



# INFORME DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETES DE ATENCIÓN EN SALUD MATERNO-PERINATAL EN COLOMBIA

Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

Orden de Trabajo I, USAID Sistemas Integrados de Salud IDIQ

Diciembre 2022

Este documento fue elaborado para su examen por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por el proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID.

## **El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables**

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables (LHSS, por sus siglas en inglés), bajo la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), Sistemas Integrados de Salud entrega indefinida/cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en inglés), ayuda a los países de ingresos bajos y medianos a la transición a sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar la cobertura sanitaria universal. El proyecto trabaja con los países asociados y las partes interesadas locales para reducir los obstáculos financieros a la atención y el tratamiento, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Dirigido por Abt Associates, el proyecto de cinco años y 209 millones de dólares desarrollará la capacidad local para mantener un funcionamiento fuerte del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y la prosperidad. En Colombia, este proyecto se conoce como "Comunidades Saludables."

**Presentado a:** Scott Stewart, COR  
Office of Health Systems  
Bureau for Global Health

**USAID Contract No:** 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

**Citación recomendada:** Ávila, Diego, Tatiana Diaz, Marisol Torres, Rosa Cárdenas, Lorena Mesa, Bibiana Pineda, Angélica Ordóñez, El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Diciembre 2022. *Informe de la Implementación de Paquetes de Atención en Salud Materno-Perinatal en Colombia*. Rockville, MD: Abt Associates.

# ÍNDICE

Lista de Tablas.....	4
Lista de Figuras .....	4
<b>Acrónimos.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>6</b>
2.1 General .....	6
2.2 Específicos .....	6
<b>3. Descripción del problema.....</b>	<b>7</b>
3.1 Dinámica general de la migración en Colombia .....	7
3.2 Mecanismos disponibles para el acceso a los servicios de salud .....	7
3.3 Situación de la salud materna de las gestantes migrantes venezolanas en Colombia .....	10
<b>4. Alcance .....</b>	<b>12</b>
<b>5. Metodología.....</b>	<b>13</b>
<b>6. Hallazgos .....</b>	<b>15</b>
6.1 Facilitadores.....	15
6.2 Barreras y Limitaciones .....	15
6.3 Lecciones aprendidas.....	16
<b>7. Recomendaciones.....</b>	<b>17</b>
<b>8. Sostenibilidad.....</b>	<b>18</b>
<b>9. Conclusiones .....</b>	<b>18</b>
<b>10. Bibliografía .....</b>	<b>18</b>
<b>11. Anexos.....</b>	<b>20</b>

## Lista de Tablas

Tabla 1. Agrupación de la población procedente de Venezuela según su estatus migratorio .....	8
Tabla 2. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Colombia (2020-2021).....	10
Tabla 3. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Colombia. Desagregados por tipo de vinculación al SGSSS (2020).....	10
Tabla 4. Total de atenciones en salud a población migrante procedente de Venezuela, por tipo de servicio (2017-2021).....	11
Tabla 5. Personas entrevistadas por ciudad y tipo de institución .....	14

## Lista de Figuras

Figura 1. Ruta de acceso a la salud de la población migrante procedente de Venezuela.....	9
---	---

# ACRÓNIMOS

<b>EAPB</b>	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
<b>EPTV</b>	Estatuto de Protección Temporal para Migrantes Venezolanos
<b>ET</b>	Entidad territorial
<b>GIFMM</b>	Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>IETS</b>	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud
<b>LHSS</b>	Local Health System Sustainability Project
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>ONG</b>	Organización no Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PBS</b>	Plan de Beneficios en Salud
<b>PEP</b>	Permiso Especial de Permanencia
<b>PIMS</b>	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis
<b>PIC</b>	Plan de Intervenciones Colectivas
<b>RAMV</b>	Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos
<b>SDS</b>	Secretaría Distrital de Salud
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

# I. INTRODUCCIÓN

El Programa Comunidades Saludables de USAID está interesado en fortalecer el sistema de salud de Colombia para ampliar el acceso a los servicios de salud con calidad de la población migrante venezolana, colombiana retornada y comunidades de acogida. Por este motivo, impulsa iniciativas de relacionamiento público-privado que contribuyen ampliar la cobertura en salud de la población migrante y retornada colombiana, y a mejorar los resultados en salud de estas poblaciones.

Este documento recoge las experiencias en el proceso de planificación e implementación de proyectos financiados con recursos de la cooperación internacional enfocados en la prestación de servicios de atención materno-perinatal con el fin de: 1) Poner a disposición de los diversos actores involucrados en este proceso de implementación, como autoridades sanitarias, cooperantes y prestadores, insumos para facilitar y viabilizar la contratación y provisión de servicios dirigidos a las gestantes; 2) Describir las barreras, facilitadores y lecciones aprendidas que permiten fortalecer el proceso de implementación de los paquetes de atención materno-perinatal en diferentes contextos, tomando estos paquetes como referentes para el diseño y formas de entrega de atención en salud dirigidos a otros grupos poblacionales priorizados (niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, entre otros); y 3) Proporcionar a los actores interesados (Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), Secretarías de Salud, prestadores de servicios de salud, cooperantes y empresas privadas) evidencia frente a la gestión, financiamiento e implementación de paquetes de atención integral en salud materno-perinatal, así como información relacionada con la experiencia de quienes previamente han adelantado estas acciones que contribuyen a la cobertura de la atención en salud de las gestantes migrantes venezolanas que habitan en el territorio nacional, facilitando así el relacionamiento de los actores involucrados e interesados.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL

Reconocer y evidenciar las barreras, facilitadores, recomendaciones y lecciones aprendidas para la implementación de paquetes de atención integral en salud materno-perinatal dirigidos a las gestantes migrantes venezolanas con estatus migratorio irregular.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Reconocer la situación de la atención en salud materno-perinatal en las gestantes migrantes venezolanas con estatus migratorio irregular, las colombianas retornadas y de las comunidades de acogida.
- Conocer la percepción de los actores del sistema frente a la implementación de los paquetes de atención materno-perinatal.
- Documentar las acciones que contribuyen a la implementación de los paquetes de atención en salud materno-perinatal, así como los resultados esperados en las gestantes migrantes venezolanas, para su posterior replica en otros grupos poblacionales de población migrante venezolana con estatus migratorio irregular.

## 3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

### 3.1 DINÁMICA GENERAL DE LA MIGRACIÓN EN COLOMBIA

De acuerdo con el último informe de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) (2022), en la región de América Latina y el Caribe, durante los últimos 15 años se ha duplicado la cantidad de población migrante internacional. Actualmente, se estima un total de 15 millones presentes en la región, lo cual representa el 5,3% del total de migrantes internacionales en el mundo. Este mismo informe señala que Venezuela se encuentra dentro de los 20 principales países de origen, ocupando el onceavo lugar con el 6% del total de migrantes internacionales según país de origen. Se estima que desde el año 2015, más de 5 millones de personas han migrado hacia otros países debido a la persistente inestabilidad económica y política del país (OIM, 2022).

La salud materna es una de las prioridades más relevantes para el gobierno de Colombia. Para su garantía, el MSPS ha orientado frente al trabajo coordinado, articulado y colaborativo entre los actores involucrados. Bajo este direccionamiento, la razón de mortalidad materna a nivel nacional presentó un descenso discreto del 2010 al 2018, pasado de 71.64 a 45.29 por 100.000 nacidos vivos, respectivamente. Sin embargo, este ha sido uno de los indicadores con mayor afectación por el fenómeno migratorio y la pandemia por COVID-19, dadas las medidas sanitarias que para atender estas dos situaciones ha adoptado el gobierno nacional para contener sus efectos, lo que ha mostrado un notable incremento para el año 2020 y 2021, con una tasa de 65.10 y 73.60 por 100.000 nacidos vivos respectivamente (INS, 2022).

Como se menciona anteriormente, las dificultades de acceso a los servicios de salud que presentan las gestantes migrantes con estatus migratorio irregular se constituye en uno de los factores que contribuyen a este incremento para el año 2021. El número de muertes de gestantes venezolanas fue 88 casos de 456 muertes presentadas durante este año. Así mismo, en lo corrido del año 2022, el número de casos de mortalidad en esta población es de 27 casos de 181 presentados a la fecha (MSPS, 2022b).

Como respuesta a esta situación, el MSPS, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) y algunas agencias de cooperación internacional, interesados en transformar las oportunidades de acceso a la salud de población migrante venezolana y basados en los contenidos de la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal (RIAMP), diseñaron una canasta o paquete integral de atenciones en salud materna. Este paquete integral en salud materna ha sido el referente técnico que ha orientado la contratación y la entrega de las atenciones en salud dirigida a las gestantes, bajo el financiamiento de las agencias de cooperación y empresas privadas interesadas en el bienestar de esta población, por lo que resulta de interés mostrar cómo ha sido el desempeño de esta iniciativa.

### 3.2 MECANISMOS DISPONIBLES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El acceso de la población migrante a la atención en salud en el territorio nacional depende de su estatus migratorio. Tal y como lo señala el MSPS (2018), desde el punto de vista del estatus migratorio, se identifican seis grupos de personas que hacen parte de la población migrante procedente de Venezuela, los cuales se relacionan en la siguiente tabla, junto con los mecanismos de acceso a los servicios de salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

**Tabla 1. Agrupación de la población procedente de Venezuela según su estatus migratorio**

Estatus migratorio	Características
<p><b>Personas colombianas retornadas y sus familias</b></p>	<p>Son personas de origen colombiano que han retornado al país por motivo de la situación social y política de ese país, ya sea porque fueron deportados, expulsados, o por voluntad propia.</p> <p>Son acogidas por el Decreto 2228 de 2017 para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el régimen subsidiado como población especial.</p>
<p><b>Nacionales venezolanos en condición regular</b></p>	<p>Son personas de nacionalidad venezolana que ingresaron de manera regular a Colombia por alguno de los puestos de control fronterizo, con observación plena de la normatividad vigente.</p>
<p><b>Personas migrantes con Permiso Especial de Permanencia (PEP)</b></p>	<p>Corresponde a las personas que, habiendo ingresado de manera regular, sobrepasaron los plazos normativos de permanencia en el país, solicitaron y les fue expedido el Permiso Especial de Permanencia (PEP). Las personas venezolanas migrantes regulares y portadoras del PEP se consideran residentes y pueden afiliarse al SGSSS.</p>
<p><b>Nacionales venezolanos en situación migratoria pendular</b></p>	<p>Son personas que portan la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), que constituye el instrumento de Autorización de Tránsito Fronterizo para nacionales venezolanos mayores de edad y niños, niñas y adolescentes residentes en las zonas de frontera previamente definidas por Migración Colombia. Esta tarjeta sirve a personas venezolanas que, por motivo de la dinámica fronteriza y de vecindad, requieran transitar por las zonas definidas, sin el ánimo de establecerse o desarrollar alguna actividad para la cual sea exigible Visa.</p> <p>Para la atención en salud de las personas de este grupo, en caso de presentar eventos de urgencias, deben ser atendidos por IPS públicas y privadas, de acuerdo con la normatividad vigente, y los costos de la atención en salud que no sean catalogados como urgencia deberán ser asumidos por parte del usuario directamente, o a través de un seguro o póliza.</p>
<p><b>Personas migrantes en condición irregular</b></p>	<p>Son personas provenientes de Venezuela que ingresan al país sin el lleno de los requisitos de identificación y los trámites exigidos por la autoridad migratoria. Por lo tanto, no portan documento válido de identificación que les permita realizar la afiliación en salud y así mismo garantizar otros derechos.</p> <p>En relación con la atención en salud, se les garantiza la atención inicial de urgencias en los términos que define la norma y pueden ser beneficiarias de las intervenciones colectivas gestionadas desde las entidades territoriales y las acciones de gestión de la salud pública que cobijan a toda la población del territorio.</p>
<p><b>Pueblos indígenas en territorios de frontera con Venezuela</b></p>	<p>Existen varios grupos indígenas que habitan en territorios de Venezuela y Colombia, entre ellos están: las etnias Wayuu (La Guajira), Kurripako (Guainía, Vaupés y Vichada), Piapoco (Vichada), Yukpa (Cesar – Serranía del Perijá), Puinave (Guainía, Vichada y Guaviare), Saliba (Casanare y Vichada), Piaroa (Vichada) y Sikuni (Vichada, Meta, Casanare).</p>

Estas poblaciones requieren de un abordaje diferencial que ubique, además, las tensiones propias del fenómeno migratorio en pueblos y grupos que habitan más allá de las fronteras administrativas y políticas establecidas por los países. Actualmente, la afiliación al SGSSS, se realiza de manera prioritaria al régimen subsidiado a través de registros que son responsabilidad de la autoridad indígena legítimamente reconocida.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la información disponible en el documento: *Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio*. Ministerio de Salud y Protección Social (2018)

En ese sentido, la afiliación de la población migrante al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) solo es posible a través de la regularización. Luego de surtir el proceso de regularización, esta población puede afiliarse bien sea al régimen contributivo (RC) o al régimen subsidiado (RS), de acuerdo con la situación que presente, tal y como lo señala la normatividad vigente. Por su parte, la población no regularizada o pendular solo tiene garantizada la atención inicial de urgencias en las Empresas Sociales del Estado (E.S.E), a cargo de las entidades territoriales. El acceso a algunos servicios de salud depende de la oferta disponible por parte del sistema de cooperación internacional o de Organizaciones No Gubernamentales (ONG). En la Figura I se puede observar la ruta de acceso a salud para la población migrante procedente de Venezuela, de acuerdo con su estatus migratorio.

**Figura I. Ruta de acceso a la salud de la población migrante procedente de Venezuela**



**Fuente:** Elaboración propia

Según los datos del Observatorio Nacional de Migración y Salud, con corte a julio de 2022, de un total de 1.449.069 migrantes con PPT, 663.314 (45,78%) se encuentran afiliados al SGSSS (MSPS, 2022). De igual forma, durante el período comprendido entre el 1 marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021, se ha atendido un total de 1.681.673 personas procedentes de Venezuela, siendo en su mayoría mujeres, con un total de 1.119.868 (66,6%).

### 3.3 SITUACIÓN DE LA SALUD MATERNA DE LAS GESTANTES MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA

Tal y como lo señala el *Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio* (MSPS, 2018), de acuerdo con los análisis y la evidencia disponibles, uno de los grupos poblacionales priorizados para la atención en salud es el grupo de mujeres gestantes y lactantes. Este grupo en particular presenta una condición de vulnerabilidad que se incrementa por la situación de precariedad social y económica presente en una parte de ellas a su llegada al país. Además de las barreras impuestas por el sistema de salud para garantizar el acceso de las gestantes a una atención oportuna, también hay barreras culturales y/o de comunicación que disminuyen la posibilidad de buscar atención oportuna. Por tal razón “*inician controles prenatales de manera tardía, o no los realizan y presentan un mayor riesgo biopsicosocial*”, lo que incrementa el riesgo en salud. Dentro de las dificultades que enfrentan las mujeres gestantes se encuentra además “*la discriminación asociada a la gestación, sin acceso a servicios de atención, incluso para la interrupción del embarazo en los casos previstos por la Corte Constitucional en la sentencia C-355 de 2006, además, sin licencias de maternidad y sin atención obstétrica asequible*” (MSPS, 2018).

**Tabla 2. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Colombia (2020-2021)**

Indicador	2020	2021p
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	41,74	73,74
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	43,11	N.D.
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	38,89	N.D.
Proporción de nacidos vivos pretérmino (por 1.000 nacidos vivos)	92,44	102,41
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	33,63%	36,27%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Los datos de 2021 son preliminares.

De acuerdo con los datos reportados en el Observatorio Nacional de Migración y Salud (MSPS, 2022), al revisar el comportamiento según vinculación al SGSSS, llama la atención que todos estos eventos se concentran en las gestantes no afiliadas, como se puede observar en la siguiente tabla.

**Tabla 3. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Colombia. Desagregados por tipo de vinculación al SGSSS (2020)**

Indicador	RC*	RS**	NA***
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	6,67%	8,89%	84,44%
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	9,07%	9,54%	81,35%
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	1,8%	3,78%	94,37%

Indicador	RC*	RS**	NA***
Proporción de nacidos vivos pretérmino (por 1.000 nacidos vivos)	5,82%	9,43%	84,75%
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	8,03%	11,88%	80,07%

**Fuente:** Elaboración a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022).

\*RC: Régimen Contributivo, \*\*RS: Régimen Subsidiado, \*\*\*NA: No Afiliado.

