mascarillas y guantes, y que en 95% de ellos también hacen falta insumos de limpieza como jabón y desinfectante. Para el mismo 28 de

octubre, se había informado el fallecimiento de 779 profesionales médicos y de enfermería debido al Covid-19. La vacunación contra el Covid-19 en Venezuela ha sido menoscabada por la corrupción y falta de transparencia gubernamental respecto a la adquisición y distribución de vacunas y otros insumos médicos. El gobierno agendó las vacunaciones por medio del “Carnet de la Patria”, un documento requerido desde 2017 para acceder a beneficios públicos que el gobierno ha utilizado para ejercer control social y político, especialmente en períodos electorales.

### ***Ecuador***

Como se verá a lo largo de todos los países que han recibido migrantes venezolanos, la desinformación, la discriminación y la estigmatización serán el común denominador en materia sanitaria. Como ya se ha dicho, la Constitución ecuatoriana consagra el derecho a la salud y a la educación sin discriminación alguna, esto es, la población migrante también tiene acceso gratuito e igualitario a la escolaridad y a la atención en salud pública, sin distinción del estatus migratorio. Pero como también se dijo, esto es solo una promesa electoral que dice en los discursos y se firma en los papeles pero que no se aplica en la realidad.

Los sistemas de seguridad social en salud de Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Chile resultan ser muy parecidos, pues todos provienen de los mismos acuerdos internacionales y todos pretenden evocar la idea romántica del Estado de Bienestar europeo de la postguerra. Básicamente existe un Instituto de Seguro Social que proporciona servicios de salud a nivel nacional cubriendo la

demanda de las personas tanto afiliadas a otros seguros privados de salud como de quienes no se encuentran afiliados a ningún régimen sanitario. En Ecuador existe, por un lado el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que solo atiende a personas contribuyentes, y por otro lado, el Ministerio de Salud cubre la demanda restante, entre ellos de los inmigrantes (Herrera & Cabezas, 2019, p.149).

La situación sanitaria de los migrantes venezolanos en Ecuador ha sido objeto de preocupación y atención por parte de autoridades y organismos internacionales desde 2012 hasta la actualidad. Durante los primeros años de la crisis, muchos migrantes venezolanos que llegaron a Ecuador enfrentaron barreras para acceder a los servicios de salud, incluyendo la falta de documentación, dilatación de la atención y discriminación. Esto llevó a la implementación de políticas y programas destinados a mejorar el acceso a la atención médica para los migrantes, lo cual, una vez más, es poco o nada lo que ha ayudado pues una cosa es lo que dice el papel y otra muy distinta lo que pasa en la realidad cotidiana de los migrantes.

En 2018, se estableció un plan de atención en salud para la población migrante, que incluía servicios de salud gratuitos y accesibles, así como la creación de centros de salud especializados en atender a esta población. Sin embargo, la pandemia de Covid19 terminó de agravar la situación, ya que muchos migrantes perdieron su trabajo y sus ingresos, muchos de ellos no quieren acercarse a los centros de salud por temor de ser deportados o maltratados, permanecen refugiados en los lugares donde se han establecido incluso contagiándose unos a

otros, lo que dificulta aún más la tarea de los servicios sociales y entorpece el acceso a los servicios de salud.

En los últimos años, la OPS y la ACNUR han trabajado en colaboración con las autoridades ecuatorianas para mejorar la atención médica de los migrantes venezolanos. También se han llevado a cabo campañas de concientización para promover la prevención y el control de enfermedades infecciosas. Sin embargo, su situación sanitaria sigue siendo un desafío, y se requieren esfuerzos sostenidos para garantizar el acceso a la atención médica para esta población vulnerable. Es importante continuar trabajando en colaboración con organismos internacionales y organizaciones locales para abordar los desafíos sanitarios y garantizar el bienestar de los migrantes venezolanos en Ecuador tal y como lo dice la Constitución Nacional.

### ***Perú***

Como lo afirman Hernández Vázquez et al. (2019), las crisis humanitarias afectan el funcionamiento habitual de los sistemas de salud, ya de por sí débiles en estos países, por ello la vulnerabilidad respecto a la salud de las poblaciones locales y migrantes se ve incrementada. En países de bajos y medianos ingresos, se calcula que ocho millones de muertes por año se deben a una deficiente calidad de la atención en establecimientos de salud (p.586). De igual manera, no solo son las dolencias físicas o enfermedades somáticas las que hay que considerar, pues estudios han demostrado un alto índice de problemas emocionales y de salud mental desarrollados por los migrantes.

Para 2018, el Perú y otros 163 gobiernos firmaron el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, primer acuerdo global en apíses de la Organización de Naciones Unidas, que señala la responsabilidad compartida de los estados, la no discriminación hacia el migrante y el respeto a los derechos humanos a través de abordar los riesgos y desafíos que las personas y comunidades experimentan en los países de origen, tránsito y destino (2019, p.589). Pero la realidad es que las estadísticas señalan que una importante proporción de los inmigrantes venezolanos en territorio peruano no estarían recibiendo una adecuada atención para sus problemas de salud, y siendo una población vulnerable, dado su estatus migratorio, podría comprometer su bienestar individual, familiar, social y económico.

La atención sanitaria peruana en términos generales no es mala, dentro de su intrincada burocracia, el Ministerio de Salud (Minsa) ofrece a todos sus habitantes un Seguro Integral de Salud (SIS) que, a su vez el SIS, es la Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud, cuya finalidad es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando a poblaciones vulnerables, en situación de pobreza y pobreza extrema. Por otro lado, las administraciones distritales y locales –llamadas municipalidades- manejan dentro de su presupuesto, el funcionamiento de policlínicos, casas del adulto mayor, casas de reposo, jardines infantiles y centros de información y acogida al migrante, todo ello a partir de los impuestos de los ciudadanos e independiente de los servicios estatales. Y por último, el Estado junto con entidades internacionales,

empresas privadas y/o gobiernos extranjeros, cuentan con Hospitales equipados en la mayoría de especialidades para la atención universal, prioritaria, de emergencia y regular.

Como es costumbre ya, la complicación aparece en el proceso de acceso a tales servicios por parte de los migrantes. Pues una cosa es que los servicios existan y estén disponibles, pero otra muy distinta que los funcionarios públicos permitan el fácil acceso a los mismos. Según Blouin y Freier (2019), existen trabas burocráticas y casos de discriminación que afectan a migrantes venezolanos de diversos perfiles, incluyendo a quienes han conseguido una documentación regular. Incluso, de llegar a acceder a los servicios, han existido quejas que suele ser de baja calidad - comparado con el ofrecido a un peruano-, más costoso –cuando, por ser público, no debería ni siquiera costar-, o innecesariamente complicado.

La crisis política y económica que sufre Venezuela se refleja en alta inflación, desaceleración de la actividad económica y acceso limitado a empleos y servicios básicos, y es Colombia el país al que primero acuden muchos de sus ciudadanos. Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2018), Con base en información proporcionada por Migración Colombia, a 31 de marzo de 2020 había 1'809.872 migrantes venezolanos en el país, el 43% (784.234) en situación documentada y el 57% (1'025.638) en situación irregular.

### **Colombia**

Según los tratados internacionales suscritos por Colombia, la atención de urgencias es fundamental y prioritaria, independiente del estatus legal que tenga el migrante en el momento de ser atendido. Existe un amplio bloque de constitucionalidad que organiza, reglamenta y garantiza el acceso integral a la salud de todas las personas en el territorio colombiano. Desafortunadamente existen dificultades para que esto sea una realidad debido al desbordamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por el gran número de venezolanos que está superando la capacidad del sistema, en aspectos logísticos, técnicos, tecnológicos, financieros, profesionales, entre otros.

Según Eguren y Estrada (2018), entre marzo y agosto de 2018 se han presentado de manera alarmante casos de sarampión y difteria [...] enfermedades crónicas tales como hipertensión arterial, enfermedades pulmonares, diabetes, enfermedades cardiacas, alteración de la salud mental y emocional, y también casos de enfermedades infectocontagiosas como ETS, tuberculosis y VIH (p.350). El censo del sistema de salud arroja datos verdaderamente alarmantes de muertes de niños menores de cinco años por desnutrición y/o enfermedad de malaria. Otro dato que entorpece las labores del SGSSS es el nacimiento de más de 2500 niños de madres venezolanas en territorio colombiano, tanto la madre como la criatura carecen de nacionalidad pues la madre no cuenta con documentación de su país de origen y en Colombia aún no cuenta con documentos de residencia.

La legislación nacional vigente sobre aspectos sanitarios es bastante amplia, está llena de decretos, resoluciones, leyes, circulares, y demás, que conforman todo

el organigrama de orden nacional que garantiza la salud, la protección y la seguridad social de los niños, las niñas, los adolescentes, las mujeres, los trabajadores, los ciudadanos y los inmigrantes dentro del territorio nacional. Es una lista de normas emitidas desde los ministerios de Salud y Protección Social, de Medio Ambiente, de Trabajo, del Interior, de Justicia y de Relaciones Exteriores, entre otros. A continuación se exponen brevemente las normas más importantes de los últimos siete años y se citan, además, la Norma Básica de Seguridad y Salud en el Trabajo (Ley 9 de 1979) y la norma que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993).