A continuación, se presenta la distribución de las atenciones prestadas a la población migrante procedente de Venezuela, durante el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021, según tipo de servicio en consulta externa, consulta de urgencias, atención de urgencias y hospitalización.

**Tabla 4. Total de atenciones en salud a población migrante procedente de Venezuela, por tipo de servicio (2017-2021)**

Servicio	Total de atenciones	Porcentaje (%)
Procedimientos de salud (quirúrgicos y no quirúrgicos)	10.674.432	79,4
Consulta Externa	2.478.904	16,4
Consulta por Urgencias*	1.281.614	8,5
Atenciones por Urgencias*	381.562	2,5
Hospitalizaciones	337.162	2,2
<b>Total de Atenciones</b>	<b>15.153.674</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos disponibles en el informe *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a).

\*Las urgencias corresponden a las atenciones que se realizan en sala de observación de complejidad baja, mediana y alta; las consultas por urgencias se refieren a las atenciones que requieren manejo ambulatorio.

De acuerdo con el seguimiento del MSPS (2022) a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021, dentro de las diez primeras causas de consulta externa relacionadas con la atención materno-perinatal, se encuentran la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y posibles problemas del parto (3,0%), y por otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (1,9%). Esto representa el 4,9% del total de atenciones por consulta externa. Para la consulta de urgencias, las diez primeras causas de atención materno-perinatal se encuentran conexas con la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (8,3%), otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (4,1%), parto (2,7%), complicaciones del trabajo de parto y del parto

(2,4%) y embarazo terminado en aborto (1,9%). Esto representa el 19,4% del total de atenciones por consulta de urgencias.

## 4. ALCANCE

Este informe busca poner a disposición de los actores interesados<sup>1</sup> en la gestión, financiamiento e implementación de paquetes de atención integral en salud materno-perinatal, información relacionada con la experiencia de aquellos que previamente han adelantado acciones para favorecer la atención en salud de las gestantes migrantes venezolanas que habitan en el territorio nacional.

Así las cosas, este informe servirá de referente a los actores interesados a través de la presentación de los facilitadores, las barreras, las lecciones aprendidas y las recomendaciones que pueden orientar la operación de estos paquetes en otros territorios, bajo diferentes contextos, e incluso servir de insumo para la construcción de paquetes de atención dirigidos a otras poblaciones vulnerables y priorizadas por el Estado colombiano<sup>2</sup>.

El acceso a los servicios de salud materno-perinatal está condicionado por el estatus migratorio de la gestante, como por su estado de vinculación al sistema de salud a partir de la ruta señalada en la Figura 1. Es decir que las gestantes migrantes en condición regular o con PEP pueden optar por la afiliación al SGSSS y así acceder al Plan de Beneficios en Salud (PBS) a cargo de las EAPB a través de su red de prestación de servicios. Frente a la atención materno-perinatal, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene establecida la Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal (RIAMP).

Sin embargo, solo las mujeres migrantes en condición regular y afiliadas al SGSSS pueden acceder a las intervenciones señaladas en la RIAMP. Para las gestantes en condición irregular o pendular, ellas solamente tienen garantizada la atención inicial de urgencias en caso de presentar cualquier evento de salud que requiera ser atendido de forma prioritaria. También podrán acceder a intervenciones colectivas dispuestas por las entidades territoriales de acuerdo con su competencia. Para la atención en salud también tienen a disposición la oferta del sistema de cooperación internacional o de ONG, la cual tiene un enfoque más orientado hacia la atención humanitaria. De acuerdo con la información reportada por estas organizaciones al Clúster de Salud<sup>2</sup>, hay un total de 21 organizaciones que ofrecen 1) acciones de promoción de la salud materna y la salud perinatal y 2) acciones de promoción de la SSR<sup>3</sup>. En el Sub-Clúster de Salud Sexual y Reproductiva se organiza la respuesta con las organizaciones que tienen a cargo atenciones en SSR. Este último es liderado por el MSPS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas-Colombia (UNFPA, por su sigla en inglés).

De igual forma, según lo señalado en el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, el Ministerio de Salud y Protección Social y el sector en su conjunto han establecido una serie de mecanismos orientados a:

- i) Viabilizar la atención de urgencias para el caso de los inmigrantes en situación irregular
- ii) Acceder al aseguramiento de una parte de esta población de acuerdo con su estatus migratorio y

---

<sup>1</sup> MSPS, Secretarías de Salud, prestadores de servicios de salud, cooperantes y empresas privadas.

<sup>2</sup> Tales como niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, población étnica, entre otros.

iii) Fortalecer la gestión de la salud pública en las entidades territoriales más afectadas.

Lo anterior se complementa con la Circular 25 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual define el fortalecimiento de acciones en salud pública por parte de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, EAPB e IPS.

La contratación por paquetes de atención es una modalidad donde un cooperante de forma directa o a través del gobierno nacional o local, contrata un prestador de servicios de salud, para que este entregue un conjunto de atenciones a la población gestante y en donde el pago se hace por la completitud de las acciones dadas a esta gestante. Las intervenciones que conforman dichos paquetes dependen del nivel de complejidad de la institución, de los servicios habilitados y de la suficiencia del personal asistencial.

En general se han contratado en la actualidad para la atención de gestantes paquetes de atención del parto o cesárea, que incluyen la valoración inicial de la gestante, la realización de pruebas rápidas para patologías de alto riesgo como sífilis, VIH, entre otros y las pruebas necesarias para la vigilancia del trabajo de parto, la vacunación del recién nacido, el control postparto y en algunos casos la planificación post evento obstétrico.

En las ciudades de Bogotá y Cúcuta, la prestación de servicios por paquetes se ha enfocado en esta modalidad, por lo que realizar la identificación de las condiciones de operación de estos paquetes desde la perspectiva de los diferentes actores y a partir de esto determinar las barreras, facilitadores y lecciones aprendidas, es un elemento esencial para lograr la escalabilidad y asegurar mejores resultados en salud, uso más eficiente de los recursos y la satisfacción del usuario a la población migrante venezolana (para ampliar la información se puede consultar el anexo I y II).

## 5. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este informe se consideró el uso de métodos cuantitativos y cualitativos que permitieron la revisión de la información disponible en materia de implementación de paquetes integrales de atención en salud materna en función de dos preguntas orientadoras:

- ¿Cuáles son las lecciones aprendidas de la atención en salud materno-perinatal, en particular la dirigida a las gestantes migrantes venezolanas?
- ¿Cuáles fueron los logros obtenidos en el proceso de atención en términos de cobertura y resultados acorde a los objetivos planteados enfocados en la prestación de servicios materno-perinatales?

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de carácter mixto concurrente, que incluyó un componente cualitativo y uno cuantitativo cuyo foco es el análisis del proceso de planificación e implementación de paquetes de atención materno-perinatal en las ciudades de Cúcuta y Bogotá, D.C.

En este diseño, los datos cuantitativos y cualitativos se priorizaron por igual y se mantuvieron independientes durante la recopilación y el análisis del dato. La integración se realizó por medio de la triangulación de los resultados obtenidos en cada componente para permitir una visión de conjunto sobre los procesos de planificación, implementación e impactos de los proyectos desarrollados con recursos de cooperación internacional enfocados en la atención en salud.

El componente cualitativo se basó en un enfoque hermenéutico, es decir, una aproximación descriptiva e interpretativa de los textos (Rillo, 2015) que utilizó entrevistas semiestructuradas como estrategia de recolección de datos. Se desarrolló por medio del método de sistematización de experiencias, la cual permite *“la comprensión de los procesos que se desarrollan en un determinado proyecto en el que participan diversos actores y tiene el propósito principal de mejorar su implementación y rescatar los aprendizajes. En la sistematización se intenta conocer y descubrir cómo funciona una propuesta de intervención en un contexto determinado, qué factores obstaculizan y favorecen el logro de objetivos, cuáles son las posibilidades de sostenibilidad y replicabilidad del proyecto en el mismo y otros escenarios, y qué lecciones se aprendieron de la experiencia”* (Tapella y Rodríguez-Bilella, 2014).

De acuerdo con Tapella, es importante considerar que los diversos actores involucrados pueden tener diferentes percepciones, opiniones e interpretaciones sobre cada uno de los componentes de cada proyecto, por lo tanto, aproximarse a la diversidad de percepciones implica un adecuado mapeo de actores involucrados que potencialmente deben ser convocados en el proceso de sistematización.

Para la recolección de datos cualitativos se realizaron un total de 13 entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento informado, distribuidas de la siguiente forma:

**Tabla 5. Personas entrevistadas por ciudad y tipo de institución**

Tipo de actor	Número de personas entrevistadas		Total de entrevistas
	Cúcuta	Bogotá	
Autoridad Sanitaria Nacional	1	4	5
Autoridad Sanitaria Territorial	4		4
Cooperante		1	1
Prestador	2	1	3
<b>Subtotal</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>13</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

La información recolectada se almacenó de acuerdo con el protocolo de seguridad establecido, para luego ser transcrita y codificada por medio de un software para análisis cualitativo para su respectivo análisis a partir de cuatro categorías de análisis: I. Caracterización del proyecto; II. La situación inicial y los elementos del contexto; III. La intencionalidad y el proceso de intervención; IV. La situación final o actual. En función de estas categorías se recogen y ordenan las percepciones y testimonios de los involucrados en este proceso y que permitieron identificar los hallazgos que se presentan a continuación.

Por su parte, para el componente cuantitativo, se fundamenta en un método descriptivo y analítico que permite medir los resultados y relación costo/resultados, se realizó una aproximación a fuentes de acceso público, como el Observatorio Nacional de Migración y Salud y el “Cubo Circular 029”, ambos del MSPS, dada la dificultad de realizar el estudio descriptivo de corte transversal a partir de los reportes generados por los cooperantes en el marco del desarrollo de los proyectos.

La información revisada proviene principalmente de los informes de planeación y monitoreo, registros de las personas beneficiarias, informes contables, como el estado de resultados y presupuesto, entre otras documentaciones relevantes de cada proyecto, se realizó un primer análisis de datos a partir de estadísticas descriptivas que permitieron establecer: aspectos demográficos de las personas beneficiarias, descripción de los rubros de los gastos y medidas de resultados de cada proyecto. Esta información permitió determinar indicadores de resultado, acceso, cobertura y ejecución de los contratos. La metodología detallada se pudo consultar en el Anexo III.

## 6. HALLAZGOS

Los hallazgos derivados del desarrollo metodológico descrito en la sección anterior se presentan a través de aspectos que facilitaron la implementación de los paquetes de atención en salud materno-perinatal, barreras que limitaron su desarrollo, lecciones aprendidas y recomendaciones que favorecen su réplica en otros territorios y el diseño e implementación de paquetes de atenciones en salud dirigidos a otros grupos poblacionales de interés. Para ampliar la información se podrá consultar el Anexo III.

### 6.1 FACILITADORES

**Procesos de Asistencia Técnica:** hay un esfuerzo por parte del MSPS, así como de las entidades territoriales para acompañar el proceso de implementación de la ruta integral de atención materno-perinatal con los diferentes actores: ESE, EAPB e IPS. En ese proceso también se evidencia el esfuerzo del MSPS por generar diferentes herramientas técnicas que permitan cualificar a los cooperantes en temas de auditoría, de costos del paquete y así mejorar el proceso de implementación.

**Recursos de Cooperación Internacional:** en todos los niveles se reconoce que gracias a los recursos y a la oferta proveniente de los cooperantes y de las organizaciones, ha sido posible atender las necesidades en salud materno-perinatal de las mujeres migrantes, ya que con su oferta se han podido cerrar las brechas de atención en salud.

**Prestación de Servicios en Redes Integradas e Integrales:** en el caso de Bogotá, el esquema implementado en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E ha favorecido el mantener la integralidad de la atención, desde lo más promocional de la ruta, hasta las atenciones que requieren un mayor nivel de complejidad.

**Mecanismos de Seguimiento y de Monitoreo de la Atención de las Gestantes:** un factor de éxito es el relacionado con estos mecanismos de seguimiento y monitoreo que trascienden el reporte a sistemas de información ya existentes o al seguimiento del cumplimiento de actividades.

### 6.2 BARRERAS Y LIMITACIONES

En esta sección se presentan las barreras del proceso de implementación de paquetes de atención en salud materno-perinatal diferenciándolos entre el proceso de acompañamiento en la implementación y entre la implementación en sí misma, por cada uno de los actores involucrados en el proceso.

Una barrera en el proceso de acompañamiento para la implementación de los paquetes de atención materno-perinatal, existentes en todos los niveles, desde el nacional hasta el municipal, es poder alinear las expectativas y demandas de los territorios con la oferta que traen los diferentes cooperantes y organizaciones, a pesar de contar con espacios de gobernanza multinivel para la coordinación y concertación de la respuesta frente a los flujos migratorios mixtos.

A pesar de contar con espacios de gobernanza multinivel para la coordinación y concertación de la respuesta frente a los flujos migratorios mixtos, se identifican barreras en todos los niveles de gestión (nacional, territorial, prestación de servicios) en el proceso de acompañamiento para la implementación de los paquetes de atención materno-perinatal, que limitan la alineación de las expectativas y demandas de los territorios con la oferta que realizan los diferentes cooperantes y organizaciones del sistema de naciones unidas; algunos ejemplos se encuentran a continuación.

El cooperante que llega a prestar directamente los servicios o las atenciones en salud se encuentra con un sistema de salud bastante complejo en lo normativo, sin el debido acompañamiento por parte de las autoridades sanitarias. Entonces prefiere continuar bajo el modelo de atención humanitaria en vez de contratar con el territorio para proveer un paquete de servicios materno-perinatal, porque en lo operativo le es más fácil adaptarse.

La implementación de modelos de contratación por paquetes de atención, requiere conocimientos especiales en prestadores de servicios, en especial en los de baja complejidad, dado que se requiere entender y armonizar marcos jurídicos, modelos operacionales y logísticos, mecanismos de evaluación y seguimiento, entre otros, por lo que para el prestador este desconocimiento se traduce en barreras que pueden estar incrementadas por la falta de asistencia técnica que pueden recibir bien sea de las autoridades sanitarias o de los mismos cooperantes.

Otras barreras percibidas por la población migrante venezolana fueron las siguientes:

**Barreras normativas:** La atención en salud a la gestante migrante venezolana irregular, se realiza a través de los servicios de urgencias, las competencias normativas dadas a las entidades territoriales limitan el pago de servicios derivados de la atención inicial de urgencias, así como la atención del parto. Por eso, en el marco normativo no es posible que la prestación de servicios ambulatorio no especializados, tal como un paquete de servicios materno-perinatal, sea financiada con recursos del país.

**Barreras relacionadas con la situación de la población migrante:** las condiciones de vulnerabilidad social en las que llega una parte de la población migrante, sobre todo la que llega en situación irregular, hacen que la salud no sea su prioridad, puesto que tiene que resolver el día a día relacionado con los medios mínimos de subsistencia. Esto es de especial significado en la población materna, dado que la movilidad que esto genera impide que la prestación mediante paquetes no sea una opción adecuada.

**Barreras culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante:** la población migrante proveniente de Venezuela puede llegar con unas expectativas respecto a la forma en la que accedían a los servicios de salud en su país, ya que, según manifestaron algunos de los entrevistados, allá no enfrentan tantas barreras para la atención en salud. Eso sumado al desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud colombiano, genera que modelos como el de paquetes no tengan la continuidad debida en la población gestante.

## 6.3 LECCIONES APRENDIDAS

Contar con una listado canasta o paquete de atenciones en salud preestablecido para la atención de la gestante se convierte en una herramienta fundamental para orientar la atención de la población sujeto de intervención (gestante y recién nacido), la selección de la modalidad de contratación, estimar los costos de la atención, la concertación de la dinámica de operación, la definición de los mecanismos de seguimiento y evaluación establecer los flujos de información y la identificación de los potenciales beneficiarios.

Las características y realidades territoriales e institucionales, el relacionamiento entre los actores implicados en la atención de la gestante y el rol de gobernanza de las entidades territoriales es decisiva para la gestión y operación de los paquetes integrales de atención en salud materno-perinatal, ya que la coordinación de los actores involucrados e interesados en este proceso están directamente relacionados con estos aspectos.

La dinámica de la demanda de servicios de salud de la población migrante y las limitaciones en el acceso a la prestación de servicios de esta población mediada por la normatividad vigente relaciona con la afiliación al SGSSS, el desconocimiento de los mecanismos de acceso, las directrices para la habilitación de servicios

de salud y la fragmentación de la prestación de servicios de baja y mediana complejidad, son aspectos clave a tener en cuenta para definir las atenciones que deben contener el paquete de atención en salud dirigidas a las gestantes migrantes con estatus migratorio irregular.

El reconocimiento de la situación de la salud de las gestantes migrantes venezolanas es de vital importancia para definir los contenidos de los paquetes de atención en salud materno-perinatal, para medir el impacto de estas intervenciones e identificar los actores responsables, involucrados o potencialmente interesados en financiar o proveer atenciones a esta población por lo que es clave conocer la información de fuentes oficiales como observatorio de migración y salud y la información analizada por el *subcluster* de salud sexual y reproductiva.

## 7. RECOMENDACIONES

Se sugiere al MSPS organizar a los potenciales financiadoras de las atenciones en salud de las gestantes a fin de evitar duplicidad en las acciones y pagos por la prestación de servicio. Así como la ampliación de la cobertura en las zonas que han venido aumentando la presencia de población migrante que requiere atención en salud y no cuentan con afiliación en salud.

Si bien los contenidos del paquete de atención en salud materno-perinatal contiene las atenciones que como mínimo debe recibir la gestante migrante con estatus migratorio irregular, basado en la evidencia y en la dinámica de la demanda de los servicios por parte de esta población, se recomienda que estos contenidos pueden ser adaptados a las realidades de las instituciones y geográficas de los territorios.

Es importante propiciar escenarios de encuentro a nivel local con participación de las instituciones presentes interesadas en los territorios en la atención de esta población con el fin de coordinar los procesos administrativos y operativos que puedan facilitar la efectiva entrega de estas atenciones y el logro de los resultados esperados en las gestantes migrantes venezolanas con dificultades de acceso a las prestaciones de servicios de salud.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud requieren de herramientas técnicas y normativas que les permita generar una atención integral en salud a las gestantes, evitando oportunidades perdidas, dadas las condiciones de estas mujeres a los servicios de salud, por lo que se recomienda al MSPS generar referentes normativos y operativos flexibles que faciliten la entrega de las atenciones dirigidas a esta población.

Se hace necesario diseñar una campaña de información a nivel nacional y su adaptación a nivel local de manera tal que las gestantes tengan conocimiento de los mecanismos de acceso a las atenciones a las que requieren para tener un proceso de gestación adecuado y con buenos resultados, lo anterior permitirá una demanda oportuna de los servicios de salud, generando confianza por parte de estas gestantes en la atención recibida y mejorando la oportunidad y calidad en la atención dirigida a esta población.

Es muy importante establecer de manera obligatoria el reporte de la información derivada de un proceso de atención en salud materna de todas las instituciones que estén involucrada voluntariamente en la atención de las gestantes migrantes con dificultades de acceso a la prestación de los servicios de salud. Se debe generar mecanismos de reporte flexibles y amigables que permitan contar con toda la información relacionada con la atención en salud de esta población.

Fortalecer el relacionamiento con el observatorio de migración y salud y el sub-cluster de salud sexual y reproductiva a fin de contar con información actualizada, fiable y validada, que sirva de insumos a los tomadores de decisión y como soporte de diseño de iniciativas para la gestión de la atención integral de la población migrante venezolana, retornada y de acogida.

## 8. SOSTENIBILIDAD

La información recopilada permite la réplica de estos paquetes en contextos y territorios con características y realidades semejantes, favorezcan la operación de atención en salud, identificado mecanismos de entrega factibles y viables, mejorando el relacionamiento entre los actores involucrados e interesados, y estableciendo mecanismos para el seguimiento y valoración del impacto que tienen este tipo de intervenciones en la salud de las gestantes migrantes.

Adicionalmente, contar con informes que recojan la experiencia en la gestión e implementación de procesos de atención en salud genera un acervo de conocimiento que puede ser transferido, adoptado y adaptado para el abordaje de otros grupos poblacionales vulnerables o priorizados, de manera tal que se considere a la hora de plantear nuevas iniciativas para la atención en salud.

Finalmente, documentar experiencias tanto positivas como negativas permite poner en común elementos clave para la administración y operación y favorece la gestión para la atención integral de salud para que pueda ser aplicada en diferentes contextos, realidades y poblaciones.

## 9. CONCLUSIONES

El acceso a los servicios de salud a través de la financiación mediante paquetes de atención a la población materno-perinatal, es una propuesta que articulada de forma contextual según el territorio, permitirá lograr ganancias adecuadas para los integrantes del sistema de salud, haciendo que el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales de Salud cuenten con apoyos financieros necesarios para mejorar el acceso a los servicios, para hacer más eficiente los limitados recursos públicos que existen para la atención de esta población, mejore los resultados de la atención, impactando de forma positiva la mortalidad materno-perinatal, pero en especial para la población gestante migrante venezolana, quien se beneficiará de una atención integral y sin la pérdida de continuidad que se presenta en la actualidad.

Se requiere que los diferentes agentes del sistema de salud y los organismos de cooperación internacional se articulen de forma significativa, construyendo agendas comunes y logrando sinergias, que permitan hacer una disposición de servicios más adecuados para la población migrante venezolana irregular.

Es necesario que las entidades territoriales de salud en el marco de sus competencias, lideren la articulación de redes de servicios de salud a través de instituciones públicas y privadas, que integren la oferta de los diferentes niveles de atención en departamentos y municipios del territorio, evitando la fragmentación de la atención y la pérdida de continuidad del proceso de atención de una población vulnerable y en quienes los desenlaces negativos afectan a las familias y a los indicadores de seguimiento de cada uno de los territorios.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Abadía C y Oviedo D. 2010. «Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud.» *Rev Gerenc y Políticas Salud* 9(18).
- Cañón, C, Ortiz, JL, Rodríguez, J, Cárdenas, RH, Barliza, M, y Cabanzo, D. 2021. «Lineamiento para la Implementación de Modelo de Contratación por Paquetes de Atención: Caso Paquete Salud Materna. Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local.»

- Cordaro, F. 2020. «Necesidades en salud de las migrantes venezolanas en Barranquilla». Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo 7(2). DOI: 10.21500/23825014.4948.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Caracterización de los migrantes y retornados desde Venezuela a partir del CNPV-2018. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada. No. 5 (en línea). 2021. Disponible: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
- Departamento Nacional de Planeación. Borrador I- 10/06/2022. Disponible en: [https://www.cerlatam.com/wp-content/uploads/2022/06/2022-06-10-Documento-CONPES-Migracio%CC%81n\\_VDiscusio%CC%81nciudadana.pdf](https://www.cerlatam.com/wp-content/uploads/2022/06/2022-06-10-Documento-CONPES-Migracio%CC%81n_VDiscusio%CC%81nciudadana.pdf)
- Departamento Nacional de Planeación. 2018. «Documento CONPES 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela.»
- Departamento Nacional de Planeación. 2022. «Documento CONPES 4100. Estrategia para la integración de la población migrante venezolana como factor de desarrollo del país.»
- Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, Flórez-García V, y Rodríguez DA. 2019. «Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública». Rev Univ Ind Santander Salud 51(3). doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>.
- Giraldo V, Sobczyk R, Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, y Bojorquez I. 2021. «Prenatal care of Venezuelans in Colombia: migrants navigating the healthcare system. » Rev Saude Publica 55(49). doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002999>.
- Grupo Banco Mundial, State and Peacebuilding Fund. 2018. Migración desde Venezuela a Colombia; I-208.
- Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos. 2021. Refugee and migrant response plan. RMRP insight 2022. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/node/88855>
- Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos. 2022. RMRP2022: Funding Update. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/node/88855>
- Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semana 46, resultados preliminares 2022. Bogotá. INS 2022. [Consultado Diciembre 09 de 2022]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022\\_Bolet%C3%ADn\\_epidemiologico\\_semana\\_46.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_46.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2017. «Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal».
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. «Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio».
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2022. Observatorio Nacional de Migración y Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2022a. Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2022b. Boletín N° 4 Acceso a salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil. Mayo de 2022. [Consultado diciembre 07 de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/boletin4-acceso-salud-mujeres-migrantes-refugiadas-edad-fertil.pdf?ID=26128>
- MSPS - OPS. 2021. Presentación del Clúster de Salud.
- OCDE. 2012. Estándares de calidad para la evaluación del desarrollo. Directrices y Referencias del CAD. Disponible en: <https://www.oecd.org/dac/evaluation/dcdndep/46297655.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones. 2022. «Informe sobre las Migraciones en el Mundo».
- Banco Mundial. 2021. «Colombia - Sistema de Salud y Migración: Estimación del Costo del Paquete de Atención Materno Perinatal en Población Migrante Pendular Venezolana».
- Profamilia y IPPF. 2019. Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar.

- Profamilia y Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID). 2020. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?
- Proyecto Migración Venezuela. 2020. Encuesta de Calidad de Vida e Integración de los Migrantes Venezolanos en Colombia.
- Proyecto Migración Venezuela. 2020a. Infografía. Resultados de la Encuesta de Calidad de Vida e Integración de Migrantes Venezolanos en Colombia. Atención en Salud.
- R4V. Refugiados y migrantes de Venezuela. [Página Web]. Actualizada, Marzo de 2022 disponible en: <https://www.r4v.info/es/refugiadosymigrantes>
- Rillo, Arturo G. 2015. «Análisis hermenéutico de la pregunta por la salud». Rev Hum Med 15(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202015000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300002&lng=es)
- Secretaría de Salud de San José de Cúcuta. 2021. «Análisis de Situación de Salud en Población Migrante Venezolana».
- Secretaría Distrital de Salud. 2020. «Diagnóstico del Fenómeno Migratorio con Énfasis en Salud en el Distrito Capital».
- Secretaría Distrital de Salud. 2021. «Plan Distrital de Respuesta y Atención a Flujos Migratorios Mixtos en el Distrito Capital. Estrategia para el Abordaje Desde el Sector Salud.»
- Tapella, E., y P. Rodríguez-Bilella. 2014. «Sistematización de experiencias: una metodología para evaluar intervenciones de desarrollo». Revista de Evaluación de programas y políticas públicas 3(80).
- UNFPA y MSPS. 2020. «Guía Práctica para la Implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios para la Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis Humanitarias - PIMS - Colombia».
- World Food Programme. 2020. Evaluación de Seguridad Alimentaria en Emergencias (ESAE) para población migrante de Venezuela y hogares de acogida de departamentos fronterizos. J Chem Inf Model.

## II. ANEXOS

Anexo 1. Experiencia de diseño de prototipo en Barranquilla

Anexo 2. Sistematización de la experiencia en implementación de paquetes en 2 ciudades

Anexo 3. Informe de sistematización de la implementación de paquetes de atención materno-perinatal.

# ANEXO I: EXPERIENCIA DE DISEÑO DE PROTOTIPO EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, D.E.

## **Contexto de la intervención**

La entidad ejecutora entrevistada está contratada por el programa Comunidades Saludables de USAID para el diseño de un prototipo de contrato basado en desempeño con el cual se busca incentivar la búsqueda y captación temprana de las gestantes migrantes para que tengan acceso a todos los servicios de salud perinatal. Para el desarrollo de este prototipo se han vinculado los diferentes actores que están involucrados en la atención de las gestantes migrantes en condición irregular o pendular en la ciudad de Barranquilla como son MiRed Barranquilla, la Fundación Santo Domingo, así como la Secretarías de Gobierno y Salud del distrito. Esto ha llevado a entender los problemas que enfrentan las migrantes gestantes no aseguradas en el territorio y a partir de esto, diseñar el mecanismo de pago por resultados para que este sea el que lleve a lograr los resultados de reducción de la morbilidad y mortalidad materna en esta población.

Este proceso surge como una posible respuesta para atender los problemas de salud materno perinatal que son relevantes en la población migrante que se encuentra en la ciudad. De acuerdo con los hallazgos informados por la Secretaría de Salud a la entidad ejecutora, por una parte, las gestantes migrantes presentan sífilis e infección por VIH; con la consiguiente transmisión vertical madre-hijo. Esto se debe a que las gestantes no reciben la atención materno perinatal de forma oportuna y en condiciones de integralidad. Por otra parte, atribuyen las fallas en la atención, a la dificultad que tienen las entidades territoriales de contar con los recursos suficientes para pagar por estas atenciones a migrantes. Estas atenciones suelen ser más costosas debido a que las gestantes migrantes llegan en situaciones precarias y deben ser atendidas por hospitalización o por urgencias. Estas atenciones serían más económicas si las gestantes hubieran recibido toda la atención integral de la ruta materno perinatal.

Entonces, estas dos razones llevaron a plantear el diseño de un esquema diferente de contratación de la IPS, y que este esquema a su vez incentive la búsqueda temprana de las gestantes migrantes y así poder brindar toda la atención que necesitan las gestantes migrantes de manera oportuna. De igual forma, este tipo de esquema puede representar un alivio económico para la entidad territorial (en este caso la Secretaría de Salud de Barranquilla), porque ya no tendría que asumir el pago de partos que resultan más costosos por la falta de atención oportuna a las gestantes.

## **Contexto de la atención a la población migrante**

De acuerdo con la información suministrada por la entidad ejecutora, las Secretarías de Salud y Gobierno se encargan de organizar la respuesta que ofrecen las agencias y las organizaciones. La oferta disponible por parte de los cooperantes se encuentra organizada en el Centro de Integración Local para Migrantes, espacio que está a cargo de la Secretaría de Gobierno y desde este punto se direcciona al migrante de acuerdo con la atención que requiera.

Los espacios de coordinación son muy incipientes, ya que su conformación es reciente, como en el caso de la Sub-mesa de Salud Sexual y Reproductiva. Esto hace que la respuesta este desarticulada, siendo esta una barrera que tienen actualmente en la ciudad. Esta situación también dificulta la disponibilidad de información relacionada con la atención a la población migrante que se puede obtener a través de estos espacios de coordinación.

La prestación de los servicios se realiza en MiRed Barranquilla, que es la principal IPS que concentra el 80-90 por ciento de la atención en Barranquilla. Por otra parte, tanto la Secretaría de Salud como los cooperantes actúan como pagadores de los servicios. Para la Secretaría de Salud estos servicios en su mayoría están representados por las atenciones de parto por urgencias más la atención de las complicaciones, lo que deriva en el pago de servicios más costosos; puesto que no se hace la búsqueda y captación de gestantes en etapas tempranas del embarazo.

Y desde el punto de vista de las migrantes, ellas enfrentan muchas barreras para recibir atención. Por ejemplo, para recibir atención médica en los Caminos, que son los Centros de Atención Médica Integral Oportunos de la IPS MiRed Barranquilla y que brindan toda la ruta de atención materna, las migrantes deben ir primero a la Secretaría para recibir una autorización, tienen que hacer varias llamadas, y tienen que ir de un lado a otro para recibir cualquier consulta o servicio; lo que implica muchos costos de transacción para ellas. Esta es una población que no tiene tantas facilidades para asumir todos los costos asociados a estos trámites. Entonces, como el sistema no les facilita a las migrantes todos los servicios, esto hace que ellas también estén desincentivadas a ir y recibir toda la atención materna que necesitan.

Sumado a lo anterior, las características de movilidad propias de la población migrante pendular hacen que la adherencia a los tratamientos se interrumpa. Entonces puede que vayan una vez a consulta, pero luego regresan a su país o tienen otros inconvenientes que dificulta la implementación de un paquete de atención prenatal que sea constante y que pueda prevenir futuras complicaciones debido a la falta de atención oportuna.

## ***Diseño del prototipo de pago por desempeño***

Con el diseño del prototipo de pago por desempeño lo que se busca es brindar una atención integral con monto de recursos determinado y, cómo esto se puede ver reflejado en unos indicadores de resultado en salud a partir de un paquete de intervenciones concertado previamente con la Secretaría de Salud. Este paquete es definido a partir de las prioridades en salud materno perinatal que se evidencian en el territorio y tomando como base el paquete de atención materno perinatal definido por el Banco Mundial. Si bien, el paquete es muy claro frente a las atenciones que se necesitan según la ruta materno perinatal, el gran reto en el territorio es encontrar a las migrantes en las etapas iniciales de gestación para que reciban todo el paquete. Entonces lo que la entidad ejecutora está proponiendo con este prototipo es ir un paso más allá y no solamente pagar por el paquete como tal, sino ese incentivo adicional que se le puede asignar a MiRed Barranquilla para que logre esa detección y captación temprana de las migrantes.