**Tabla 5.** Legislación nacional vigente sobre aspectos sanitarios

Norma	Descripción
Ley 9 de 1979	<p>Establece las normas básicas de seguridad en el trabajo en Colombia. Esta ley fue creada con el propósito de prevenir accidentes laborales y enfermedades profesionales, y establece las obligaciones y responsabilidades de empleadores y trabajadores para lograr un ambiente laboral seguro. La ley establece la creación de Comités Paritarios de Salud Ocupacional (CPSO), los cuales tienen como objetivo la promoción de la seguridad y la salud en el trabajo, y la prevención de accidentes y enfermedades laborales. Estos comités están integrados por representantes de los empleadores y de los trabajadores, y tienen la responsabilidad de supervisar y controlar la implementación de medidas de seguridad y salud en el trabajo.</p>
	<p>La Ley 9 de 1979 también establece la obligación de los empleadores de proporcionar capacitación y entrenamiento a los trabajadores en temas de seguridad y salud en el trabajo. Esto incluye la capacitación en el uso de equipos de protección personal, y la prevención de accidentes y enfermedades laborales. Otra disposición importante de la ley es la obligación de los empleadores de proporcionar una compensación económica a los trabajadores que sufran accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo. Esta compensación debe cubrir los gastos médicos, los salarios perdidos y cualquier otro gasto relacionado con el accidente o enfermedad.</p>
	<p>La ley se aplica a todos los trabajadores en Colombia, esto es, incluyendo a los migrantes que se encuentran trabajando en el país independientemente de su estatus legal. Particularmente la situación de los migrantes venezolanos en Colombia puede ser difícil, especialmente en lo que respecta a su situación laboral, pues muchos de ellos trabajan en condiciones precarias, sin contrato laboral y sin acceso a los derechos laborales básicos. Por ello la ley establece que todos los trabajadores tienen derecho a un ambiente laboral seguro y saludable, independientemente de su situación migratoria o laboral (MinAmbiente, 1979).</p>

**Ley 100 de 1993**

Es una ley colombiana que establece el Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia. Esta ley tiene como objetivo garantizar la protección social de todos los ciudadanos colombianos, y establece los mecanismos para el acceso a la salud, pensiones y riesgos laborales. El Sistema de Seguridad Social Integral está compuesto por tres elementos principales: el Sistema de Salud, el Sistema de Pensiones y el Sistema de Riesgos Laborales. Cada uno de estos sistemas tiene como objetivo garantizar la protección social de los ciudadanos colombianos, independientemente de su situación laboral o migratoria.

Es importante destacar que la Ley 100 de 1993 establece que todos los ciudadanos colombianos tienen derecho a la seguridad social, incluyendo a los trabajadores migrantes que se encuentran en el país. Esto significa que, el caso de los migrantes venezolanos que se encuentran trabajando en Colombia, está contemplado por esta ley y tienen derecho a acceder a los servicios de salud, pensiones y riesgos laborales, en igualdad de condiciones que los ciudadanos colombianos. Sin embargo, la realidad puede ser muy distinta pues muchos de ellos trabajan en condiciones precarias, sin contrato laboral y sin acceso a los derechos laborales básicos, lo que puede dificultar su acceso a los servicios de seguridad social establecidos en la ley (MinSalud, 1993).

**Ley 1438 de 2011**

Es una ley colombiana que busca mejorar el sistema de salud en Colombia y garantizar el acceso a servicios de calidad para todos los ciudadanos, independientemente de su situación económica o migratoria. Esta ley establece una serie de medidas para mejorar la atención médica y la calidad de los servicios de salud en Colombia.

Entre las medidas más destacadas se encuentran las siguientes: i) Fortalecimiento de la atención primaria en salud: La ley establece la importancia de la atención primaria en salud como el primer nivel de atención médica, y busca fortalecerla a través de la implementación de programas de prevención y promoción de la salud. ii) Creación del régimen subsidiado: Permite el acceso a servicios de salud de calidad para personas de bajos ingresos, incluyendo a los migrantes venezolanos en Colombia que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica. iii) Creación de la figura del asegurador único: Tiene como objetivo garantizar la eficiencia y la transparencia en la administración de los recursos destinados al sistema de salud. iv) Fomento de la investigación y la innovación en salud: Busca fomentar el desarrollo de nuevos tratamientos y tecnologías que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Es importante destacar que esta ley establece la obligación de las autoridades de garantizar el acceso a servicios de salud de calidad para todos los ciudadanos, independientemente de su situación migratoria. Esto significa que los migrantes venezolanos en Colombia tienen derecho a acceder a los servicios de salud establecidos por la ley, en igualdad de condiciones que los ciudadanos colombianos (MinSalud, 2011).

Ley 1098 de 2016

El Código de Infancia y Adolescencia es una ley que busca proteger los derechos de los niños, niñas y adolescentes en Colombia. Esta ley establece una serie de medidas para garantizar el bienestar de los niños y las niñas, incluyendo a los hijos de migrantes venezolanos que se encuentran en Colombia.

Algunas de sus medidas son: i) Protección integral de la infancia y la adolescencia: La ley establece que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una protección integral, incluyendo la protección contra la explotación laboral, el abuso sexual, la violencia y la discriminación. ii) Atención prioritaria a los niños y niñas en situación de vulnerabilidad: La ley establece que los niños y las niñas en situación de vulnerabilidad tienen derecho a una atención prioritaria en áreas como la salud, la educación y la protección social. iii) Medidas para prevenir la separación de las familias: La ley establece medidas incluyendo la promoción de programas de apoyo a las familias y la identificación temprana de situaciones de riesgo de separación familiar. iv) Protección de los derechos de los niños y niñas migrantes: La ley establece que los niños y niñas migrantes tienen derecho a una protección especial, incluyendo la protección contra la detención migratoria y el acceso a servicios básicos como la salud y la educación (MinSalud, 2006).

Decreto 780 de 2016 y  
Resolución 5797 de 2017

Emitido por el Gobierno de Colombia, establece medidas para regularizar la situación migratoria de los ciudadanos venezolanos que se encuentran en el país. Este decreto se emitió en respuesta al aumento del flujo migratorio de ciudadanos venezolanos hacia Colombia y a la necesidad de establecer un marco legal para su situación migratoria.

Entre las medidas más importantes se encuentran las siguientes: i) Permiso Especial de Permanencia (PEP): El decreto establece la creación de un permiso especial de permanencia para los ciudadanos venezolanos que ingresen a Colombia o que ya estén pero no tengan una situación migratoria regularizada. Con este permiso pueden permanecer en Colombia de forma legal por un período de dos años y les otorga acceso a servicios básicos como la salud y la educación. ii) Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV): Este registro permite tener un censo actualizado de los ciudadanos venezolanos que se encuentran en el país y facilita la implementación de políticas públicas en beneficio de esta población. iii) Acceso a servicios básicos: El decreto establece que los ciudadanos venezolanos que se encuentran en Colombia y que cuentan con el PEP tienen derecho al acceso a servicios básicos como la salud, la educación y el trabajo (Cancillería, 2017).

**Fuente:** Elaboración propia.

Sin embargo, actualmente no existen análisis, ni explicativos ni comparativos, de las políticas públicas en Colombia con relación al acceso a los servicios de salud en las poblaciones migrantes, lo cual, resulta un vacío del conocimiento potencial para los tomadores de decisiones respecto al rediseño, modelado, construcción, evaluación y evolución de las políticas públicas. Dentro de los efectos de la migración en Colombia se pueden resaltar, el problema de salud pública en el país debido a las condiciones humanitarias en las que se encuentra dicha población y la necesidad de ser atendidos, así como los problemas en el acceso al sistema de atención sanitaria que se pueden deber a la falta de documentación para regularizar la estancia en el país (Rechel et al., 2013).

Se ha encontrado que los migrantes en condición irregular pueden desistir de pedir cualquier servicio de salud por el miedo a que los profesionales del servicio sanitario los delaten ante los oficiales de migración (OMS & ACNUR, 2008). Al respecto, estudios previos en Colombia han hecho notar que para poder disfrutar del régimen subsidiado de salud estos migrantes deben aclarar su condición jurídica ante las autoridades y contar con la aprobación para establecerse en el país (Fernández y Bojórquez, 2018).

### **Capítulo 3: Actualidad del acceso a servicios de salud y tendencias para el futuro para la conformación de la política pública.**

A manera de respuesta por parte del Estado colombiano, el Ministerio de Salud ha puesto en funcionamiento un programa de vacunación en las fronteras y en las ciudades donde más migrantes residen. Para 2017, aproximadamente 1'157.000 venezolanos habían recibido vacunas y cerca de tres millones de migrantes habían recibido atención en urgencias. La creciente demanda de servicios ha generado preocupación debido a que las autoridades sanitarias locales han colapsado debido al aumento de demandas de los venezolanos y los presupuestos de estos centros se han visto rebasados, lo que ha llevado a que el gasto público en servicios de atención a la salud aumentara considerablemente.

Durante 2018, se hizo necesario implementar acciones coordinadas entre alcaldías y secretarías de salud para brindar la atención necesaria en cuanto a situaciones de salud habituales así como de afiliación al sistema de salud para aquellas personas que cumplan con los requisitos correspondientes, además, monitorear a la población que llega desde Venezuela, empadronarla y ofrecer cobertura en educación y en salud. Ya para 2019, el Estado había reglamentado y puesto en marcha la nueva política migratoria transitoria en favor de los venezolanos, lo que abrió nuevos canales de atención para ellos, desde el proceso de nacionalización, legalización y censado, hasta la afiliación a la seguridad social y, con ello, la opción de trabajar y poder atenderse ellos y sus familias en Colombia.

Colombia se encuentra suscrito a tratados internacionales en los que es fundamental brindar atención a urgencias a los migrantes independientemente de la condición legal en la que se encuentren. El país ha tenido que adoptar políticas públicas para así identificar las problemáticas que emergen de la migración internacional y dar una respuesta a través de instituciones estatales y demás entidades. La respuesta del Gobierno nacional ha sido desarrollar un Plan de Respuesta del Sector de Salud que permita la gestión de la salud pública, fortalecimiento en atención, financiamiento y seguimiento. Busca brindar a los migrantes venezolanos atención en urgencias, vacunación y atención a las madres gestantes, esto mediante el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o mediante la atención por evento en la red pública financiada con recursos de oferta.

El gobierno colombiano enfrentó el desafío de ayudar a estos inmigrantes. Para ello se han implementado diversas medidas sanitarias. Estos incluyen acceso a atención médica de emergencia (BM, 2018; CONPES, 2018), complementado con apoyo a madres embarazadas en Venezuela. Según datos oficiales, un total de 4.945 venezolanos tenían acceso a los servicios de seguridad social y salud en las provincias fronterizas de Colombia y Venezuela en 2018 mediante afiliación al SGSSS. Esta cifra representa apenas el 6% de los venezolanos que viven en el país. Un diagnóstico de migrantes venezolanos a Colombia basado en la GEIH 2017 (Reina, Mesa y Ramírez, 2018) muestra que en 2017, solo el 47% de los migrantes de ese país pertenecían a este sistema en comparación con el 94% de la población local.

La condición de migrante irregular puede restringir el acceso al servicio de salud debido a la ausencia de información respecto al sistema de atención sanitaria, junto a las acciones que debe realizar el migrante para disfrutar del servicio médico en el país de destino. Esto es señalado por Fernández (2019) al establecer que las mujeres venezolanas indocumentadas en estado de embarazo, radicadas en Riohacha y Barranquilla, pueden experimentar inconvenientes para afrontar sus requerimientos de atención sanitaria debido a que a menudo no tienen conocimiento de sus derechos y de los protocolos de ingreso al sistema de asistencia médica local. También existen obstáculos burocráticos, de documentación y de recursos financieros, ya que no todos los sistemas de atención sanitaria son gratuitos.

También señala que cuanto más corta es la estadía, menos probable es que la población migrante participe. Fernández et al. (2019) encontraron que el 96,3% de las gestantes venezolanas atendidas en hospitales de Riohacha y Barranquilla no estaban cubiertas por el sistema de salud colombiano. Sin embargo, en 2017 se intentó regular la estancia de los venezolanos radicados en el país a través del PEP que permite a los venezolanos afiliarse al sistema de salud. Por lo tanto, la adhesión a este sistema debería haber aumentado entre las poblaciones que llegaron antes de esa fecha, 43% (784.234) en situación documentada y 57% (1.025.638) en situación irregular. Más recientemente, desde 2017, ha habido movimientos a gran escala de venezolanos que bordean altos niveles de pobreza y delincuencia, así como restricciones en alimentos, atención médica y trabajo en Venezuela (ACNUR, 2018).

Aún con este panorama, indiscutiblemente uno de los ámbitos más importantes y de mayor trascendencia en medio de ésta crisis es la salud, ya que se trata de niños, ancianos, familias enteras, jóvenes mal alimentados, personas con enfermedades de base, población con enfermedades preexistentes, todo esto atravesado por la coyuntura del Covid19. Las zonas fronterizas representan las principales áreas afectadas ante el volumen de la población y las condiciones en las que llegan los migrantes. Y si de fronteras se trata, ambos países comparten más de 2.300 kilómetros de frontera natural, poblada por poco más de 12 millones de personas en siete departamentos colombianos y cuatro estados venezolanos. Destacan solamente siete puestos fronterizos legales.

Existe cierta complejidad para comparar la migración en los países de Latinoamérica, entre ellos Colombia, primero porque existen diversas metodologías para su medición; segundo, porque los registros y las bases de recolección de datos no son siempre homologables; sin embargo, históricamente la región ha presentado épocas de migración intensificadas por la violencia, las dictaduras militares y las crisis económicas (Solimano, 2003); no obstante, el foco migratorio se volvió más notorio en la región a partir de 2015 y hasta 2018, con la crisis migratoria venezolana, ya que el flujo migratorio entre países se incrementó de manera simultánea y drástica en múltiples naciones, las cuales fueron receptoras de población migrante en condiciones de irregularidad, siendo Colombia la de mayor afluencia (OIM, 2022).

Para ello es que resulta de vital importancia la regularización de la población migrante mediante la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF) o el Permiso Especial de Permanencia (PEP) para poder acceder al SGSSS y demás servicios de salud. En 2018 se creó el decreto 542 en el cual se adoptaron medidas para la creación de un registro administrativo de migrantes venezolanos en Colombia, el mismo sirvió como recurso para el diseño de una política integral de atención humanitaria. Dicho decreto permitió entrever cuales han sido las necesidades específicas de los grupos más vulnerables que ingresaban al país, por ejemplo: mujeres embarazadas que requerían un control prenatal, mujeres lactantes, personas que padecían una enfermedad crónica y personas venezolanas que padecían enfermedades infectocontagiosas.

De acuerdo a los Decretos 2353 de 2015 y 1495 de 2016, toda persona extranjera que se encuentre en situación regular dentro del país, podrá acceder a los servicios públicos de salud en las mismas condiciones que los ciudadanos colombianos. De lo contrario, aquellas personas migrantes que se encuentren en condición irregular únicamente tendrán acceso en salud a servicios de urgencias. Mediante el decreto 2353 de 2015 se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud. Dada la compleja situación que enfrenta el Estado venezolano a causa de la crisis económica y el deterioro del sistema de salud, sus ciudadanos deciden migrar hacia otros Estados que les puedan garantizar el pleno ejercicio a estos derechos.

Las problemáticas sociales que ha enfrentado Venezuela en salud se han ido agravando con la crisis económica y la falta de respuesta por parte del Gobierno, todo ello contribuye a un descontento social que desencadenó la migración forzada. Debido al movimiento poblacional de migrantes venezolanos hacia toda la región es que los estados como Colombia han asumido la obligación de tomar medidas para subsanar la crisis. El gobierno colombiano ha debido implementar proyectos y actividades mediante políticas públicas que respondan a la crisis migratoria que enfrenta el país. Es decir, que el Gobierno ha buscado dar respuesta a las necesidades de los migrantes resguardando los derechos humanos de los mismo, respondiendo mediante programas de asistencia tanto en materia de salud como en materia migratoria que consisten, no solo brindar atención médica, sino además en la regulación de su situación para una mejor inserción del migrante a la sociedad civil.

Desde la teoría del institucionalismo neoliberal se permitió explicar cómo las políticas públicas del estado colombiano permitieron la institucionalización de los derechos a la salud, a su vez permitió el acceso a los migrantes venezolanos, por lo que se considera que el Estado colombiano, como institución, tuvo una influencia positiva en estas acciones emprendidas debido a que permitió el proceso de cooperación con organismos internacionales para recibir información y brindar la atención justa a los migrantes venezolanos. De acuerdo con Jiménez Benites (2007) los derechos humanos proporcionan una nueva perspectiva para el diseño de políticas públicas que tienden al desarrollo humano. Roth (2010) plantea que las

políticas públicas se encuentran orientadas a resolver problemas que la demanda social identifica como prioritario, se trata de comprender y revertir lo que no funciona de acuerdo con las necesidades más sentidas de la población.

La institucionalización de los derechos a la salud permite reconocer su existencia y fortalecer la toma de decisiones encaminadas a brindar una respuesta positiva convirtiéndose en un elemento clave para el desarrollo de políticas públicas