De acuerdo con la información suministrada por la entidad ejecutora, para MiRed Barranquilla es de suma importancia contar un flujo de caja dentro del esquema de pago. Entonces en un mecanismo de pago como este, esperan que los pagos sean mensuales y anticipados para que ellos (IPS) puedan tener las actividades y estrategias adicionales al paquete de atención, como la búsqueda y captación temprana de las gestantes migrantes. En términos generales, MiRed Barranquilla está de acuerdo con esta propuesta ya que está muy en línea con otro mecanismo de contratación que esta IPS ya ha adoptado como es el Pago Global Prospectivo.

Dentro de los temas por definir están los criterios de elegibilidad de la población objeto de la intervención, el esquema de pagos y el sistema de información a utilizar para el monitoreo y la evaluación de los resultados.

Dentro de las lecciones aprendidas en el desarrollo de esta experiencia en Barranquilla, la entidad ejecutora destaca el involucramiento de la Secretaría de Salud. Este es un punto clave, puesto que, al fin y al cabo, la Secretaría es quien determina la normativa y también puede llevar a la IPS a motivarse por este tipo de contratación. Es importante involucrar a la entidad territorial desde el principio, durante el proceso de diseño, en la definición de las prioridades territoriales a atender y en la recolección de información.

# ANEXO II: SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETES DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL EN DOS CIUDADES: CÚCUTA Y BOGOTÁ, D.C.

## I.1 SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE CÚCUTA

De acuerdo con los datos disponibles en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de población migrante, con corte a junio de 2021 se tenía un registro de 128.631 migrantes en el municipio de San José de Cúcuta, cifra equivalente al 59,8% de toda la población migrante venezolana ubicada en el departamento Norte de Santander (214.898 migrantes) (Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, 2021). Por su parte, según los datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud con corte a julio de 2022, de un total de 77.836 migrantes con PPT en el municipio de Cúcuta, 36.691 (47,14%) se encuentran afiliados al SGSSS (MSPS, 2022). De igual forma, durante el período comprendido entre el 1 marzo de 2017 y el 30 de abril de 2022 se han atendido un total de 119.400 personas procedentes de Venezuela, siendo en su mayoría mujeres, con un total de 72.118 (60,4%) de las atenciones. En total se prestaron 1.115.125 atenciones en salud durante todo el período.

### I.1.1 SITUACIÓN INICIAL

De acuerdo con la información suministrada por los entrevistados, a partir del año 2018, junto con la crisis migratoria vino un aumento en la demanda de servicios de atención materno perinatal, además de la presión sobre la capacidad instalada del municipio. Esta situación tuvo un impacto negativo en los indicadores de salud materna en el territorio. También generó una alerta entre las autoridades sanitarias, quienes empezaron a reaccionar frente a esta situación y a establecer una serie de acciones para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta territorial para mitigar dichos impactos.

### I.1.2 PERSPECTIVA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

Desde la perspectiva de la autoridad sanitaria, hubo dos hitos en ese momento que encendieron las alertas sobre la salud materno perinatal de las mujeres migrantes venezolanas. Por un lado, en el año 2019 ingresaron 29 mil mujeres al país sin ningún tipo de aseguramiento a tener sus partos. Eso en ese momento afectó negativamente los indicadores. Por un lado, por el efecto negativo de la baja cobertura de controles prenatales. Por otra parte, estaba el impacto del cálculo de indicadores relacionados con los controles prenatales y con la mortalidad materna, entre otros indicadores que se vieron afectados por el efecto del aumento de partos y de nacidos vivos en el denominador.

Asimismo, en el año 2019 se publica un estudio de que hace Profamilia de necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva para población migrante venezolana, en el cual se evidenciaron las barreras de acceso que tiene la población migrante residente en ciudades fronterizas para acceder a todo un paquete de atenciones relacionadas con la SSR, entre estas, el municipio de Cúcuta. Entonces está el esfuerzo que hace el equipo inter agencial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en generar unos PIMS5 en situaciones de crisis humanitarias, como una respuesta inicial para atender este problema creciente.

Por otra parte, si bien había un manejo por parte de un número creciente de organizaciones que estaban atentas al problema, lo abordaban con una oferta fragmentada y, en algunos casos no correspondía con las prioridades a atender en el territorio y con poca capacidad de coordinación interinstitucional.

### 1.1.3 PERSPECTIVA DE LA AUTORIDAD SANITARIA TERRITORIAL

Desde la perspectiva de la autoridad sanitaria territorial, el aumento de la demanda de los servicios de urgencias por parte de la población migrante venezolana fue el punto de partida para comenzar a evidenciar una serie de problemas relacionados con el acceso oportuno a la atención materno perinatal. En palabras de una de las personas entrevistadas:

*“Entonces, en el contexto, digamos que el detonante fue materno perinatal, fue lo primero que impactó todo el sistema de salud en Cúcuta. Después empezamos a ver ya los temas de enfermedades de alto costo y ya hoy en día empezamos a identificar el crecimiento en problemas de salud mental” [ASC-01]*

Por otra parte, desde los procesos de vigilancia en salud pública también se comienza a identificar en las unidades de análisis de eventos, un aumento en los indicadores trazadores como la mortalidad materna, la morbilidad materna extrema, la sífilis gestacional entre otros eventos; en un contexto de flujos migratorios mixtos que imponen un reto adicional a las autoridades sanitarias locales. Esto ha requerido un trabajo mancomunado entre las autoridades municipales y departamentales para mejorar la respuesta frente al impacto generado en la salud pública:

*“Porque efectivamente, la situación en la población migrante por estar de paso en nuestro territorio hace parte de nuestra población ¿cierto? además que vienen con vocación de permanencia y esa vocación de permanencia hace que, de alguna u otra manera alteren los indicadores y en ese sentido nosotros como ente territorial hemos articulado acciones, los equipos de vigilancia en salud pública han articulado acciones con la Secretaría [de Salud] no solamente de la ciudad de Cúcuta, sino con el resto de las secretarías del departamento [ASNS-02]*

En la siguiente tabla se presenta el comportamiento de los indicadores de salud materna en mujeres de nacionalidad venezolana que residen en el municipio de Cúcuta.

**Tabla 1. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Cúcuta (2020-2021)**

Indicador	2020	2021 p
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	57,47	46,21
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	17,82	N.D.
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	66,09	N.D.
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	90	82
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	37,53%	40,11%

**Fuente:** Elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Los datos de 2021 son preliminares.

De acuerdo con los datos reportados en el Observatorio Nacional de Migración y Salud, al revisar el comportamiento según vinculación al SGSSS, llama la atención que todos estos eventos se concentran en las gestantes no afiliadas, coincidiendo con el comportamiento presentado en el país, como se puede observar en la siguiente tabla.

**Tabla 2. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Cúcuta. Desagregados por tipo de vinculación al SGSSS (2020)**

Indicador	RC*	RS**	NA***
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	-	-	100%
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	6,45%	12,9%	80,65%
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	0,87%	0,87%	98,26%
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	2,56%	13,46%	83,97%
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	3,68%	12,25%	84,07%

**Fuente:** Elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022).

\*RC: Régimen Contributivo, \*\*RS: Régimen Subsidiado, \*\*\*NA: No Afiliado.

Por otra parte, de acuerdo con la información suministrada por el ASIS de población migrante, en Cúcuta se concentra una problemática relevante por mortalidad fetal en población migrante venezolana, ya que esta representa el 50,5% del total de la mortalidad registrada durante el período 2015 a 2020. Tal y como lo señala este mismo documento, “este escenario ha surgido como consecuencia de falta de controles prenatales y planificación familiar en este grupo poblacional, dada la situación crítica que atraviesa el vecino país, llegando las gestantes con complicaciones obstétricas, además de otros problemas de salud sexual y reproductiva, como sífilis gestacional y VIH/Sida” (Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, 2021).

Todo lo anterior es el reflejo de una de las grandes dificultades a la hora de poder garantizar el goce efectivo del derecho a la salud por parte de las mujeres migrantes provenientes de Venezuela mediante el acceso a los servicios de salud por medio del SGSSS:

*“lo primero que empezamos a ver era la alta demanda en esos servicios de urgencias, pero la poca accesibilidad que tenía el migrante al sistema, porque el mismo sistema de salud no le permitía...recordemos que luego empezaron a normalizar, digamos que la atención a los migrantes [...] Entonces eso fue lo más visible que teníamos y empezamos a tener también [todo lo] relacionado con salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, aquellas personas o aquellos migrantes que llegaban a nuestra ciudad y no teníamos como ofrecerles una atención en cuanto a las infecciones de transmisión sexual,*

*especialmente con VIH/Sida. Entonces el sistema colombiano pues tampoco le ofertaba absolutamente nada” [ASC-01]*

La situación en materia de SSR en el municipio de Cúcuta da cuenta de las barreras y necesidades identificadas en la población migrante venezolana frente al acceso efectivo a los servicios de salud. Por ejemplo, el estudio de Profamilia e IFFP, encontró que las necesidades más urgentes e inmediatas de la población migrante son 1) el acceso a servicios de planificación, 2) la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y 3) educación integral para la sexualidad (Profamilia & IPPF, 2019). Asimismo, el estudio de Profamilia y OFDA-USAID identificó que dentro de las necesidades más urgentes en salud están el acceso a servicios de atención primaria en salud y exámenes diagnósticos y, la atención de controles prenatales y controles post parto (Profamilia & OFDA-USAID, 2020).

Esta situación hace que las mujeres migrantes provenientes de Venezuela acudan a los servicios solo cuando presentan una urgencia. En el caso de las gestantes, ellas asisten sólo cuando tienen una urgencia gineco obstétrica, en detrimento de las acciones más preventivas:

*“[Por ejemplo] en el [Hospital] Erasmo Meoz lo que se empezó a identificar es que en medio de la emergencia o de la situación de urgencia, el servicio en el que más vimos impacto fue en el servicio de urgencias gineco obstétricas, donde básicamente se duplicó la demanda que teníamos en el servicio y para esa fecha [2017-2018 aprox.] el 80 por ciento era población migrante. Dentro del análisis que se hizo, pues básicamente iban todas al Erasmo Meoz porque se convertían en alta complejidad al no tener todas las consultas prenatales y por lo tanto siempre llegaban al hospital. De allí pienso que surge una de las necesidades que como departamento se liderara esta ruta para mirar con la población migrante materno perinatal puntualmente cómo lo íbamos a trabajar, porque estaba toda la cooperación enfocada en algunos casos también atención de urgencias o consulta externa, pero no estaba mitigando el impacto que teníamos en el Erasmo” [ASC-01].*

#### **I.1.4 PERSPECTIVA DEL PRESTADOR**

Desde la perspectiva del prestador, hay un aumento en la demanda de los servicios por parte de la población migrante en condición irregular, que es la que acude por urgencias al no contar con aseguramiento en salud:

*“Porque las personas, casi el 80 por ciento, el 100 por ciento de las personas migrantes que se atiende es irregular. Entonces no la podemos afiliar, no pueden acceder a un sistema de seguridad, pues como dice la norma y con el permiso transitorio como se empezó y, regularmente el hospital venía atendiendo población migrante, población venezolana, pero no era en un número tan, tan alto y tan en número de actividades tan frecuentes como el que se vive a partir de los últimos cinco años” [PC-01]*

Las mujeres migrantes por su parte llegan a recibir la atención del parto, pero con una serie de comorbilidades asociadas a la falta de controles prenatales y a toda la atención integral que se requiere en esta etapa:

*“Lo que pasa es que eso tiene que ver con el gran porcentaje de señoras que para la ciudad de Cúcuta que lo estaba marcando, la alerta era que en el hospital, el 85 por ciento de las mujeres que se atienden en el [Hospital] Erasmo, eran mujeres embarazadas venezolanas y resulta que iba eso asociado a una gran cantidad de enfermedades del tipo de transmisión sexual, entre ellas la sífilis, que nos tiene sorprendidos a nivel local la cantidad de niños con sífilis congénita y eso al parecer tuviera que*

*ver con la inadecuada prestación de servicios de salud en de promoción y prevención en Venezuela y pues la alta migración que generó la salida de estos venezolanos [PC-02]*

## 1.2 ELEMENTOS CLAVES IDENTIFICADOS POR LOS ACTORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PAQUETES DE ATENCIÓN MATERNO PERINATAL DIRIGIDOS A LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA BAJO MECANISMOS DE FINANCIAMIENTO PÚBLICO PRIVADOS

### 1.2.1 PERSPECTIVA DE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL

Para la autoridad sanitaria, todo este contexto en el que se viene dando la atención materno perinatal, plantea la necesidad de comenzar a adaptar la respuesta humanitaria con la que se presta la atención materno perinatal en contextos de emergencia; para avanzar hacia la definición de un paquete de atención mínimo basado en la Ruta Integral de Atención en Salud y que incluya a su vez tratamientos, hospitalizaciones y otras atenciones requeridas por el binomio madre e hijo:

*“[...] ya que esta crisis pues nos presentó éticamente en términos de la salud pública uno de los mayores retos y era como un recién nacido que nace hoy con una madre con sífilis lo podemos hospitalizar, ingresar en una unidad de cuidado intensivo, hacer punción lumbar de todo lo que podemos someter al recién nacido, pero cuatro semanas antes no le podíamos dar un Benzetacil así a la madre. Eso en el marco de las reglas del aseguramiento. Ese es un precedente... bueno... un par de precedentes importantes ¿no? el antecedente epidemiológico, obviamente el de la migración, el demográfico, el epidemiológico de la afectación de los indicadores, el de los referentes técnicos que necesitaban adaptarse y el del estudio [de Profamilia] que ya nos vinculaba un poco más allá hacia unas prioridades en términos de la salud sexual y reproductiva” [AS-01]*

En tal sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Cancillería definió un paquete de intervenciones en SSR orientado a atender esas prioridades de acuerdo con los hallazgos del estudio de Profamilia como la salud materna, el componente de IVE, ya que es muy importante en este caso porque muchas de las mujeres estaban demandando ese servicio. También se incorporó el tema de anticoncepción que en todas las situaciones de emergencias y de crisis humanitarias es tan importante y este fenómeno migratorio también lo es. A partir de esto, se realiza el ejercicio de definición de intervenciones a incorporar, así como la estimación de costos y de la demanda potencial del paquete propuesto en la ruta, tal y como se mencionó en una sección previa de este documento.

Luego se definen las ciudades para iniciar el proceso de implementación de esta propuesta de paquete. Uno de los municipios elegidos fue Cúcuta; elegida a conveniencia en términos de con quién era más fácil trabajar, en que hospitales podía ser más fácil trabajar y que hospitales podían tener la voluntad de hacer ese trabajo. Finalmente se hace la contratación con el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

## I.2.2 PERSPECTIVA DE LA AUTORIDAD SANITARIA TERRITORIAL

En Cúcuta, el direccionamiento para la implementación de los paquetes de atención materno perinatal se lleva a cabo mancomunadamente entre el Instituto Departamental de Salud (IDS) y la Secretaría de Salud del municipio. Este ejercicio se lleva en tres niveles: un nivel de direccionamiento estratégico del sector, un nivel de direccionamiento táctico y operativo y, un nivel de vigilancia en salud pública. El direccionamiento estratégico está a cargo del Instituto Departamental de Salud como máxima autoridad sanitaria. La Secretaría de Salud municipal acoge las directrices y se encarga del direccionamiento táctico y operativo en salud pública desde la Dimensión de Salud Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos. Lo anterior se complementa con los procesos de vigilancia en salud pública.