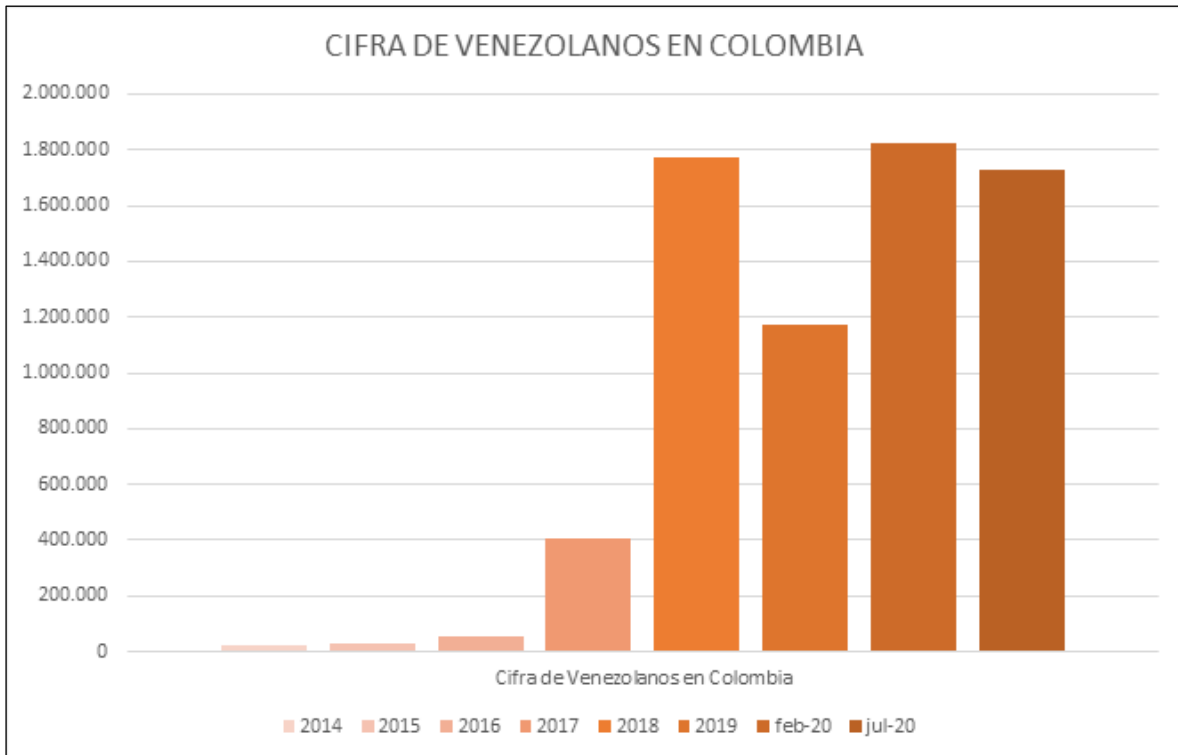
### **Políticas Públicas en Salud Hoy**

En la actualidad, la normativa colombiana y sus políticas migratorias otorgan un tratamiento a la población venezolana como migrantes, lo cual desconoce su estatus de refugiados e intensifica su condición de vulnerabilidad, amenazando la garantía de sus derechos. André Noël Roth (2002) estudia a fondo la disciplina conocida como el “análisis de las políticas públicas” para entender la acción pública del Estado; teniendo en cuenta los actores que intervienen en la definición, decisión e implementación de una política que busca tratar los intereses políticos, sociales y económicos de una sociedad. El autor propone un esquema analítico para definir el problema social y a partir de este resultado crear una política pública.

i) Naturaleza: el problema consiste en un flujo masivo de ciudadanos venezolanos hacia Colombia, desde el año 2015. ii) Causas: el flujo surge de la crisis económica, política y social en la que se encuentra actualmente Venezuela, que ha generado violaciones masivas de los derechos humanos y violencia

generalizada que amenaza la vida de los ciudadanos y afecta el orden público. Este flujo de refugiados venezolanos se encuentra en condiciones de vulnerabilidad debido a que la normatividad existente en Colombia no reconoce su estatus de refugiados. iii) Duración: el problema es duradero y se extiende en el tiempo debido a la gravedad de la crisis, a que la dictadura sigue gobernando en Venezuela, a que la migración de ciudadanos venezolanos aún continúa y a que no existe, en el corto plazo, mejoras que permitan el retorno de los venezolanos a su país. iv) Dinámica: el problema de los refugiados venezolanos evoluciona y se agudiza (ver: **Ilustración 1**). v) Afectados: los directamente afectados son los venezolanos a quienes se les desconoce el estatus de refugiado por parte del Gobierno colombiano. vi) Consecuencias: si no se les reconoce *prima facie* este estatus de refugio, su condición de vulnerabilidad se verá agravada debido a que quedan expuestos a devoluciones o deportaciones masivas; no se garantizan plenamente sus derechos; y Colombia como Estado receptor puede verse inmerso en faltas al principio de no devolución y diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos ya expuestos aquí, lo cual acarrearía responsabilidad internacional.

### **Ilustración 1.** Cifra de venezolanos en Colombia 2014-2020



**Fuente:** (Migración Colombia, (2020) <https://bit.ly/2TkH0OY>)

Como ya se ha dicho, Colombia, a lo largo de su historia migratoria, se ha caracterizado por ser un país que en principio ha generado un éxodo de nacionales hacia el extranjero debido a situaciones sociales, económicas, políticas y de conflicto interno. A raíz de este movimiento migratorio, Colombia implementó por primera vez una Política Integral Migratoria, plasmada en el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) 3603 de 2009, donde se establecen parámetros y estrategias para actuar y atender las necesidades de la población migrante. Las directrices establecidas en este documento prevén herramientas para la atención de extranjeros en Colombia y connacionales en el extranjero, aunque, se haga énfasis en los últimos.

El Conpes 3603 busca que el Estado se vincule con la situación migratoria del país e institucionalice las necesidades que este fenómeno requiere, de tal suerte que establece lineamientos y oportunidades para: i) proteger y garantizar los derechos de los extranjeros residentes en Colombia y de aquellos colombianos en el exterior; ii) incentivar la formación académica y laboral de los colombianos en el extranjero y de los extranjeros en Colombia; y iii) establecer y garantizar una migración regular. En general, el Conpes 3603 es el primer instrumento que crea directrices donde el Estado se compromete a actuar en defensa y protección de las personas involucradas en la movilidad humana, creando escenarios más beneficiosos y otorgando tratamientos para hacer efectivas unas condiciones óptimas (Conpes, 2009).

Sin embargo, estas condiciones no están dirigidas a toda la población migrante, ni menciona la protección de los refugiados o solicitantes de asilo. El Conpes solo establece facilidades para los colombianos en el extranjero con potencial migratorio en el ámbito laboral, así como también, convocatorias para la preselección de colombianos conforme a solicitudes de empresas extranjeras. Cuando se trata de extranjeros en el territorio nacional, la política está regulada de conformidad a los intereses del Estado colombiano, privilegiando a sectores con experiencia técnica, profesional o intelectual, que ofrezcan algún beneficio al país o incluso si aportan capital con el fin de invertir en empresas de interés para Colombia que generen actividades productivas, empleo, etc. (Cancillería, 2017).

Desde 2018, la política migratoria colombiana se transformó para adaptarse a las nuevas necesidades que surgieron a raíz de la crisis migratoria de Venezuela, por esta razón, se expide el Conpes 3950, Colombia ahora es un Estado receptor y de tránsito de los flujos migratorios mixtos. En un inicio, la Política Integral Migratoria del anterior Conpes, se enmarcaba dentro de los principios de: i) coherencia o reciprocidad, de esta forma Colombia debía actuar de manera coherente en relación con las dinámicas de la comunidad internacional en los temas relacionados con la migración; ii) integralidad y largo plazo, la política migratoria colombiana debía adaptarse a la globalización y las transformaciones de los movimientos humanos; iii) concordancia, en todas las actividades y posturas del Estado colombiano frente a los procesos de negociación de acuerdos y tratados, ya sean bilaterales o multilaterales; iv) plena observancia de las garantías individuales, reconocimiento como sujeto de derechos tanto a los colombianos en el extranjero como a los extranjeros en el país y; v) el principio de focalización, priorizar la asistencia a los connacionales y a los extranjeros que se encuentren en situación de vulnerabilidad (Conpes, 2018).

Para adaptarse a los nuevos fenómenos de movilidad humana, el Conpes 3950 desarrolla nuevos lineamientos para la recepción y atención de nacionales venezolanos. Los principios en los que se sostiene son diferentes a los desarrollados en el anterior Conpes, pues de manera sencilla indica que debe existir entre la nación y el territorio una corresponsabilidad, basada en los principios generales de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, sin profundizar en estos lineamientos (Conpes, 2018). En virtud de lo anterior, a través del Conpes 3950 el

gobierno colombiano implementó estrategias para brindar atención a la población migrante, así como también, lineamientos para fortalecer las instituciones que están encargadas de atender a esta población.

La política de atención desarrolla estrategias como: i) identificar las necesidades para ofrecer derechos como la educación, vivienda, trabajo, salud y atención a la primera infancia y adolescencia; ii) fortalecimiento institucional para hacer efectivos los derechos mencionados; iii) garantizar un retorno a los connacionales obligados a salir del país por las diferentes circunstancias; iv) establecer frente a la migración venezolana temas sobre seguridad y conflictividad en el territorio. Así mismo, en esta política el gobierno hace referencia al estatus de refugiado, en relación con la población venezolana, sin embargo, solo se señala el número de personas solicitantes de la condición de refugiados, pero no ahonda en sus garantías. La Política Integral Migratoria colombiana contenida en los Conpes 3603 y 3950, de acuerdo con Roth (2002), puede ser definida bajo el enfoque teórico centrado en el Estado, ya que hay una separación entre este y la sociedad, por lo tanto, las políticas públicas que se desarrollan y adoptan son producto de las decisiones políticas de altos funcionarios e instituciones que omiten las problemáticas sociales, políticas, económicas y culturales.

El adecuado desarrollo y adopción de esta Política Integral Migratoria debería enfocarse bajo el esquema de Roth llamado. Esquema Teórico Centrado en la Sociedad. Contrario al anterior, el Estado se considera dependiente de la sociedad y sus decisiones en materia de políticas no se ven afectadas por las instituciones o

sus agentes, lo cual garantiza una adecuada solución de las problemáticas sociales (2002). Para el caso concreto de la Política Integral Migratoria, es necesario tener en cuenta los instrumentos de coordinación, los cuales señalan que debe existir articulación entre las diferentes políticas públicas. En este sentido, el Conpes 3950 debería estar en armonía con el Conpes 3603 en cuanto a los principios de reciprocidad, integralidad y focalización, ya que resultan útiles para la adecuada implementación de la política de recepción y atención de venezolanos en el país.

Por último, los Conpes cuentan con instrumentos de delegación a socios, los cuales señalan que las instituciones estatales podrán actuar en conjunto con las ONG u otras organizaciones para solucionar la problemática planteada en la política pública. Esto facilitaría fortalecer la protección y ampliar el margen de garantía de derechos al flujo masivo de refugiados venezolanos a través de la cooperación internacional y el trabajo cooperativo con diferentes entidades. En conclusión, se evidencia que la Política Integral Migratoria, contenida en los Conpes, no resuelve ni atiende la situación de la población venezolana. El Conpes 3950 excluye el tratamiento y protección de los venezolanos como refugiados y se centra únicamente en desarrollar y regularizar un flujo de migrantes.

El Conpes 3950 desarrolla dos clases de políticas, una de recepción y otra de atención a la población venezolana. La primera busca la regularización de los refugiados por medio de documentos como el PEP y el RAMV, que les otorgan un estatus migratorio regular. La segunda se refiere al acceso a los derechos básicos por parte de la población venezolana al interior del Estado. Para efectos de esta

investigación solo se hará referencia a la segunda política desarrollada por el Conpes 3950 de 2018 llamada: Política de Atención a Venezolanos.

La Constitución Política de Colombia reconoce la aplicación del principio de igualdad y no discriminación que debe existir en el trato dirigido a personas que se encuentran inmersas en la movilidad humana. Expresa textualmente que los extranjeros gozan de los mismos derechos civiles que los ciudadanos colombianos, sin embargo, cuando hay temas de orden público, la ley puede condicionar o negar dichos derechos a los extranjeros (Art. 100°). Aun así, algunos de los derechos básicos que requieren los venezolanos y que, legalmente, deberían garantizarse en igualdad de condiciones que a los colombianos, en realidad presentan dificultades en la práctica y a la hora de hacerlos exigibles. Existen requisitos que limitan su ejercicio por hallarse en condiciones migratorias irregulares. Por el contrario, si se partiera de un estatus de refugiado, el acceso a estos derechos se tornaría más eficaz, garantista y pleno, eliminando los límites formales que agravan la situación de vulnerabilidad de la población venezolana.

En lo que respecta al derecho a la salud, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, los extranjeros al momento de ingresar al país deben tener una póliza para cubrir cualquier vicisitud en cuestiones de salud, sin embargo, si dicha póliza no se adquirió y los extranjeros no tienen capacidad de pago, la Ley 100 de 1993, 715 de 2001 y 1751 de 2015 prevén su atención únicamente para situaciones de emergencia (MinSalud, 2020). Así mismo señala que para acceder a los servicios del SGSSS se deberá tener en cuenta los siguientes documentos:

cédula de ciudadanía para mayores de 18 años, certificado nacido vivo para menores de 3 meses, registro civil de nacimiento para mayores de 3 meses y menores de 7 años, tarjeta de identidad para mayores de 7 años y menores de 18, pasaporte para menores de 7 años, PEP (si aplica), documentos que acrediten el parentesco para afiliación de núcleo familiar.

El Decreto 780 de 2016 establece que el acceso o la afiliación al SGSSS para extranjeros, requiere: cédula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, todo ello reglamentado en el Decreto 1067 de 2015 y Decreto 1325 de 2016 ya mencionados en esta investigación (ver: **Tabla 3**). En lo que tiene que ver con el carné diplomático o salvoconducto de permanencia, únicamente se otorga a aquellos extranjeros que no requieren visa e ingresan al territorio por corto tiempo sin ánimo de permanecer indefinidamente (Cancillería, 2015). Es importante resaltar que los extranjeros en condición de regularidad pueden afiliarse al SGSSS bien como dependientes, esto es que su empleador es quien contribuye; bien como independientes, en caso de tener las condiciones para aportar; o bien, dentro del régimen subsidiado, en caso de no poder aportar, basta con aplicar una encuesta en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben) y cumplir con los requisitos que, para los venezolanos, es contar con el PEP.

Los migrantes en condiciones de irregularidad cuentan únicamente con una atención inicial de urgencias y son beneficiarios de planes en materia de salud pública que desarrollan los municipios y departamentos de Colombia de acuerdo

con el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio (ver: **Tabla 3**) (Cancillería, 2018). La Corte Constitucional en Sentencia T-025 de 2019 reitero que el derecho a la salud debe ser garantizado a los extranjeros que no residen en Colombia teniendo en cuenta que: 1. Se les debe garantizar la atención de urgencias como mínimo, cuando no cuenten con pólizas o recursos, sin requerir previamente documentos o pagos. 2. Las entidades que prestan el servicio de salud no podrán negarse a prestar el servicio de urgencias a los extranjeros que no estén afiliados en el SGSSS o que se encuentren en condiciones de irregularidad. 3. Las entidades territoriales deberán asumir los costos del servicio médico de los extranjeros que no cuentan con seguro médico ni con recursos económicos (Corte Constitucional, 2019).

Debido a la emergencia por del Covid19, el Gobierno, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, emitió una serie de recomendaciones que debían acatar tanto los migrantes como las entidades estatales con el fin de contrarrestar virus. Entre las medidas promulgadas por el Gobierno estaban: i) uso de los elementos de bioseguridad, mantener el distanciamiento social y lavado frecuente de manos; ii) fortalecer la vigilancia en la salud pública e implementar controles para asistencia requerida por parte de la población migrante; iii) fomentar el acceso a la información sobre el Covid-19; iv) establecer rutas de atención independientemente del estatus migratorio; v) coordinación en materia de alojamiento y albergues con las respectivas medidas y protocolos para la prevención del Covid19, entre otros (MinSalud, 2020).

En este sentido, MinSalud indicó que la población en condición de vulnerabilidad, regular o irregular, debía cumplir todas las medidas de prevención y, en caso de requerir asistencia médica por presentar signos o síntomas del virus, las instituciones de salud debían atender a dicha población mediante los protocolos de urgencia. Sin embargo, aunque el Estado ha emitido lineamientos y protocolos para prevenir y atender los casos relacionados con el Covid19 respecto a la población venezolana, de acuerdo con el reporte situacional del Observatorio Venezolano de Migración (2020), se logró determinar que las medidas adoptadas por los gobiernos de los países receptores no eran incluyentes según la percepción de la población migrante.

Teniendo en cuenta la situación, el Estado colombiano en su ordenamiento jurídico plantea una regulación garantista para los extranjeros desde su Constitución, sin embargo, esta posición garantista se viene desvaneciendo con ocasión de la alteración del orden público producto del alto flujo de nacionales venezolanos al territorio, por esta razón, el Gobierno ha empezado a expedir normas específicas aplicadas a la movilidad humana proveniente de Venezuela. Prueba de ello son, entre otros, el Decreto 542 y el 1288 de 2018 (ver: **Tabla 3**), donde efectivamente se brindan oportunidades para acceder a derechos como la educación, la salud y el trabajo, no obstante, estos derechos se ven garantizados en gran medida o con mayor efectividad para aquellos venezolanos que se encuentran regularizados, es decir, que cuentan con el PEP o algún tipo de visado.

La población venezolana que se encuentre regularizada podrá disfrutar plenamente de estos derechos, caso contrario, únicamente se podrá acceder al derecho a la salud para los casos que requieran especial atención o urgencia y, en el caso de la educación, a la educación preescolar, básica o media para NNA. Esto se opone radicalmente a los argumentos garantistas que proponen García y Gainza (2014) quienes señalan que las políticas públicas deben respetar los derechos humanos y el acceso total o pleno a los servicios sociales. El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (2017) señala que los Estados deben garantizar a las personas refugiadas, migrantes o en situación irregular los derechos económicos, sociales y culturales sobre los cuales versa el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc) y dentro del cual, encontramos el acceso al trabajo, a la educación y a recibir atención sanitaria.

La población venezolana, migrante y en estado irregular que quiera acceder a sus derechos básicos en salud, se encuentra con el siguiente panorama: una atención médica únicamente para urgencia, desprovista de tratamiento y medicamentos; una burocratización del derecho que se menoscaba en requisitos, documentos, suministro de información con la que no cuentan o a la que no tienen fácil acceso, trabas injustificadas y segregación o clasificación como pacientes de segundo orden. En cuanto al derecho al trabajo –importante en la medida en que si tuviera un contrato laboral podría, fácilmente, legalizar su situación y cambiar de estatus dentro del SGSSS- se garantiza sólo a quienes cuenten con la documentación requerida (PEP, pasaporte o visado para trabajar) mismos que en Venezuela cuestan y tienen lista de espera.

La Política Integral Migratoria en Colombia, en teoría, establece un abanico de derechos básicos que son garantizados a la población venezolana; no así en la práctica, pues presenta, entre otros, dos grandes inconvenientes: De un lado el excesivo formalismo y la paranoia con la regularización para acceder a los derechos. La Política de Atención, al garantizar plenamente el acceso a los derechos mencionados, únicamente a la población migrante o en situación regular, desconoce el Derecho Internacional de los Refugiados (DIR), aplicado al caso venezolano, y los lineamientos del Pidesc, los cuales señalan que se debe garantizar hasta el máximo de sus recursos los derechos económicos, sociales y culturales de todas las personas dentro de un Estado que haga parte, y en caso dado, apoyarse en la cooperación internacional.