En ese sentido, un primer momento para la definición de la RIAMP se hace en la Sub-mesa de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento (la cual hace parte de la Mesa o Sub-Clúster de Salud Departamental), en cabeza del IDS, desde donde se hace todo el seguimiento a la implementación de acciones con población migrante proveniente de Venezuela en conjunto con los cooperantes y organizaciones presentes en el territorio y que ofertan servicios de SSR:

*“Desde el comienzo hicimos la primera revisión de la Ruta de Atención Materno Perinatal con cada una de las agencias y de las organizaciones que estaban en el territorio, especialmente en nuestro municipio, porque si bien es cierto está Cúcuta... como ciudad capital, pues es donde alberga un mayor número de migrantes o personas que también van en tránsito hacia el interior de nuestro país...pero también está haciendo parte de Villa del Rosario, Los Patios en el área metropolitana y también en la región del Catatumbo. específicamente Tibú y esas zonas... toda la zona fronteriza, también Puerto Santander. Hicimos una revisión en una de esas mesas. Se hizo una concertación con los agentes, con las agencias o con los prestadores acerca de lo que sería la atención materno perinatal en territorio, especialmente en el municipio San José de Cúcuta y en el cual salió un documento. Tuvimos un documento. Al comienzo no sabíamos ni siquiera como íbamos a llamarle, si era ruta... ¿cómo le íbamos a llamar? Entonces era como atención materno perinatal. Porque recordemos que siempre han estado en contextos de emergencia y no podríamos exigirle igual que una Resolución 3280/2018 [lineamientos de la RIAMP]” [ASC-01]*

Además de la atención materno perinatal, otra prioridad para las autoridades territoriales ha sido la de mejorar el acceso a métodos de anticoncepción y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), por las necesidades insatisfechas referidas por la población migrante:

*“Se han realizado varias sesiones con los cooperantes para la construcción de una ruta de anticoncepción en adolescentes, según la Resolución 3280 del 2018, en donde efectivamente, el enfoque es migratorio. En estos momentos...se está construyendo entre todos los integrantes de la Sub-mesa la ruta de IVE para población migrante, siguiendo los lineamientos precisamente de la [Resolución] 3280 del 2018” [ASNS-04]*

Al mismo tiempo que se llevan a cabo los procesos de direccionamiento estratégico, se hace un proceso de direccionamiento y de acompañamiento técnico y operativo orientado al fortalecimiento de las capacidades de atención en SSR y salud materna, así como de los procesos de vigilancia en salud pública:

*“También desde el Instituto Departamental de Salud se está implementando un grupo de profesionales a través de gestión de la salud pública, el grupo de las RIAS, lo de la ruta materno perinatal y la ruta de promoción de la salud. Entonces desde el año pasado se está conformando un grupo de profesionales de*

*cada dimensión donde hacen el acompañamiento a todas las ESE. El año pasado se visitaron casi la mayoría de ESE. Ese año se visitaron algunas EAPB y pues la idea es que se haga un plan de acción o se hizo un plan de acción para la implementación de RIAS en cuanto a la promoción de la salud materno perinatal en Norte de Santander. Entonces se está trabajando desde el Instituto precisamente en eso” [ASNS-04]*

*“[...] también la Secretaría de Salud se empezó a movilizar teniendo en cuenta las acciones que estaban realizando los cooperantes en las comunidades directamente con la población migrante. Y ellos como empezaron a canalizar no sólo la situación en la prestación de servicios de salud, sino también en temas de salud pública. Y ahí fue donde nosotros llegamos a intervenir directamente, pues con todo lo que tiene que ver con las dimensiones que se lideran desde salud pública ¿sí? el tema de vacunación, el tema de capacitación, de vigilancia epidemiológica, hacer los seguimientos de acuerdo a la situación de salud que nos reportaban, porque recuerden que no solamente son los eventos de salud mental, sino también son los eventos de interés en salud pública que nos van reportando las IPS en la medida que nos iban dando este reporte” [ASC-01]*

Para poder fortalecer los procesos de información y de comunicación con los migrantes, se empezó a realizar un trabajo con líderes y organizaciones de base comunitaria. Esto lleva también al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria:

*“[...] entonces eso [el desconocimiento de los servicios de salud por parte de los migrantes] conllevó a que nosotros estuviéramos realizando casi que constantemente con las organizaciones, con los líderes comunitarios o las lideresas que existen en ciertos barrios de la ciudad, pero también en ciertas invasiones, digámoslo así, donde hay un mayor número de población migrante que nos dirigiéramos, nos desplazáramos allá e hiciéramos todo ese proceso de capacitación con urgencia. Casi que tenemos dos informaciones, una desde la prestación del servicio y la otra desde la información que nos suministraban los cooperantes. Y como nosotros empezamos a hacer este trabajo articulado también con ellos, especialmente en las zonas, para atender sus afectaciones físicas, pero también para prevenir todos los temas de eventos que están de interés en salud pública. De hecho, ellos [cooperantes] hacen parte de un espacio que tenemos como es el COVECOM, el comité de vigilancia epidemiológica comunitaria, que ellos ya están integrados allí. Y eso también, ese ejercicio de participación comunitaria ha llevado a fortalecer los espacios también de la vigilancia” [ASC-01]*

Frente al componente específico de atención materno perinatal, la Secretaría de Salud de Cúcuta, al inicio de la migración, hizo una contratación con la ESE Imsalud para la atención solo de maternas. Sin embargo, el presupuesto es muy corto para dar cobertura a todas las gestantes y a todas las mujeres en edad fértil, por lo cual, persisten las dificultades a la hora de garantizar una atención integral:

*“En toda la ruta de atención, nosotros seguimos teniendo dificultades en cuanto a que ninguna agencia, ninguna IPS oferta, por ejemplo, por lo que empieza la ruta, que es la atención preconcepcional, no la tenemos en ninguna. Tenemos dificultades también en la atención a los jóvenes. La tuvimos en un momento con la interrupción voluntaria del embarazo, especialmente después de la semana 20. Afortunadamente también y gracias a todos esos esfuerzos que en unión también con el Instituto Departamental de Salud y con todo el sistema de salud que tenemos en nuestro municipio, pues hoy en día afortunadamente las mujeres son atendidas en urgencias del Hospital Erasmo Meoz” [ASC-01]*

## I.2.3 PERSPECTIVA DEL PRESTADOR

De acuerdo con la información suministrada por las personas entrevistadas, la prestación de los servicios de salud materno perinatal se lleva a cabo en dos Empresas Sociales del Estado, la ESE Imsalud de primer nivel de atención y el Hospital Universitario Erasmo Meoz, institución de tercer nivel de atención. Cada una tiene un paquete estructurado de acuerdo con su misionalidad.

### I.2.3.1 E.S.E IMSALUD

En la ESE Imsalud, los paquetes que se ofrecen a población migrante están conformados por atenciones de bajo nivel de complejidad. De acuerdo con la información suministrada por la persona entrevistada esta IPS no hace demanda inducida. Cuentan con unidades móviles donde hacen una valoración por jornadas con la población migrante. La atención en la red de IPS la realizan con recursos de cooperación internacional, con lo cual se hace la ruta de acuerdo con la oferta de servicios de la ESE y lo que disponga el convenio de cooperación. Las tarifas que este prestador maneja son las establecidas por el Manual Tarifario-SOAT. En términos generales, la ruta de atención:

*“[...]incluye la atención por medicina general, odontología general, psicología, nutrición, paraclínicos básicos, y la atención del parto está por paquete. Si nosotros llegáramos a atender a alguna nos lo pagarían...la atención del parto, pero de primer nivel, de baja complejidad, porque nosotros somos una IPS de baja complejidad” [PC-02]*

Asimismo, dentro de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecen los siguientes servicios:

*“Promoción de la planificación familiar, el control del embarazo, el control de enfermedades de transmisión sexual. Educación. Atención del parto [...] También, garantizar la clasificación del riesgo obstétrico en esas gestantes que ya logran por interés y voluntad, mantener una continuidad en esa asistencia a los controles. Y si el parto y el embarazo cursan de manera normal y sin riesgo, la atención segura de ese parto y de ese recién nacido. [...] [Si hay convenio de cooperación] se les da el micronutriente [a las gestantes] y se le factura a la cooperación, nos están permitiendo eso los micronutrientes, si se pagan. Para la jornada que se adelantó de inserción de implantes [subdérmicos], también para disminuir los embarazos no deseados en esa población migrante” [PC-02]*

Para la consecución de recursos cuentan con un departamento de planeación donde hay un estructurador de proyectos, especialista en gerencia de proyectos y dependiendo del acuerdo que establezcan con una ONG o con un cooperante que quiera ayudar a los migrantes, pues se estructura de manera conjunta las actividades y los proyectos enmarcados en ese convenio.

Dentro de las dificultades que han tenido en la implementación está la falta de integralidad de las atenciones, en ese paso a un mayor nivel de complejidad. También por la oferta de los cooperantes:

*“Y ahí lo otro es que igual, a pesar de que hay muchas [ONG], todas prestan los mismos servicios y de pronto no hay ninguna que establezca una ruta que le garantice continuidad entre niveles avanzados a esa población. Si, ahí lo que se necesita es una integralidad. En salud se necesita una integralidad. Ninguna ONG ha garantizado a través de su colaboración en el sistema, la continuidad entre niveles de atención” [PC-02].*

En este proceso se pierde el seguimiento a las pacientes. Otro tanto se debe a las características propias de la migración irregular o pendular lo que hace difícil su seguimiento. Cuando llegan a los servicios de salud ya tienen complicaciones.

### **I.2.3.2 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**

En el Hospital la planeación y la organización de las actividades y de las estrategias se hace con base en la demanda de los servicios, es decir, desde la misma demanda por parte de los usuarios. Los pacientes ingresan directamente por urgencias o por remisión de otras IPS, es decir, son receptores. En ese sentido, la demanda de servicios por parte de la población migrante irregular y pendular se da en la atención inicial de urgencias, que es lo que señala la norma, con las consecuencias que esto trae en términos de garantizar una mínima integralidad en la atención por las dificultades que esta población tiene para acceder a los tratamientos que se requieren y que no son una urgencia:

*“[...] debido a esa necesidad, se empezaron a establecer como las necesidades prácticamente valga la redundancia, de qué era y qué era lo que teníamos que resolver, porque las pacientes se quedaban ahí a espera o de una tutela, o de que el Instituto Departamental [de Salud] les resolviera, o que qué organización les podía resolver. Y pues nosotros nos quedábamos ahí con las atenciones y algunas, pues ya estaba el criterio médico de que había que hacerse, que había que atenderse porque estaba en peligro la gestante o porque estaba en peligro el recién nacido, o que esta señora hay que brindarle un método anticonceptivo porque ya la situación que tiene o la atención por el tema de agresión. Entonces empezamos como a establecer de qué manera se podía ir desarrollando y ya, pues cuando salen las rutas por parte del Ministerio [de Salud] específicas para estas poblaciones, pues ya lo que hacemos también es acogernos y empezar a trabajar con esas rutas” [PC-01]*

Luego, con el Ministerio de Salud y Protección Social implementaron la Ruta de Atención Materno Perinatal y Salud Sexual y Reproductiva, pero en esta no estaban incluidos los exámenes y la atención que hace el hospital. Solo incluyó el parto y algunas cosas adicionales:

*“Estuvimos en un proyecto y participamos en el tema con Cancillería [y el MSPS] y dos veces le solicitamos que por qué no nos lo modificaba... no, pero es que así fue que lo presentaron...” [PC-01]*

La persona entrevistada reporta que el mayor número de atenciones que se brindan en el hospital son en ginecología. También ofrecen métodos anticonceptivos definitivos como la ligadura de trompas:

*“Hay que ofrecerles un método anticonceptivo porque se van y vuelven a los ocho meses, nueve meses otra vez con otro embarazo, pero nunca pudimos lograr que se nos ajustara el proyecto porque que no, que esas no son las actividades. Muchas veces también para la ruta y la atención hay muchas organizaciones que no pueden cubrir ciertas actividades... no, es que mi trabajo es este, es que mi trabajo es este otro... y a pesar de eso hemos seguido atendiendo” [PC-01]*

Con los eventos de interés en salud pública, se hace el reporte del recién nacido o de la materna y queda la notificación por vigilancia epidemiológica, se les brinda el tratamiento y se realizan los seguimientos. Por ejemplo, en el caso de la sífilis congénita, tuvieron que adaptar una unidad para el tratamiento, dada la cantidad de casos que se presentan y por la duración de este (14 días). En algunos casos se remiten al primer nivel de atención para que continúen con su tratamiento:

*“el tema menos inconveniente que hay yo creo que es como con la ruta materno perinatal ¿sí? porque pues ellas vienen y se les hace el seguimiento y todo y se les dice pues que deben ir a la IPS que es la que crean en El Escobal, que es de la ESE Imsalud para el resto de los controles, pero algunas veces la población es como pendular, nos parece a nosotros, realmente un gran porcentaje es como pendular”*  
[PC-01]

Para fortalecer la ruta decidieron instalar un punto de vacunación, puesto que aplicaban la primera vacuna al recién nacido y, no volvían al refuerzo o si regresaban, el hospital no tenía como vacunarlos. Por eso las metas de vacunación del municipio de Cúcuta estaban fluctuantes y por eso fue una de las maneras de fortalecer y hacer un trabajo con ellos concertado de instalar el puesto de vacunación.

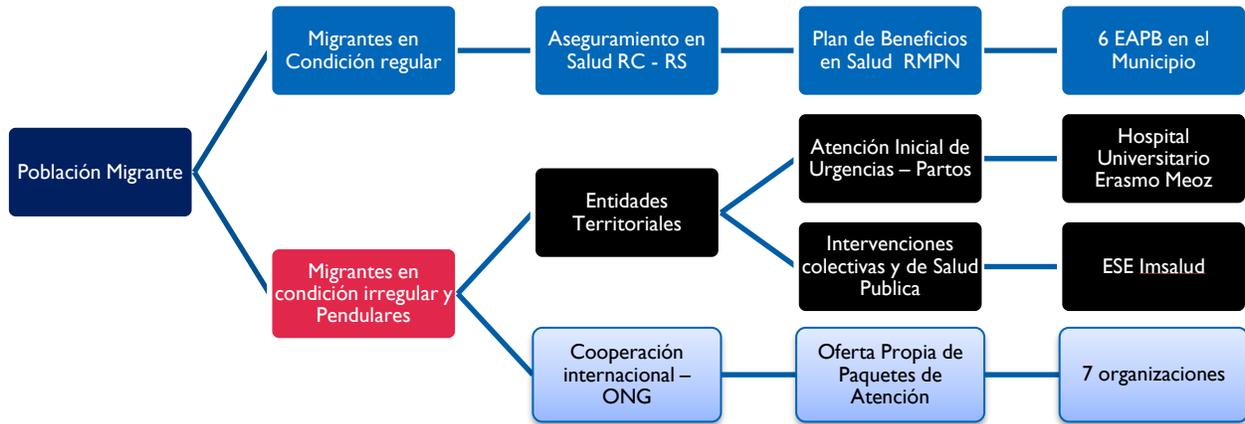
Frente al tema de información al migrante, en el hospital cuentan con el SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario) donde además de brindar información sobre la oferta de servicios de la ESE Imsalud. También hacen orientación hacia los servicios que ofrecen los cooperantes y las organizaciones de acuerdo con la necesidad identificada. Para los migrantes que tienen barreras de acceso con los tratamientos, ofrecen también asesoría jurídica. Otras estrategias complementarias son:

*“Tener la oficina de la Registraduría acá, el pedir el apoyo a Migración para poderlos regularizar, el prestarle los servicios por ejemplo en la ruta de materno perinatal estén o no autorizados, los ginecólogos en eso han sido muy como éticos. Si la persona necesita cesárea se le hace la cesárea, si necesita un pomeroy, se le hace el pomeroy, si debe quedarse con su bebé en el servicio, se queda. Sí, a veces se nos congestiona el servicio de maternidad por lo mismo y tanto, porque pues el bebé nació, si necesita el programa canguro por bajo peso se le brinda el programa, si del banco de leche necesita leche para tal, se le brinda, o sea, esté regularizado o lo hayamos podido... nosotros le estamos brindando como todo, porque en últimas es nuestra responsabilidad social y lo pensamos como enfocando también por esa parte, para que no digan que jurídicamente el hospital está haciendo lo que no debe hacer por el tema de ser una entidad pública ¿sí?”* [PC-01]

Frente al tema de contratación y de definición de tarifas, la entidad acoge las tarifas establecidas por la normatividad. Sin embargo, consideran que estas tarifas los ponen en desventaja frente a los servicios y las tarifas que manejan los cooperantes o las organizaciones; por lo cual prefieren no participar de convocatorias para proyectos de cooperación internacional o de otro tipo:

*“Porque es que una cosa es de pronto usted tener Bucaramanga hacia adelante, Bogotá, donde hay una sobreoferta de especialistas y otra cosa es estar acá en Cúcuta, que es una ciudad intermedia donde no hay muchos especialistas, donde para tener algunos servicios tenemos que pagar cierto valor, cierto costo. Por ser una entidad pública a mí si me obliga a tener el personal las 24 horas y de todos modos pues es nuestra... para hacer una diferenciación y como la norma me obliga, es como una propuesta de valor que nosotros mismos dijimos como entidad la vamos a ofrecer, yo debo tener el especialista las 24 horas. Entonces mi costo y mis tarifas pues no van a ser las mismas de la competencia. Entonces cuando salen de pronto algunos proyectos o algo y dicen oferte, pues realmente no nos interesa ofertar porque es que yo nunca voy a poder competir con el que ustedes contratan de alguna ONG o de alguna fundación o de alguna IPS privada porque mis costos nunca van a dar”* [PC-01]

**Figura 1. Ruta de acceso a salud de la población migrante venezolana en el municipio de Cúcuta**



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las dificultades que el hospital ha tenido en la implementación, está el estado de la cartera en relación con la atención a población migrante irregular:

*“Pues para el pago no hay nadie responsable realmente, porque la norma dice que yo no debo atender sino atención inicial de urgencia, ¿cierto? y la atención inicial de urgencias es el Estado colombiano como tal. Nosotros radicamos ante el Instituto Departamental de Salud nuestras facturas, lo que es ambulatorio y que es programado y que es electivo nos lo glosan inmediatamente. Tenemos que entrar como a decirle ...no, pero mire, la requería, lo atendí., por eso la población migrante termina interponiendo tutelas. Por eso el trabajo ahora de la parte de las tutelas es que es más alto [...] Yo estoy firmando casi 30 [tutelas] diarias, porque lo que no es urgencia, se supone que yo no debería estarlo ofreciendo y como le comentaba, el 80 por ciento de la población es irregular. Entonces cuando usted es regular, pues yo inmediatamente lo afilio y queda a un asegurador” [PC-01]*

También señalan la desarticulación en el trabajo que realizan los cooperantes y las organizaciones, porque a veces se hacen actividades simultáneas, repetitivas, en particular en la atención de anticoncepción y, a pesar de que el hospital tiene la atención integral, no se les tiene en cuenta. Otras entidades terminan haciendo el procedimiento o la atención que el hospital ya tiene dentro de su portafolio.