Esta política debe ser el fundamento primario para reconocer y proteger a todas las personas en contextos de movilidad humana, siendo garantista para aquellas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad manifiesta, como lo son los migrantes de Venezuela. En este sentido, la protección que promete la actual política pública de atención es temporal en virtud de permisos especiales y garantiza los derechos plenamente sólo para aquellas personas en situación de movilidad humana regular, desconociendo a otros actores importantes como los refugiados, asilados o en proceso de alguno de los dos. Esta situación, en últimas, impide un acceso y un goce efectivo de los derechos para la población venezolana, pues si bien estos existen, no pueden acceder o gozar de ellos de manera plena.

En consecuencia, es recomendable que Colombia elimine la barrera procesal y burocrática impuesta en los permisos y la regularización como condición para acceder a estos derechos básicos. Esta situación se puede materializar a través de un reconocimiento a la población venezolana como refugiados *prima facie*, cuestión que ha abordado Roth (2002) en su obra. Se puede concluir que, evidentemente, la Política Integral Migratoria en Colombia no responde de manera coherente a las necesidades sociales, económicas y políticas de la población venezolana, en tanto refugiados, pues esta normatividad les da un tratamiento de migrantes.

### **Políticas Públicas en Salud a Futuro**

Las políticas públicas en materia de acceso a los servicios de salud de los migrantes no regulares presentan múltiples desafíos que complejizan desde el diseño de los servicios hasta la implementación entre los cuales podemos categoriar cuatro grandes bloques:

Normativa y legislación: para ofrecer los servicios a poblaciones diferentes a las consideradas en los y existentes códigos y leyes vigentes de cada país dentro de su marco legal vigente, la normatividad debe enfrentar modificaciones estructurales mayores que generen cambios en las leyes, reglamentos y estatutos, sin vacíos legales y apegados a principios constitucionales, esto representa un reto para las fuerzas políticas y los tomadores de decisiones, además de ser procesos complejos y de profundo análisis político-social.

Mecanismo de afiliación y acceso: mientras los sistemas de salud se encuentren segmentados, con servicios, recursos, poblaciones y proveedores diferenciados, el acceso a los recursos sanitarios podría verse limitado no solo por

la capacidad del sistema de salud, sino de la indivisibilidad de todo el sistema como parte de las prestaciones sociales; así mismo, el desconocimiento en el uso del sistema representa barreras para el acceso y accesibilidad.

Cobertura y priorización epidemiológica: se debe llegar a un consenso técnico y especializado de las coberturas de los servicios, las enfermedades, las poblaciones clave, los grupos etáreos y en general diseñar un paquete diferenciado entre las personas de acuerdo a sus necesidades en salud, sin embargo, esto causa un dilema bioético respecto a cuáles serían las necesidades esenciales en salud, con un potencial trato diferenciado por los alcances a los que tendrían derecho los migrantes en condiciones irregulares ya que cubrir de forma indiscriminada absolutamente todas las actividades sanitarias desde la medicina preventiva, la salud sexual y reproductiva, las urgencias médicas, los padecimientos agudos, las enfermedades crónico degeneratiivas, las infecto contagiosas y las crónico degenerativas, los padecimients onco-hematológicos y las enfermedades huñérfanas, podría tornarse insostenible para el sistema.

Disponibilidad de los recursos: los recursos en salud son a veces limitados para cubrir las propias demandas de las poblaciones nacionales, en términos de recursos humanos, el número de profesionales enfrenta no solamente un déficit sino un problema de distribución, así mismo, la infraestructura en salud así como la tecnología médica, biomédica y farmacéutica pueden no ser suficientes; en términos de unidades especializadas, números de camas, disponibilidad de fármacos y equipo, sobrecargar aún más el sistema sin aumentar su capacidad instalada podría generar un colapso operativo.

Mecanismos de financiamiento y gasto en salud: representa una de las principales barreras para la instalación de un modelo de acceso a la salud de los migrantes irregulares ya que condiciona la operación del resto de los elementos como la creación de nuevas unidades hospitalarias o el fortalecimiento del capital humano, la compra de insumos y todos los gastos de operación del sistema, así mismo, se debe recordar que el gasto público en salud depende de la capacidad de los gobiernos de captar recursos integrarlos para después distribuirlos, es decir, al invertir más en salud y robustecer el sistema podrían descuidarse otros aspectos del gasto público con sus consecuentes efectos en otras áreas en donde el recorte de presupuesto puede verse afectado. La cooperación internacinal y los fondos internacionales de emergencia deberían jugar un papel clave para el sostenimientos de las necesidades en salud de poblaciones en contextos de crisis humanitarias como lo son las migraciones forzadas.

## Conclusiones

La migración es un fenómeno complejo y dinámico que puede ser abordado desde diversas perspectivas, como la histórica, geográfica, matemática, económica, geopolítica y social. La perspectiva histórica documenta el fenómeno a lo largo del tiempo; el enfoque geográfico explica la relación entre la distancia, la densidad de población y los movimientos de población; los modelos matemáticos intentan inferir el número de personas que se desplazan; los modelos económicos estudian los cambios en la distribución de la riqueza; y los modelos geopolíticos abordan la cuestión desde la perspectiva de las razones de la migración, como la guerra y las relaciones internacionales, sin embargo, el enfoque epidemiológico y de salud pública de los estudios migratorios abarcan de un modo u otro cada una de estas aristas por lo cual lo hace un tema de interés prioritario.

La migración y la salud están estrechamente relacionadas, ya que la salud es una de las principales causas de la migración y también puede ser afectada por los cambios en el entorno y las condiciones de vida después de la migración. La relación entre migración y salud puede ser vista desde dos perspectivas: la salud antes y después de migrar. En la perspectiva *a priori*, se considera la salud como una causa de la migración, donde las personas emigran en busca de mejores condiciones de vida y de salud que no se encuentran en su lugar de origen. En la perspectiva *a posteriori*, se evalúan las necesidades de salud de las poblaciones migrantes y cómo estas necesidades son atendidas en los lugares de acogida.

Es importante destacar que la migración puede tener un impacto positivo o negativo en la salud de las personas. Por un lado, puede haber una mejora en la calidad de vida y en el acceso a servicios de salud de mayor calidad en los lugares de destino. Por otro lado, la migración puede ser un factor de riesgo para la salud, debido a las condiciones precarias de vida, al estrés y a la discriminación que pueden experimentar los migrantes, sin mencionar los riesgos de trayecto ya que no todos emigran en las condiciones ideales. Además, una vez llegados a sus lugares de destino, no se tienen garantía de protección de sus derechos fundamentales lo cual condiciona la falta de acceso a servicios de salud adecuados que puede representar un problema importante para los migrantes, especialmente para aquellos que se encuentran en situación de irregularidad.

Es necesario que se preste atención a la salud de las poblaciones migrantes y se asegure el acceso a servicios de salud adecuados para todos. También es importante que se aborden las causas estructurales de la migración, como la pobreza, la exclusión social y la falta de oportunidades, a fin de reducir la necesidad de migrar y mejorar la calidad de vida de las personas en sus lugares de origen. En este sentido, las participaciones del Estado, de los gobiernos en general y la cooperación internacional son fundamentales para garantizar el acceso a servicios de salud y la protección de los derechos de las personas migrantes.

Colombia, Ecuador y Perú son los principales receptores de migrantes venezolanos y han sido cruciales en dos movimientos importantes relacionados con la migración y la dictadura venezolanas: el Grupo de Lima y el Proceso de Quito.

En cada uno de ellos, el fenómeno de la migración puede abordarse desde diferentes perspectivas teóricas, como los derechos de los migrantes, las estrategias de gobernanza nacional, las perspectivas defensivas y de seguridad nacional, entre otras. Todos los tratados y normas internacionales defienden la obligación de los Estados de garantizar la vida, la dignidad, la no discriminación, el acceso a la justicia, entre otros, para una población especialmente vulnerable.

La universalidad, individualidad e interdependencia de los derechos humanos van más allá de la ciudadanía y son esenciales para la naturaleza de los seres humanos e individuos. Entidades transnacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), entre otros, así como entidades gubernamentales de los países miembros, han construido una agenda migratoria conocida como Enfoque Instrumental o de Gobernanza Migratoria.

El deterioro de las condiciones de vida y la velocidad con que éste se ha procesado en Venezuela no conoce precedentes en la historia de este país que hoy vive un proceso inédito y exorbitante de recesión, endeudamiento externo e hiperinflación. Estos procesos se traducen en una escasez de alimentos y medicinas, y en dificultades para el suministro de los servicios básicos, como electricidad, agua y gas, incluso en las instalaciones sanitarias, como clínicas y hospitales. Durante el último lustro hemos sido testigos de una profunda

transformación en la dinámica migratoria del vecino país que pasó de ser un país que atraía población extranjera a un país que expulsa a sus propios ciudadanos y que no muestra ninguna intención de cambio en sus prácticas a futuro.

Todos los países de la región, limítrofes y no limítrofes, enfrentan enormes desafíos al convertirse en receptores de esta población, abarcando desde el ámbito jurídico y legal, hasta las dimensiones logística, esto es, la atención en salud, atención social, atención alimentaria, atención escolar, involucra toda la institucionalidad del Estado receptor. El desafío resulta aún mayor cuando se entiende que muchos de estos países han sido, históricamente, emisores de emigrantes y no receptores, y cuando han amontonado sus leyes migratorias del siglo pasado y ahora tienen que trabajar para actualizarlas sobre la marcha. Todo ello genera un ciclo perjudicial de inseguridad-desconfianza-discriminación.

La estrategia para emigrar en un contexto como el descrito es que no hay estrategia. La población sale con o sin documentos, por aire, por tierra, por agua o a pie, con o sin redes de apoyo, con o sin opciones de trabajo, educación, salud e incluso de sobrevivencia. No hay claridad en el estatus legal con el que van a ir atravesando los países, no cuentan con documentos de su país de origen, no hay dinero, las condiciones las van poniendo los países de acogida y para ellos solo el tiempo y las oportunidades dirán si cuentan con éxito o no. Todo esto son consideraciones para evaluar la situación venezolana no desde una categoría de crisis migratoria, sino desde una categoría de migración en contexto de crisis.

Aun con todos los inconvenientes aquí descritos, aún con el colapso administrativo de los contextos de acogida, existe un trasfondo de buenas prácticas y de buena voluntad que hacen que las conclusiones sean positivas. Las prácticas latinoamericanas que articulan la respuesta se sustentan en un enfoque complejo que incorpora una visión de gobernanza de las migraciones basada en pilares de práctica regionales consensuadas, con responsabilidad y colaboración interinstitucional. La región se ha estado movilizando desde el minuto uno de la crisis, y los puntos neurálgicos de la crisis han sido siempre, la garantía de atención en salud y seguridad social de los migrantes.

Las migraciones internacionales son la principal causa de la transformación de los temas de la agenda internacional, se puede afirmar que se trata de un fenómeno que ha despertado interés en los países y las organizaciones y, como consecuencia, se habla de una nueva era de “governabilidad de las migraciones” con la incorporación de los derechos humanos. Esto permite establecer nuevas políticas que permiten la incorporación de los migrantes como sujetos de derecho que contribuyen al desarrollo cultural, económico y político de las naciones.

En cuanto a los derechos a la salud, los organismos multilaterales proponen garantizar el acceso a todos los derechos y entre ellos se encuentra el derecho a la salud de las personas que por causas políticas, culturales o económicas decidieron migrar hacia otras regiones. Sin embargo, a menos que los países no ratifiquen e incorporen en sus leyes nacionales políticas orientadas a la protección de los derechos humanos y que las mismas sean puestas en práctica, los migrantes no

podrán beneficiarse de la protección que proporcionan los instrumentos internacionales.

Esta nueva perspectiva de las migraciones internacionales ha permitido comprender cómo Colombia ha intentado intervenir mediante la creación de políticas públicas que puedan ofrecer a los ciudadanos venezolanos el acceso al sistema de salud. Por otro lado, la crisis que enfrenta Venezuela permite visualizar como ha vulnerado los derechos a la salud, la falta de presupuesto ha contribuido al deterioro en el sistema de salud y la negativa respuesta del gobierno permite comprender cuales han sido los factores que han provocado la migración forzada.

En cuanto a Venezuela, es importante que acepte recibir ayuda internacional para hacer frente a la crisis sanitaria, empezando por llevar un registro epidemiológico que permita entrever las áreas que se han visto más afectadas, además de fortalecer las políticas públicas para dar una respuesta a los escasos de medicamentos, insumos y alimentos. Por su parte, Colombia debe reforzar sus políticas migratorias en materia de salud, educar a la población migrante para que puedan regular su situación migratoria y además puedan hacer goce de sus derechos y acceder al sistema de salud para recibir la atención necesaria. Finalmente, se debe intensificar el control migratorio para poder llevar un registro adecuado y así poder implementar políticas públicas que den respuestas a nuevas problemáticas.

En cuanto a las limitaciones de Colombia para brindar el derecho pleno a salud, se puede mencionar. Por un lado, la falta de estudios previos con respecto a los derechos a la salud, debido a que entre tantas declaraciones no se puede encontrar una propuesta expresa con relación a los derechos a la salud, sin exclusión. Y por otro lado, la información existente y los instrumentos utilizados para recolección de datos, en tanto investigación meramente cualitativa, inhibe la capacidad para realizar un análisis exhaustivo que permita medir el impacto de las políticas establecidas por los estados para garantizar la promoción de los derechos humanos en salud.

Es importante analizar críticamente estos aspectos y buscar alternativas para globalizar la salud desde una perspectiva solidaria, equitativa y sostenible ajustándose al orden geopolítico mundial buscando un derecho a la salud en condiciones de igualdad y con enfoque centrado en las personas.

Las limitantes de este estudio incluyen el hecho de ser solo un documento académico inferencial, prioritariamente descriptivo y con propuestas basadas en el método analítico – comparativo el cual no permite generar modelos explicativos o hipótesis del fenómeno descrito, sin embargo, existen múltiples líneas de investigación que podrían desprenderse del mismo, entre ellas, los mecanismos de acceso a la salud de los migrantes, la homogeneidad regional de las políticas públicas en respuesta al fenómeno, la capacidad de formulación y puesta en marcha de las estrategias ante contingencias sociales, el análisis de la eficacia de la respuesta, el financiamiento en salud de los migrantes, entre otras.

## Bibliografía

- Acosta, D., & Freier, L. (2015). Discursos y políticas de inmigración en Sudamérica: ¿Hacia un nuevo paradigma o la confirmación de una retórica sin contenido? *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 171-189. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.1590/1980-85852503880004411>
- Aleskerov, F., Meshchryakova, N., Rezyapova, A., & Shvydun, S. (2017). Análisis de redes de migración internacional. *Publicaciones Internacionales Springer*, 177-185.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2018). *Tendencias globales, desplazamiento forzado en 2017*. ONU.
- Apuleyo, P., Montaner, C., & Vargas, Á. (2014). *Últimas noticias del nuevo idiota iberoamericano*. Bogotá D.C.: Planeta.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución Política del Ecuador*. Quito.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (30 de Enero de 2023). *BID*. Obtenido de <https://www.iadb.org/es/noticias/bid-apoya-colombia-para-integrar-social-y-economicamente-migrantes-venezolanos>
- Banco Mundial [BM]. (14 de Febrero de 2023). *Banco Mundial [BM]*. Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=1989&locations=CL&start=1984>
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Bernard, A., Rowe, F., Bell, M., Ueffing, P., & Charles-Edwards, E. (2017). *Comparando la migración interna entre los países de América Latina: Un enfoque multidimensional*. PLoS One.

- Blouin, C., & Freier, L. (2019). Población venezolana en Lima: Entre la regularización y la precariedad. En L. Gandini, F. Lozano, & V. Prieto, *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica* (págs. 157-180). México D.F.: UNAM.
- Bonvecchio, A., Becerril-Montekio, V., Carriedo-Lutzenkirchen, A., & Landaeta-Jiménez, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, 53(suppl 2), 275-286.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800022](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800022)
- Cabiedes, B., Galvez, P., & Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: El aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 285-291.
- Cañizares Fuentes, W. R. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 353-360. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832017000400014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400014)
- Castillo, J., Ayala, S., Prada, T., Ocampo, D., Cajiao, A., Lleras, M., . . . Zárate, L. (2018). *Seguridad ciudadana y migración venezolana: Análisis exploratoria*. Fundación Ideas para la Paz.
- Castro, A. (2017). *Migrantes venezolanos: ¿Cuántos son, qué efectos tienen y cómo deben ser tratados por Colombia?* Razón Pública.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2018). *Protección social y migración. Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas*. Santiago de Chile: CEPAL.

Comité de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (30 de Enero de 2023). *OHCHR*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

Comunidad Andina de Naciones [CAN]. (26 de Septiembre de 2005). *Comunidad Andina de Naciones [CAN]*. Obtenido de <https://www.comunidadandina.org/notas-de-prensa/instrumento-andino-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo-ya-tiene-reglamento/#:~:text=El%20Instrumento%20Andino%20de%20Seguridad,medidas%20de%20control%20y%20el>

Concepto. (14 de Febrero de 2023). *Concepto*. Obtenido de <https://concepto.de/latinoamerica/>

Consejo Nacional de Políticas Económicas y Sociales [CONPES]. (2009). *Conpes 3603: Política Integral Migratoria*. Bogotá D.C.

Consejo Nacional de Políticas Económicas y Sociales [Conpes]. (2018). *Conpes 3950: Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela*. Bogotá D.C.

Corte Constitucional; Rojas Rios, Alberto (M.P). (2019). *Sentencia T-025*. Bogotá D.C.

Eguren, J., & Estrada, C. (2018). Análisis comparativo y transversal de la migración venezolana en Iberoamérica. En J. Koechlin, & J. Eguren, *El Éxodo venezolano: Entre el exilio y la migración* (págs. 337-352). Lima: OBIMID.

El Tiempo. (30 de Marzo de 2017). *El Tiempo*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/historias-de-colombianos-que-viven-en-venezuela-pese-a-crisis-economica-72924>

Fernandes, G. A. D. A. L., & de Almeida Lopes Fernandes, I. F. (2022). Populism and health. An evaluation of the effects of right-wing populism on the COVID-19 pandemic in Brazil. *PloS one*, 17(12), e0269349

Ferrer Díaz, R. X., Dumat, L., Montero, A., & Reyes, L. (2013). Evolución histórica del sistema de salud en Venezuela y proceso de Descentralización. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/sistema-de-salud-venezuela-descentralizacion/>

Fierros-Hernández Arturo. Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX) (2014). *Historia de la Medicina, Gaceta Médica de México*.