En resumen, en la siguiente figura se presenta la ruta para el acceso a los servicios de salud, según la oferta disponible en el municipio de Cúcuta. La ESE Imsalud cuenta con atención de partos, pero de baja complejidad. Así que, debido a su complejidad, la atención del parto y sus complicaciones, la está asumiendo el Hospital Erasmo Meoz.

Por otra parte, en el municipio hay siete (7) organizaciones que ofrecen servicios de promoción de la salud materna y la salud perinatal y, de promoción de la salud sexual y reproductiva; según la información disponible en el sistema de información del Clúster Salud.

## 1.2.4 SITUACIÓN ACTUAL

En la siguiente tabla se presenta la distribución de atenciones en salud en personas procedentes de Venezuela según IPS en el municipio de Cúcuta para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021 (MSPS, 2022a).

**Tabla 3. Total de población migrante procedente de Venezuela atendida según IPS en el municipio de Cúcuta (2017-2021)**

Hospital Universitario Erasmo Meoz	1.066.300	87,6
E.S.E. Imsalud	150.489	12,5
<b>Total Atenciones</b>	<b>1.216.789</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaborado a partir de datos disponibles en el Informe: *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a)

Cabe resaltar que, según este mismo informe, el Hospital Universitario Erasmo Meoz es la IPS que reporta el mayor número de atenciones a nivel nacional. Esta institución concentra el 7% del total de las atenciones en salud a población migrante que se reportaron en el país (n=15.153.674) durante el período 2017-2022 (MSPS, 2022a).

Frente a la morbilidad atendida en el municipio durante el período 2017-2020, en los grupos de adolescencia y juventud, la principal causa de demanda de servicios fueron el embarazo, parto y puerperio (33,2% y 37,6% respectivamente), con comportamiento sostenido durante el periodo analizado. En el grupo de adultez la principal causa de atención también fue el embarazo, parto y puerperio (13,7%), con comportamiento similar a los años anteriores (Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, 2021).

## 1.2.5 CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO-PERINATAL EN LAS IPS REFERENCIADAS

Para tener un panorama de las atenciones recibidas por parte de las mujeres migrantes procedentes de Venezuela en estas dos IPS: Hospital Universitario Erasmo Meoz y ESE Imsalud, se hace la extracción de datos reportados mediante los RIPS según lo estipulado en la Circular 029 de 2017, y que está puesta a disposición en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Es importante aclarar que, como se observará más adelante, la información presenta un subregistro significativo.

### 1.2.5.1 E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

Para la población migrante venezolana, en la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se han desarrollado 1.506.315 atenciones para 47.407 pacientes únicos con un valor de \$ 89.626.431.301, lo que lleva a costo

per-cápita \$ 1.890.574 y por atención en un promedio con \$ 59.500; y con 31,77 atenciones promedio por atenciones.

Ahora bien, al analizar los CIE-10 referentes a la atención perinatal, en la información mostrada en la siguiente tabla, se encontró que los servicios con mayor costo total son: parto único asistido, sin otra especificación (O839), parto por cesárea de emergencia (O821), parto por cesárea, sin otra especificación (O829), atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa (O342) y aborto espontaneo: incompleto, sin complicación (O034).

**Tabla 4. Top 20 por costo de las atenciones en la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz Cúcuta con diagnósticos relacionados con atención perinatal (2017-2022)**

CIE-10	Costo Total	No. Atenciones	No. de personas atendidas	Costo por atención	Costo per-cápita	Atenciones per-cápita
O839	\$7.010.251.700	23.415	8.865	\$299.391	\$790.779	2,64
O821	\$5.120.863.579	8.787	3.792	\$582.777	\$1.350.439	2,32
O829	\$1.560.275.934	3.104	1.142	\$502.666	\$1.366.266	2,72
O342	\$1.067.938.600	5.999	2.282	\$178.019	\$467.984	2,63
O034	\$564.992.200	3.881	1.438	\$145.579	\$392.901	2,70
O809	\$462.892.700	1.568	832	\$295.212	\$556.361	1,88
O479	\$450.083.700	11.579	4.199	\$38.871	\$107.188	2,76
O470	\$212.803.900	4.767	1.641	\$44.641	\$129.679	2,90
O141	\$200.296.700	927	239	\$216.070	\$838.062	3,88
O471	\$196.594.500	5.123	1.926	\$38.375	\$102.074	2,66
O009	\$191.185,800	414	133	\$461.801	\$1.437.487	3,11
O364	\$135.456.900	561	166	\$241.456	\$816.005	3,38
O200	\$123.977.600	2.818	1.172	\$43.995	\$105.783	2,40
O321	\$111.885.200	447	200	\$250.302	\$559.426	2,24
O324	\$106.390.000	418	211	\$254.522	\$504.218	1,98
O021	\$83.388.700	1.122	467	\$74.321	\$178.563	2,40

CIE-10	Costo Total	No. Atenciones	No. de personas atendidas	Costo por atención	Costo per-cápita	Atenciones per-cápita
O234	\$77.734,600	1.720	485	\$45.195	\$160.278	3,55
O16X	\$64.482.400	876	317	\$73.610	\$203.415	2,76
O300	\$63.716.200	562	117	\$113.374	\$544.583	4,80
O800	\$54.560.900	222	119	\$245.770	\$458.495	1,87

**Fuente:** Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Cubo Circular 029 de 2017.

Por otro lado, los 5 servicios por los que más atenciones y personas son atendidas son: parto único asistido, sin otra especificación (O839), falso trabajo de parto sin otra especificación (O479), parto por cesárea de emergencia (O821), atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa (O342) y falso trabajo de parto antes de la 37 y más semanas completas de gestación (O471).

#### 1.2.5.2 E.S.E IMSALUD

Para la población migrante venezolana, en la E.S.E. Imsalud se han desarrollado 308.979 atenciones para 53.201 pacientes únicos con un valor de \$ 6.528.734.385, lo que lleva a costo per-cápita \$ \$122.718 y por atención en un promedio con \$ 21.130; y con 5,81 atenciones promedio por atenciones.

Ahora bien, al analizar los CIE-10 referentes a la atención perinatal en la información mostrada en la siguiente tabla se encontró que los servicios con mayor costo total son: nacido vivo, único (Z370), falso trabajo de parto sin otra especificación (O479), falso trabajo de parto antes de la 37 y más semanas completas de gestación (O471), parto único espontaneo, sin otra especificación (O809) y amenaza de aborto (O200).

**Tabla 5. Top 20 por costo de las atenciones en la E.S.E. Imsalud con diagnósticos relacionados con atención perinatal. Período 2017-2022.**

CIE-10	Costo Total	No. Atenciones	No. de personas atendidas	Costo por atención	Costo per-cápita	Atenciones per-cápita
Z370	\$91.913.937	1.231	247	\$74.666	\$372.121	4,98
O479	\$65.145.191	1.359	370	\$47.936	\$176.068	3,67
O471	\$58.700.970	1.229	391	\$47.763	\$150.130	3,14
O809	\$33.979.000	425	147	\$79.951	\$231.150	2,89
O200	\$33.237.320	848	377	\$39.195	\$88.163	2,25

CIE-10	Costo Total	No. Atenciones	No. de personas atendidas	Costo por atención	Costo per-cápita	Atenciones per-cápita
O470	\$32.717.307	895	260	\$36.556	\$125.836	3,44
Z380	\$29.173.125	1.010	154	\$28.884	\$189.436	6,56
O839	\$25.402.100	254	80	\$100.008	\$317.526	3,18
O800	\$12.700.400	180	44	\$70.558	\$288.645	4,09
O234	\$12.181.400	455	120	\$26.772	\$101.512	3,79
O623	\$11.038.200	224	78	\$49.278	\$141.515	2,87
O000	\$7.631.450	150	53	\$50.876	\$143.990	2,83
O429	\$6.357.342	151	54	\$42.102	\$117.729	2,80
Z390	\$5.325.200	93	24	\$57.260	\$221.883	3,88
O210	\$4.862.836	119	61	\$40.864	\$79.719	1,95
O233	\$4.857.394	172	34	\$28.241	\$142.865	5,06
O034	\$4.337.200	104	54	\$41.704	\$80.319	1,93
O912	\$4.323.700	79	33	\$54.730	\$131.021	2,39
Z348	\$3.825.500	627	431	\$6.101	\$8.876	1,45
O13X	\$3.795.136	134	37	\$28.322	\$102.571	3,62

Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Cubo Circular 029 de 2017.

En cuanto al número de atenciones los diagnósticos principales fueron; falso trabajo de parto sin otra especificación (O479), nacido vivo, único (Z370), falso trabajo de parto antes de la 37 y más semanas completas de gestación (O471), producto único, nacido en hospital (Z380) y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación (O470). En cuanto al número de personas atendidas se tiene que el top 5 es: supervisión de otros embarazos normales (Z348), falso trabajo de parto antes de la 37 y más semanas completas de gestación (O471), amenaza de aborto (O200), falso trabajo de parto sin otra especificación (O479) y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación (O470).

De acuerdo con la información extraída del SISPRO, las atenciones reportadas son el reflejo de la situación del acceso y de la prestación de los servicios que tienen las migrantes en condición irregular o pendular. Dichas atenciones se concentran en la atención del parto en las dos instituciones; con un mayor peso en el Hospital Erasmo Meoz, dada las complicaciones inherentes a la falta de una adecuada atención prenatal

y teniendo en cuenta que en la ESE Imsalud se atienden partos de baja complejidad. Aunque la información no da cuenta de quien es el pagador, por la información suministrada por las personas entrevistadas se sabe que, por ejemplo, el Hospital Erasmo Meoz le factura directamente al Instituto Departamental de Salud ya que actualmente no tiene ningún convenio de cooperación internacional. Por otra parte, la ESE Imsalud le factura a la Secretaría de Salud municipal y a los cooperantes con los que tenga convenio.

Ahora bien, la información reportada al RIPS solo da cuenta de la atención de urgencias, y es lo que se ve reflejado en la información relacionada con el reporte de atención a población migrante, con la dificultad que esto conlleva:

*“Cuando uno mira los RIPS, entonces obviamente uno dice ¿qué me da RIPS? Lo que la norma autoriza, urgencias. Entonces no me está dando nada en realidad. Me está mostrando es simplemente una demanda inducida por situaciones de urgencias que se presentaron y que tuvieron que ir a consultar” [ASNS-03].*

## 1.2.6 CONSIDERACIONES FINALES

Si bien en el municipio de Cúcuta hay una oferta de servicios relacionados con la atención materno perinatal para migrantes irregulares, en parte, gracias a la disposición de recursos por parte de agencias y organizaciones de cooperación internacional; esta aún es insuficiente para atender la demanda creciente de estos servicios. Por otra parte, con la prestación de los servicios de salud materno perinatal por parte de los cooperantes y de las organizaciones, también persisten las dificultades con la implementación de las rutas, particularmente con la implementación de la Resolución 3280/2018, ya que no prestan los servicios como una IPS regular. Por lo tanto, no tienen toda la ruta, o no cumplen, por ejemplo, con todos los controles prenatales que deberían cumplir. También por la misma naturaleza de la atención que ofrecen, de carácter humanitario, muchas de estas organizaciones no reportan a los sistemas de información, lo que dificulta el seguimiento a eventos de interés en salud pública.

Entonces la Secretaría de Salud municipal hizo una articulación con las agencias o con los cooperantes para que se convirtieran en Unidades Primarias Generadoras de Datos. Eso ha permitido fortalecer la vigilancia en salud pública:

*“pues se tiene una mayor aproximación a la realidad, sin desconocer que hay gente que no consulta a nuestras IPS pero todo lo que atiende las IPS o las agencias que existen en el municipio están caracterizadas y notificando al sistema de vigilancia, que ese es un gran avance que nos permitió pues también mirar cómo es el comportamiento de cada uno de estos eventos” [ASC-01]*

Lo anterior se complementa con el Observatorio de la Secretaría de Salud, que es una herramienta que fortalece los procesos de gestión de información y del conocimiento. Cuentan con un ASIS específico para población migrante (ASIS-Migrantes), tienen dispuesto un directorio con la red de cooperantes debidamente actualizado y que contiene la información con los servicios que ofrece cada cooperante<sup>1</sup>.

Dentro de los resultados de la implementación de la ruta de atención materno perinatal se resalta el apoyo de los cooperantes y de las diferentes organizaciones, lo que ha permitido el fortalecimiento de

---

<sup>1</sup> La información del Observatorio de la Secretaría de Salud se encuentra en el siguiente enlace:  
<https://sites.google.com/view/observatoriosaludcucuta/inicio?athuser=0>

capacidades en diferentes niveles: en la capacidad instalada para la atención, en la prestación directa de los servicios y en el fortalecimiento del talento humano. Esto último ha permitido, por ejemplo, contar con un talento humano altamente capacitado, lo que ha permitido además robustecer los procesos de vigilancia en salud pública y de la vigilancia en zona de frontera, así como el trabajo de Sanidad Portuaria del Instituto Departamental de Salud.

Para finalizar, a pesar de todos los esfuerzos que han hecho las autoridades sanitarias, una preocupación actual es que Cúcuta en la actualidad no tiene capacidad instalada suficiente para atender los 790.000 nacionales cucuteños, y en ese escenario se está proyectando un aumento de la demanda a 200.000 teniendo en cuenta la población regularizada y vinculada al SGSSS; eso sin tener en cuenta la población migrante irregular o pendular que va a seguir demandando servicios:

*“si nosotros hoy no tenemos suficientes camas para atender los 700.000, ahora en menos de un año, pues si no crece en capacidad instalada la ciudad, pues no vamos a tener para atender los 900.000 y el sistema va a continuar colapsado. La oportunidad de la asignación de citas solamente para los que estamos asegurados va a ser peor porque son 200.000 personas más buscando citas. Entonces si hoy en día, con 700.000 no somos capaces, ahora con 200.000 más, o sea, 900.000 con las mismas IPS y con el mismo número de consultorios, pues no vamos a dar [abasto]. Y en algunas especialidades incluso mucho más porque tenemos poca oferta” [ASC-01]*

### I.3 SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

De acuerdo con los datos disponibles en el documento de análisis del fenómeno migratorio en Bogotá, para el año 2020, en la ciudad se ubicaba el 20% de migrantes venezolanos, alcanzando una cifra de 347.178 personas. (SDS 2020). Por su parte, según los datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud con corte a julio de 2022, de un total de 240.911 migrantes con PPT en la ciudad de Bogotá, D.C, 141.204 (58,61%) se encuentran afiliados al SGSSS (MSPS, 2022). De igual forma, para el año 2020, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) reporta que la mayor concentración de población extranjera afiliada al Régimen Subsidiado se al SGSS encuentra en las localidades de Kennedy, Suba, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar, también se observa un alto número de afiliados sin registro de localidad de residencia, hecho que puede relacionarse con la alta movilidad de esta población entre las localidades del Distrito (SDS, 2021). De igual forma, durante el período comprendido entre el 1 marzo de 2017 y el 30 de abril de 2022 se han atendido un total de 426.548 personas procedentes de Venezuela, siendo en su mayoría mujeres, con un total de 289.200 (67,8%) de las atenciones. El número total de atenciones durante el período fue de 3.501.646 (MSPS, 2022).