Franco, A.. (2003). Globalizar la salud. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 157-163. Recuperado en 29 de abril de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112003000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000200011&lng=es&tlng=es).

Gandini, L., Lozano Ascencio, F., & Prieto, V. (2019). *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica*. México D.F.: UNAM.

García Zamora, R., & Gainza, P. (2014). Economía, migración y política migratoria en Sudamérica: Avances y desafíos. *Migración y Desarrollo*.

- Gissi Barbieri, N., Ramírez Gallegos, J., Ospina Grajales, M., Pincowsca Campos, B., & Polo Alvis, S. (2020). Respuesta de los países del Pacífico suramericano ante la migración venezolana: Estudio comparado de políticas migratorias en Colombia, Ecuador y Perú. *Diálogo Andino*, 219-233.
- Gómez, R. (19 de Diciembre de 2022). *El País*. Obtenido de <https://elpais.com/internacional/2022-12-20/asi-acabaron-los-ultimos-10-presidentes-de-peru.html>
- Gómez, J. (2019). El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para el debate. Biblioteca Virtual en Salud y Seguridad Social de los Trabajadores. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103749/art05.pdf>
- Grupo de Lima. (2017). *Declaración del Grupo de Lima en apoyo al proceso de transición democrática y la reconstrucción de Venezuela*. Lima: Grupo de Lima.
- Heno Delgado, L. (2018). Colombia y Venezuela: Dos naciones hermanas. *Revista de Historia Contemporánea*, 31-45.
- Hernández Vásquez, A., Vargas Fernández, R., Rojas Roque, C., & Bendezu Quispe, G. (2019). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 583 - 591.
- Hernández Vásquez, A., Vargas Fernández, R., Rojas Roque, C., & Bendezu Quispe, G. (2019). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 583-591.

Herrera, G., & Cabezas, G. (2019). Ecuador: De la recepción a la disuasión. Políticas frente a la población venezolana y experiencia migratoria 2015-2018. En L. Gandini, F. Lozano, & V. Prieto, *Crisis y migración de población venezolana. Entre la desprotección y la seguridad jurídica en Latinoamérica* (págs. 125-155). México D.F.: UNAM.

Human Rights Watch [HRW]. (21 de Noviembre de 2021). *Human Rights Watch*. Obtenido de <https://www.hrw.org/es/world-report/2022/country-chapters/venezuela>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (12 de Agosto de 2018). *Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]*. Obtenido de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03\\_empleo-nacional\\_abr-may-jun2018.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_empleo-nacional_abr-may-jun2018.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (30 de Enero de 2023). *Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]*. Obtenido de [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1666/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1666/libro.pdf)

Koechlin, J., Vega, E., & Solórzano, X. (2018). Migración venezolana al Perú: Proyectos migratorios y respuestas del Estado. En J. Koechlin, & J. Eguren, *El Éxodo venezolano: Entre el exilio y la emigración* (págs. 47-88). Lima: OBIMID.

Luhmann, N. (1998). *La sociedad de la sociedad*. México D.F.: Herder Gross.

Martinez Pizarro, J. (2003). *El mapa migratorio de América Latina y el Caribe, las mujeres y el género*. CELADE.

- Mazuera Arias, R., Albornoz Arias, N., Morffe Peraza, M., Ramírez Martínez, C., & Carreño Paredes, M. (2019). *Informe sobre la movilidad humana venezolana II. Realidades y perspectivas de quienes emigran*.
- Ministerio de la Protección Social y Medio Ambiente [MinAmbiente]. (1979). *Ley 9 de 1979*. Bogotá D.C.: Congreso de la República.
- Ministerio de Relaciones Exteriores [Cancillería]. (2015). *Decreto 1067 de 2015*. Bogotá D.C.
- Ministerio de Relaciones Exteriores [Cancillería]. (2017). *Resolución 5797 de 2017*. Bogotá D.C.: Cancillería Nacional.
- Ministerio de Relaciones Exteriores [Cancillería]. (2018). *Resolución 6370 de 2018*. Bogotá D.C.
- Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia [Cancillería]. (2022). *Antecedentes históricos y causas de la migración*. Bogotá D.C.: Cancillería Nacional.
- Ministerio de Salud y de Protección Social [MinSalud]. (2020). *Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de extranjeros y colombianos retornados*. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (23 de Diciembre de 1993). *Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2006). *Código de Infancia y Adolescencia*. Bogotá D.C.: Congreso de la República.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Bogotá D.C.: Congreso de la República.

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2020). *Lineamientos, orientaciones y protocolos para enfrentar la Covid19 en Colombia*. Bogotá D.C.

Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores. (27 de Febrero de 2020). *Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores*. Obtenido de <https://mppre.gob.ve/2020/02/27/caracazo-31-anos-insurgencia-popular-contra-neoliberalismo/>

Observatorio Venezolano de Migración. (2020). *Situación de migrantes venezolanos en el contexto del Covid19*. Caracas.

OCDE y Banco Mundial. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OCDE Publishing. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

ONU. (17 de Diciembre de 2022). *ONU*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

ONU. (30 de Enero de 2023). *ACNUR*. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1613.pdf>

Organización de los Estados Americanos [OEA]. (17 de Diciembre de 2022). *OEA*. Obtenido de [https://www.oas.org/es/cidh/mandato/instrumentos/Desaparicion\\_forzada.asp](https://www.oas.org/es/cidh/mandato/instrumentos/Desaparicion_forzada.asp)

Organización de Naciones Unidas [ONU]. (14 de Febrero de 2022). *Noticias ONU Mirada global Historias humanas*. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2020/02/1470101>

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (1990). *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migrantes y sus Familias*. ONU.

Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (17 de Diciembre de 2022). *ILO*.  
Obtenido de <https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?>

Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2006). *Glosario sobre migración*. ONU.

Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (6 de Diciembre de 2015).  
*Organización Internacional para las Migraciones [OIM]*. Obtenido de  
[http://www.spain.iom.int/sites/default/files/publication/document/Dinamicas\\_Migratorias\\_2015.pdf](http://www.spain.iom.int/sites/default/files/publication/document/Dinamicas_Migratorias_2015.pdf)

Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2018). *Tendencias migratorias en las Américas*. ONU.

Organización Internacional para las Migraciones [OIM]. (2022). *Tendencias migratorias en las Américas*. ONU.

Organización Internacional para las Migraciones, [, & Alto Comisionado de las Naciones Unidas, p. (2018). *Pacto Mundial sobre Migración. Documento Final*. ONU.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (08 de Agosto de 2005). *Organización Mundial de la Salud [OMS]*. Obtenido de  
<https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional>

Organización Mundial del Comercio [OMC]. (15 de Abril de 1994). *Organización Mundial del Comercio [OMC]*. Obtenido de  
[https://www.wto.org/spanish/tratop\\_s/trips\\_s/trips\\_s.htm](https://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/trips_s.htm)

- Organización de Estados Americanos [OEA]. (1969). *Convenio Americano sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica)*. San José: OEA.
- Pelegrino, A. (2003). *La migración internacional en América Latina y el Caribe: Tendencias y perfiles de los migrantes*. CELADE.
- Pinto, L., Baracaldo, P., & Aliaga, F. (2019). La integración de los venezolanos en Colombia en los ámbitos de la salud y la educación. *Espacio Abierto*, 199-223.
- Pinto, L., Baracaldo, P., & Aliaga, F. (2019). La integración de los venezolanos en Colombia en los ámbitos de la salud y la educación. *Espacio Abierto. Cuadernos Venezolanos de Sociología*, 199-223.
- Proceso de Quito. (08 de Septiembre de 2018). *Proceso de Quito*. Obtenido de <https://www.procesodequito.org/es/que-hacemos>
- Programa Mundial de Alimentos [PMA]. (25 de Febrero de 2020). *Programa Mundial de Alimentos [PMA]*. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2020/02/1470101>
- Revista Política. (1967). El pentágono petrolero: La política nacionalista de defensa y conservación del petróleo. *Revista Política*.
- Rodríguez Vargas, J., Vargas Valle, E., & López Jaramillo, A. (2021). La afiliación al sistema de salud de personas migrantes venezolanas en Colombia. *Población y Salud en Mesoamérica*, 1-33.
- Rojas, J. (2019). La Gran Colombia ¿un sueño fallido? *Historia de América*, 53-65.
- Roth, A. N. (2002). *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá D.C.: Ediciones Aurora.

Sánchez-Moreno, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 759-764. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000400021](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400021)

Sabino, C. (1999). *El fracaso del intervencionismo: Apertura y libre mercado en América Latina*. Caracas: Editorial Panapo.

Speed, E., & Mannion, R. (2020). Populism and health policy: three international case studies of right-wing populist policy frames. *Sociology of Health & Illness*, 42(8), 1829-1844

UNICEF. (2019). *La Convención sobre los Derechos de los Niños*. ONU.

United Nations. (30 de Enero de 1948). ONU. Obtenido de <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Saint Leo University. (s.f.). ¿Cuál es el mejor sistema de salud en América Latina? <https://worldcampus.saintleo.edu/noticias/cual-es-el-mejor-sistema-de-salud-en-america-latina>

N+1. (2019, agosto 20). Argentina, Ecuador y México, los mejores sistemas de salud en América Latina [MAPA]. <https://nmas1.org/news/2019/08/20/salud-sistemas>