#### I.3.1 SITUACIÓN INICIAL

De acuerdo con la información suministrada por los entrevistados, en Bogotá hubo un aumento del fenómeno migratorio en los años 2018-2019, con consecuencias sobre el aumento de la demanda de servicios de salud y el impacto sobre los indicadores de salud pública. Con la crisis humanitaria, varias agencias de cooperación internacional y ONG pusieron a disposición recursos destinados a la atención de la población migrante.

### **1.3.1.1 PERSPECTIVA DE LA AUTORIDAD SANITARIA DISTRITAL**

Desde la autoridad sanitaria hay una preocupación por generar una respuesta coordinada frente al creciente flujo de población migrante. Asimismo, está la preocupación por el comportamiento de los indicadores relacionados con la salud materno perinatal:

*“No obstante, pues la migración tan avanzada en niños, niñas, mujeres en estado de gestación, hicieron que nuestros indicadores de salud pública se viesen un poco disparados y con la entrada de la pandemia, pues obviamente esto se pudo haber exacerbado” [ASB-04]*

Para la organización de la respuesta de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se organizó la Mesa de Flujos Migratorios Mixtos para organizar la atención y la ayuda en el territorio. A su vez, se hizo un ejercicio de identificación de necesidades para la financiación de proyectos de cooperación internacional para la atención de la población migrante:

*“Ahí salió este como tema y cuando han llegado organizaciones internacionales con intereses de apoyar el tema de migrantes, pues se les va a direccionar las áreas que manifestaron ese interés. Pero también debido al volumen y a la necesidad de darle respuesta a esta población, surgió al interior de la Secretaría una mesa de trabajo para la atención de flujos migratorios mixtos. Y en esa mesa hay una específica que articula a todos los actores o entidades internacionales y ONG que tienen algún tipo de relación con la atención a la población migrante” [ASB-01]*

Con la emergencia sanitaria decretada para la atención de la pandemia por COVID-19, y con el propósito de atender las prioridades en salud pública, la SDS formuló el *Plan Rescate de la Salud*. Este plan contempla la atención en cinco áreas prioritarias: 1) *atención materno infantil*, 2) *condiciones crónicas*, 3) *salud sexual y reproductiva*, 4) *salud mental* y 5) *nutrición*. En ese sentido, el trabajo que desde la entidad se viene desarrollando con la cooperación internacional está enfocado en estas cinco áreas:

*“[...] y desde allí se dijo bueno, aquí vamos a avanzar en dos puntos: uno, en mejorar la articulación con los otros sectores que puedan apuntarle a estas prioridades, pero también la cooperación y organizar la ayuda en el territorio. Entonces esos son como los temas y así es como lo hemos venido haciendo. Este Plan Rescate fue hasta diciembre del año pasado y las bases del Plan Rescate están conformando ahora, pues es la formulación de la política de recuperación por la salud de Bogotá, que tiene un componente de enfoque diferencial y poblacional en donde está la respuesta a la población migrante y las necesidades en estas prioridades de salud” [ASB-02]*

### **1.3.1.2 PERSPECTIVA DEL COOPERANTE**

El cooperante entrevistado informa que comenzó a trabajar en un proyecto con población migrante en el año 2018. Si bien esta organización ya estaba trabajando en el país en el marco del conflicto armado con población rural y con un enfoque de salud comunitaria, cuando empezó el fenómeno migratorio tuvieron que adaptar la respuesta aprovechando la capacidad instalada que ya tenían de base:

*“Lo digo esto porque también en la respuesta a los flujos migratorios, un poco más tarde, quizá a inicios de 2019 hubo una llegada masiva de nuevos actores que no estaban antes en Colombia y quizá que muchos llegaron con una oferta humanitaria descontextualizada, con modelos un poco estándares de cómo se responde a la migración o a los refugiados en el norte de África, en Medio Oriente o en Mesoamérica. De hecho, si hago un poco de memoria, al principio había quienes proponían formar*

*campos de refugiados en la zona de frontera en Cúcuta, Guajira, Norte de Santander. De hecho, hay uno, hay uno en La Guajira, en Maicao y hay otro en Arauca que duró muy poquito” [CB-01]*

Dentro del contexto es importante señalar que, para esta organización, más que una crisis migratoria, es una crisis de acogida, generada por decisiones políticas, sanciones económicas y restricciones contra un país y que terminan desatando una crisis humanitaria:

*“Esta es una crisis política por encima de todo, eminentemente política. Nosotros rechazamos el concepto que se usó mucho de crisis migratoria. Nosotros hablamos de crisis de acogida. Es un concepto que trabajamos también en Europa, pero lo que ha sido aquí muy visible es que la vulnerabilidad de esos migrantes en parte se generó por decisiones políticas del Grupo de Lima, como suspender a Venezuela del Mercosur. De lo contrario, esa migración podría haber sido absorbido de forma mucho más normal y la integración económica hubiera sido menos traumática y el acceso a los servicios básicos” [CB-01]*

Por otra parte, sumado a la crisis humanitaria, también tuvieron en cuenta para fortalecer la atención materno infantil fue el aumento de la mortalidad materna y:

*“[...] a partir del 2018 empieza una elevación de la tasa de mortalidad materna en Colombia y al analizarlo con un mayor detalle se identifica de que el número de incremento de mortalidad materna se debe fundamentalmente a población migrantes irregulares y mujeres venezolanas irregulares, no exclusivamente pero principalmente. Entonces esto también nos llamó la atención porque la presencia de la mortalidad materna no estaba solamente establecida a nivel de la región rural o periférica, sino también en ciudades relativamente centrales y municipios relativamente centrales como por ejemplo Soacha, que, si bien no pertenece al distrito de Bogotá, pero sí corresponde a Cundinamarca que es el departamento que está abrazando a Bogotá y es relativamente céntrico, relativamente urbano” [CB-01]*

En la siguiente tabla se presenta el comportamiento de los indicadores de salud materna en mujeres de nacionalidad venezolana que residen en Bogotá, D.C.

**Tabla 6. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Bogotá. Período 2020-2021**

Indicador	2020	2021 p
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	24,67	67,92
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	69,57	N.D.
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	39,56	N.D.
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	115	122
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	34,53	38,92

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Los datos de 2021 son preliminares.

De acuerdo con los datos reportados en el Observatorio Nacional de Migración y Salud, al revisar el comportamiento según vinculación al SGSSS, estos eventos se concentran en las gestantes no afiliadas, coincidiendo con el comportamiento presentado en el país, como se puede observar en la siguiente tabla.

**Tabla 7. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Bogotá. Desagregados por tipo de vinculación al SGSSS, año 2020.**

Indicador	RC*	RS**	NA** *
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	28,57%	-	71,43%
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	14,15%	9,99%	75,86%
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	2,51%	6,07%	91,42%
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	9,42%	11,2%	79,39%
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	15,43%	12,98%	71,59%

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). \*RC: Régimen Contributivo, \*\*RS: Régimen Subsidiado, \*\*\*NA: No Afiliado.

De igual manera, dentro de las situaciones con impacto en la salud pública que la Secretaría Distrital de Salud ha podido identificar en la población migrante venezolana se encuentran: 1) *dificultades de acceso efectivo al sistema de salud*, 2) *xenofobia y temor para asistir a las instituciones*, 3) *alteraciones en salud mental*, 4) *violencia intrafamiliar y de género*, 5) *Condiciones Crónicas No Transmisibles – no continuidad de tratamientos*, 6) *inseguridad alimentaria en menores de cinco años*, 7) *morbilidad y mortalidad en mujeres gestantes*, 8) *morbilidad y mortalidad en menores de cinco años*, 9) *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*, 10) *reaparición de enfermedades transmisibles prevenibles con vacunas como difteria y sarampión*, 11) *consumo de sustancias psicoactivas* y, 12) *COVID-19* (SDS, 2021).

Frente a las necesidades insatisfechas en salud de la población migrante venezolana en la ciudad de Bogotá, el estudio de Profamilia y OFDA-USAID identificó que el acceso a servicios de atención primaria en salud y exámenes de diagnóstico, la atención a enfermedades crónicas y de alto costo y la atención de controles prenatales y controles post parto, son las necesidades más urgentes de atender (Profamilia & OFDA-USAID, 2020).

Tal y como lo ha evidenciado la Secretaría Distrital de Salud, la condición de vulnerabilidad de la población migrante venezolana, así como el estatus de irregularidad de la población extranjera “se reflejan en las dificultades de acceso a los servicios de salud diferentes a urgencias, lo que repercute en las condiciones

de salubridad complejas con las cuales este grupo poblacional ingresa a las IPS públicas y privadas que hacen parte de la red del Distrito” (SDS, 2020).

### 1.3.2 LA INTENCIONALIDAD Y EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

En el caso de la ciudad de Bogotá, D.C., el proceso de intervención por medio de los paquetes de atención materno perinatal también tiene el propósito de ampliar el espectro de la atención al que actualmente tienen acceso las mujeres migrantes, y que en todo caso está muy restringido a la atención del parto a través de la atención inicial de urgencias. En el Distrito Capital también persiste el reto de garantizar el continuo de la atención materno perinatal. En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con la Cancillería definió un paquete de intervenciones orientado a atender las prioridades en materia de SSR. Dentro de las ciudades que incluyó para la implementación está Bogotá, D.C. Para la ejecución de este paquete la IPS seleccionada fue la ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, que cuenta con todos los niveles de prestación del servicio de salud organizados como una red de prestadores.

#### 1.3.2.1 PERSPECTIVA DE LA AUTORIDAD SANITARIA DISTRITAL

Para el caso de Bogotá, DC., el direccionamiento estratégico para la implementación de los paquetes de atención materno perinatal se lleva a cabo desde la Secretaría Distrital de Salud. El trabajo táctico y operativo está a cargo de la red hospitalaria pública organizada en cuatro (4) subredes integradas de servicios de salud. Desde la Mesa de Flujos Migratorios Mixtos de la SDS se hace todo este direccionamiento:

*“Quienes están allí son las personas de las dependencias internas de la Secretaría de Salud. Entonces está prestación de servicios, está aseguramiento, está participación ciudadana, esta gobernanza, estamos desde salud pública, epidemiología, entonces primero es analizando, caracterizando, determinando la situación, cuáles son las cosas que tenemos que hacer cuando presentamos alguna barrera en el tema de que cualquier persona requiere un servicio pero no tiene aseguramiento, pues el encargado o el referente se encarga de si no tiene identificación a través de las alianzas que tenemos con la respuesta que está haciendo la Alcaldía [Mayor]” [ASB-02]*

Para la organización de la respuesta a los migrantes irregulares, cuentan con otro espacio que es la Mesa Territorial. En esta mesa están todos los cooperantes:

*“[...] allí nos unimos con el GIFMM y entonces tenemos mapeado cuál es la respuesta, en dónde está la respuesta por zonas, ya sea la zona norte, la zona sur, centro oriente, suroccidente y qué servicios y qué cooperantes se encuentra en el territorio. Entonces, esa es una gran estrategia y alianza para esos espacios en donde no tenemos hoy posibilidad de atención” [ASB-02]*

En caso de requerir financiamiento específico a proyectos relacionados con salud materno perinatal hay una instancia dentro de la SDS encargada de dar la asistencia técnica para la formulación de proyectos con recursos de cooperación internacional, que es el Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS). Las necesidades de financiamiento se hacen desde los espacios de gestión y de articulación específicos:

*“Hay una mesa adicional a la que te comenté ahorita que se llama la Mesa Materno Perinatal en donde en conjunto con las subredes, vigilancia, la mesa [de flujos migratorios] y subredes desarrollaron un proyecto de atención a mujeres gestantes y en riesgo de transmisión congénita de sífilis para que GIZ pudiera financiar unos*

equipos diagnósticos y de atención para la atención en las subredes de esta población. Entonces ahí, por ejemplo, hubo la articulación entre varias dependencias y la mesa para la formulación de un proyecto con GIZ, que es un caso muy concreto que te puedo dar” [ASB-04]

Además, la Secretaría Distrital de Salud tiene un modelo de atención en salud que se llama *Salud a Mi Barrio-Salud a Mi Vereda* que cuenta con diferentes componentes: 1) atención en los entornos de vida cotidiana, 2) políticas y participación social y 3) prestación de servicios. Cada una de las veinte localidades del Distrito Capital cuenta con un coordinador local, que dentro de sus funciones se encuentra la atención diferencial a poblaciones. A partir de allí hay todo un esquema de coordinación de la respuesta territorial:

“[...] voy a poner un ejemplo, en la zona norte que tiene diferentes localidades, el coordinador local de Chapinero establece planes de cuidado a la población que allí vive y tiene mapeado cuáles son los servicios. Entonces, si nosotros [identificamos que] se necesita que haya la atención para una familia independiente de cómo haya accedido, como hay entrado al sistema de salud, entonces pues se encuentra dentro de los planes locales, el coordinador local hace la articulación con la organización que se encuentra en el territorio, también a través de las subredes y así se genera o se presta el servicio” [ASB-02]

La respuesta en salud materno perinatal la tienen organizada a través de la ruta de atención materno-perinatal, que para el caso de las gestantes migrantes opera de la siguiente forma:

“O sea, ¿cómo se hace el primer contacto?, ¿desde donde se genera? Yo voy a poner un ejemplo, se puede beneficiar una materna porque se haya hecho una demanda inducida a través de la articulación con las organizaciones de base. Puede ser también por nuestros equipos, con coordinadores locales en las diferentes localidades, porque los equipos de atención en casa detectaron a una gestante que está fuera del programa de control prenatal, la derivan a la subred, la subred la incluye en el programa y tiene el servicio del paquete. Así es que se viene haciendo. Cuando ya ingresa, ingresa a toda la ruta materno perinatal, pero ya es el cooperante con la subred, la que se encarga del resto de las cosas” [ASB-02]

Como la mayoría de los servicios que se demandan a través de las subredes integradas son servicios de salud sexual y reproductiva o atención materna, la Secretaría Distrital de Salud también ha emitido circulares para ordenar la atención de las gestantes migrantes irregulares a través del servicio de urgencias:

“[...] el señor Secretario [de Salud] ha dado la orden de que cualquier materna que requiera cualquier atención, entonces lo que estamos haciendo es atendiéndola por urgencia y en la urgencia se le presta todo el servicio que sea necesario, estoy hablando de migrantes irregulares ¿sí? para poder garantizar... o sea, para no perder la oportunidad, entonces es propiciar esa oportunidad perdida y allí se le hace la ecografía, se le toma VIH, se le toma la prueba de sífilis y si es necesario se le aplica la penicilina... o sea, todo, absolutamente todo urgenciándolo... o sea, no es el deber ser ¿sí? pero eso es lo que lo que hemos dispuesto para poder garantizar la atención a la población migrante irregular” [ASB-02]

Frente a la oferta de paquetes de atención materno perinatal por parte de la cooperación, esta es muy variada:

“Cada uno [de los paquetes] es muy variado ¿sí? y es muy variado ¿en qué sentido?, por qué algunos sí ofrecen diferentes paquetes de atención materna para migrantes irregulares. Pero también a través de las diferentes subredes ofrecen un kit para la gestación. También ofrecen el método de la regulación de la fertilidad después del parto. Entonces es como muy variado, o sea cada cooperante lo hace de manera

*diferente, pero en la mayoría lo hacen por diferentes paquetes y contratan los diferentes paquetes con nuestras subredes. Entonces lo hacen por topes. La cooperación con el convenio va a durar de tal fecha a tal fecha e incluye atención materna para migrantes irregulares, atención del parto aproximadamente, no sé, 800 atenciones. Así es como lo vienen haciendo” [ASB-02]*

Igualmente, es importante señalar que a través de la Circular 028 de 2019, la SDS emitió unos lineamientos para la cooperación relacionados con la atención a población migrante venezolana en el sector salud. Además, solicita orientar la Atención Integral en Salud a la población migrante venezolana en servicios diferentes a los de urgencias, como son: Consulta Integral Ambulatoria: Materno Perinatal, Salud Sexual y Reproductiva, Infecciones de Transmisión Sexual, Salud Mental, Enfermedades Crónicas (Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), así como el tratamiento al paciente de alto costo. También solicita que se priorice la ayuda en salud de los cooperantes o países donantes a los grupos poblacionales de mujeres en estado de gestación, primera infancia, persona mayor, población en condición de vulnerabilidad y personas en actividades sexuales pagadas.

### **I.3.3 PERSPECTIVA DEL PRESTADOR**

De acuerdo con la información suministrada por los entrevistados, la prestación de los servicios de salud para población migrante irregular se realiza en las cuatro subredes integradas de servicios de salud del Distrito Capital, más la oferta propia de los cooperantes y las organizaciones. Para este caso se escogió la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, por ser una de las IPS con las que el MSPS hizo el ejercicio inicial de implementación de paquetes.

#### **I.3.3.1 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E**

Esta institución cuenta con una oferta de servicios en los diferentes niveles de complejidad, lo que permite tener una atención integral desde una misma IPS. El área de influencia de esta subred está conformada por las seis localidades del norte de la ciudad: Chapinero, Teusaquillo, Barrios Unidos, Engativá, Suba y Usaquén. El esquema de atención para las gestantes migrantes irregulares se da a partir del modelo *Salud a Mi Barrio*, que cuenta con una estrategia territorial con equipos de atención en casa, incluyendo médicos:

*“Entonces él [médico] hace la atención e inmediatamente lo que genera es una demanda inducida al punto más cercano. Pero allí tenemos pues, la primera barrera, porque pues no podemos hacer toda la atención. Lo que hacemos es mantener a la gestante controlada a través de seguimientos telefónicos, pero también en caso de su necesidad, pues lo que hacemos es generarle la urgencia y ubicarla desde allí para lograr conseguirle el aseguramiento. Digamos que el territorio hace como puerta de entrada, la identificación, le genera la primera atención, pero de allí ya tenemos barreras de acceso por el tema del aseguramiento” [PB-01]*

Desde la línea de políticas de *Salud a Mi Barrio* se hace la identificación de los puntos donde se concentra la población migrante y desde allí generar la articulación con los cooperantes y las organizaciones para dar respuesta a las necesidades identificadas en esta población.

Para el caso particular de las gestantes, la ESE cuenta con diferentes puertas de entrada. Una puede ser el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), a través de los entornos y desde allí se hace una canalización hacia la ruta y se direcciona:

*“[...] si no está regularizada, a una urgencia. En esa urgencia le garantizamos un paquete, el cual es: los tres laboratorios VIH, sífilis y hepatitis, una ecografía y dependiendo de su edad gestacional, algunos laboratorios específicos para tal, las incluimos en una base de datos y les hacemos seguimiento mensual para que puedan venir a hacer un seguimiento de urgencia” [PB-01]*

Las gestantes pueden acceder al curso de preparación de la maternidad, al curso de lactancia y a los seguimientos telefónicos. Si se detecta alguna alteración, un equipo de ginecólogo y enfermera jefe hace el seguimiento telefónico de esas gestantes y las remite a los puntos de urgencia para la atención. En el caso de que tenga alguna morbilidad materna extrema o un diagnóstico de sífilis gestacional y congénita, les hacen el seguimiento tanto a las gestantes como a sus parejas para que terminen su tratamiento. Con el recién nacido, asignan las citas para la trazabilidad de ese bebé:

*“Como esos chiquitines nacidos de migrantes son colombianos, pues nosotros tenemos de una vez el puente para darle las citas del recién nacido y las citas de la trazabilidad del chiquitín. ¿Qué dificultades hemos tenido? Pues muchos de esos niños, ellas no los registran pese a las llamadas, los seguimientos y demás, y eso pues nos dificulta el aseguramiento a estos niños que bien lo tienen por haber nacido en Colombia” [PB-01]*

Para poder complementar la respuesta, la subred actualmente está implementando un proyecto de atención a gestantes migrantes por medio de un paquete de atención financiado con recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Local (FDL) de la Alcaldía Local de Chapinero<sup>2</sup>:

*“[...] ellos nos dieron unos recursos para hacer un control prenatal entre comillas para las gestantes migrantes que tengamos en la localidad. Entonces a ellas pues si ya les hacemos atención médica, se le toman laboratorios, se le genera su ecografía, o sea, ese si es un paquete que se hace a esta población migrante, pero su cobertura es muy pequeña, son 50 señoras que alcanzamos a tener cobertura” [PB-01]*

Las tarifas que manejan son las establecidas por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS).

Actualmente no tienen contrato de paquetes financiados con recursos de cooperación internacional. Sin embargo, la persona entrevistada informa que hace dos años tuvieron un contrato con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), por medio del cual hacían los seguimientos y la trazabilidad de la atención. En el marco de este contrato se diseñaron unas piezas comunicativas dirigidas a mujeres migrantes con información de los servicios de la subred a los cuales podían ellas acceder. Una estrategia que les funcionó fue la de poner estas piezas en las droguerías para poder hacer la captación temprana:

*“para traerlas a nuestras migrantes, para que vinieran a nuestros servicios y las pegábamos en las droguerías, que es donde compran la prueba rápida. Entonces es cogerlas desde la prueba rápida y le teníamos... tenemos una línea, no encuentro la pieza para mostrársela, la cual dice ...hable con nosotros, no importa que asegurador sean, los asesoramos en vasectomía, planificación, sexualidad e ingreso a control prenatal.... Y ¿entonces donde ellas compran las pruebas? pues...nosotros hacemos seguimiento a las urgencias, a las positivas y a las negativas de embarazo, pero en realidad ellas van a las droguerías.*

---

<sup>2</sup> Toda la información de este proyecto se encuentra en el siguiente enlace: <http://chapinero.gov.co/noticias/migrantes-irregulares-reciben-atencion-integral-salud-traves-chapinero-te-cuida>

*Entonces en las droguerías tenemos nuestra piecita, ellas nos llaman y nosotras las citamos con nuestra jefe y las asesoramos. Eso fue pues un éxito” [PB-01]*

Como complemento cuentan con cursos virtuales y cursos presenciales a cargo de los profesionales que intervienen en la ruta materno perinatal, para mejorar la adherencia de las gestantes.

Con la población que ya está regularizada, hay otra línea que es la de participación, desde la cual se está trabajando para promover el aseguramiento para ellos, entonces se agiliza este proceso para poder hacer el ingreso y generalmente Capital Salud que es la EAPB del Distrito asume esta población.

### **1.3.3.2 PERSPECTIVA DEL COOPERANTE**

La oferta de servicios de salud materno perinatales se ha dispuesto a partir de la demanda observada a lo largo del trabajo que ellos han venido realizando en el país:

*“hemos ido observando que aproximadamente el 10 por ciento de las consultas se correspondían a mujeres gestantes. Entonces eso nos permitió en estos tres o cuatro años recorrido ir perfilando o estimando cuántas gestantes podíamos absorber de acuerdo con los recursos y las metas que tenemos en los proyectos. Entonces nosotros más o menos sabemos que si queremos tener un proyecto con 15 mil beneficiarios únicos y ofrecer consulta de medicina general, acceso a atención especializada, a salud mental, más o menos sabemos que 1.500 van a ser mujeres gestantes” [CB-01].*

Si bien, esta organización no tenía dentro de sus metas la atención a gestantes, ya que la Resolución 3280/2018 definía que el Estado iba a garantizar las urgencias, la atención a gestante y a menores de 5 años, consideran que esto no resolvió de fondo el tema de la atención a las gestantes migrantes. Como es una organización que tiene dentro de su misionalidad el enfoque de derechos, por esta razón asumieron dicha atención como una forma de garantizar dicho enfoque:

*“en 2018 con la gestante, la idea era captar y remitir, no atender nosotros. Pero al final lo acabamos haciendo por las barreras que se fueron encontrando, sobre todo en el primer nivel de atención en los hospitales. Y entonces lo que también incorporamos ya a partir de 2019 fue un socio local, que es una organización que se llama Salud al Derecho y que ellos son especialistas en leyes y en la administración del Sistema General de la Seguridad Social. Y entonces lo que hemos intentado muchas veces es no duplicar, sino darnos la pelea legal y ellos se han ocupado de afiliar gente al sistema de salud, de poner tutelas, de poner derecho de petición e inclusive lo que fue muy interesante, de acompañar las personas hasta el punto de atención, porque muchas veces lo que hemos encontrado es que la barrera no es el médico, no hay un criterio clínico, sino que el administrativo y a veces tristemente hasta el señor de seguridad de la puerta” [CB-01]*

Otra dificultad que han encontrado es que los programas que se ofrecen son verticales, fragmentados y dirigidos a grupos poblacionales específicos. Esto con el tiempo ha generado bolsas de exclusión, sobre todo, en determinados grupos poblacionales o grupos de pacientes. Entonces, ellos han tratado de establecer proyectos con un enfoque orientado a la Atención Primaria en Salud, y a partir de allí ofrecen los servicios de medicina general, SSR y, salud mental. En ese proceso han encontrado que una de las necesidades insatisfechas en SSR es la planificación familiar:

*“Porque sí que luego hemos encontrado muchísima oferta de servicios orientada a mujeres gestantes a tal punto, por ejemplo, aquí en Bogotá o en Soacha, en un momento nosotros llegamos a decidir internamente...mira, no nos peleemos más por las gestantes, si vienen a nuestros servicios, perfecto. Y si no, nos dedicamos a la planificación*

familiar, a los pacientes crónicos, toda esa población desatendida. Eso porque en determinado momento, sobre todo pienso, por ejemplo, en Soacha había ya cuatro o cinco organizaciones OIM, Acción Contra el Hambre y entonces todo el mundo peleando ahí un poco por los censos de gestantes. Estas cosas pasan también porque todo el mundo hace su trabajo y entonces nosotros lo que fue allí un poco una oportunidad fue ofrecer planificación familiar, sea anticoncepción, sea IVE, sea capacitación. Lo que pasa es que yo creo que el hecho de ofrecer un paquete un poco más amplio de servicio y que nosotros por ahí viene la familia, atendemos al hombre, los hijos. Si alguien necesita acceder al estatuto, sacar el permiso, está el asesor. Entonces al final yo creo que esa oferta amplia generó demanda y entonces las gestantes siguieron viniendo y nosotros siempre hemos tenido muchas gestantes sin poner específicamente el foco en ese grupo" [CB-01]

Para la prestación de los servicios, han optado por trabajar en puntos fijos mediante convenios con prestadores. Para estos convenios, la tarifa base para hacer la negociación con el prestador es la establecida en el Manual Tarifario-SOAT. En Bogotá, tienen dispuestos dos puntos fijos de atención:

*"[...] entonces trabajamos en un punto fijo en Tunjuelito, otro punto fijo en Los Mártires, esto es en Bogotá y, en Bogotá hemos optado por trabajar con una IPS privada. Nos fue muy difícil trabajar con las sub-redes y en cambio con la IPS privada encontramos una total apertura. De hecho, el de Tunjuelito es muy interesante porque acabamos convirtiéndolo, le hemos llamado un Centro de Atención en Salud al Migrante con el cartel y todo y se creó un vínculo muy interesante con la IPS que ellos acabaron manejando los censos, convocando a la gente, llamando a los pacientes. Estábamos en la pandemia, así que sí o sí había que hacerlo con listas, no con demanda espontánea. Eso fue interesante. Un aprendizaje" [CB-01]*

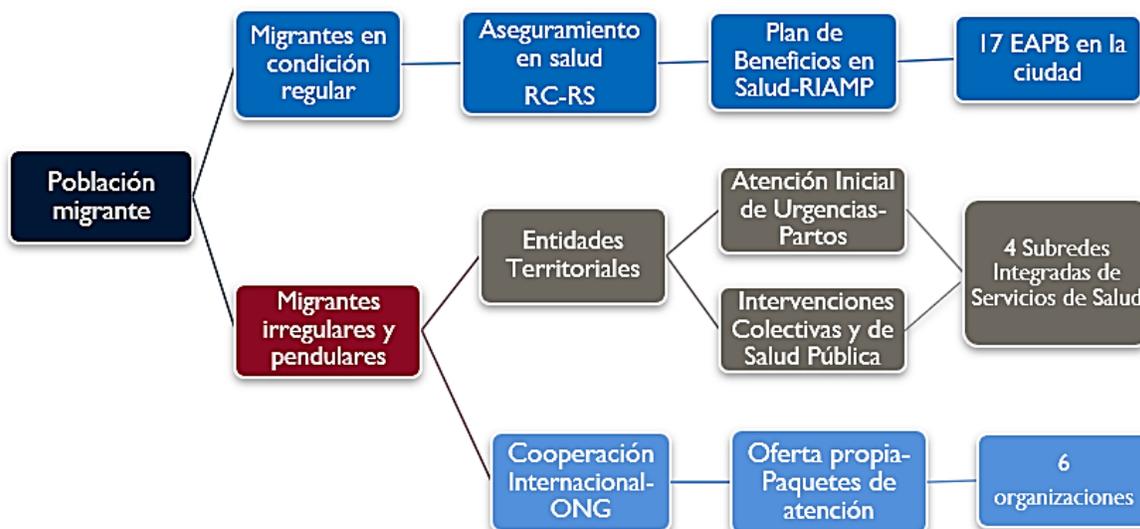
Dentro del convenio establecido con el prestador, queda establecido que la organización pone los equipos de atención propios. También cuentan con un proceso de auditoría propio en el que se valida la pertinencia de la atención prestada y de los exámenes y medicamentos prescritos para, de igual forma, validar la facturación realizada por la IPS. Además, todos los proyectos tienen dispuestas unas bolsas para cubrir referencia de remisiones, tratando, en la medida de lo posible, solucionar casos de alta complejidad de pacientes que requieren tratamiento de alto costo o cirugías:

*"Ahora, lo que también nosotros hemos incluido en este servicio y que en esos acuerdos nosotros ponemos equipos, nuestros equipos de [nombre de la organización], compuesto por médico profesional de Medicina, Enfermería, Psicología y Farmacia, porque hacemos la entrega gratuita de medicamentos en las infraestructuras de la propia ESE o de la propia IPS. El acuerdo establece que ellos nos dan los consultorios, nos dan un espacio, nos dan el apoyo administrativo y nosotros hacemos con nuestro equipo y nuestros medios la consulta y lo que contratamos con ellos es ya todo lo que sea diagnóstico, sea imagenología, laboratorio, atenciones complementarias e inclusive, bueno... hemos aprobado cirugía y tratamientos de alto costo y todo eso" [CB-01]*

Por la forma de trabajo de esta organización, en la que ponen a disposición sus equipos de salud en el punto de atención, no les fue posible trabajar con las subredes de la SDS, puesto que a estas no les interesó este esquema de trabajo.

En la siguiente figura se muestra la ruta para el acceso a los servicios de salud, según la oferta disponible en la ciudad de Bogotá. Cabe anotar que las cuatro (4) subredes integradas de servicios de salud organizan toda la oferta de las IPS públicas a cargo del Distrito Capital en los diferentes niveles de atención.

**Figura 2. Ruta de acceso a salud de la población migrante venezolana en la ciudad de Bogotá, D.C.**



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, en la ciudad hay seis (6) organizaciones que ofrecen servicios de promoción de la salud materna y la salud perinatal y, de promoción de la salud sexual y reproductiva; según la información disponible en el sistema de información del Clúster Salud.

### 1.3.4 SITUACIÓN ACTUAL

En la siguiente tabla se presenta la distribución de atenciones en salud en personas procedentes de Venezuela según IPS en la ciudad de Bogotá, D.C. para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021 (MSPS, 2022a).

**Tabla 8. Total de población migrante procedente de Venezuela atendida según IPS en la ciudad de Bogotá. Período 2017-2021.**

IPS	Total	%
Unidad de Servicios de Salud Santa Clara	634.585	26,6
Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy	600.897	25,2
Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar	354.653	14,9
Unidad de Servicios de Salud Meissen	291.537	12,2
Unidad de Servicios de Salud El Tunal	163.463	6,9
Idime S.A Sede Lago	140.060	5,9
Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializado	103.496	4,3

IPS	Total	%
Unidad de Servicios de Salud Engativá Calle 80	94.687	4,0
<b>Total Atenciones</b>	<b>2.383.378</b>	<b>100</b>

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Informe: *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a)

La prestación se concentra en IPS de segundo y tercer nivel de atención. Las Unidades de Servicios de Salud Santa Clara, Occidente de Kennedy y Simón Bolívar están dentro de las seis primeras entidades a nivel nacional en número de atenciones prestadas a población migrante. Estas IPS concentran el 10,5% del total de las atenciones en salud a población migrante que se reportaron en el país (n=15.153.674) durante el período 2017-2022. Asimismo, este informe señala que, durante este mismo período de tiempo, en la ciudad fueron atendidas un total de 62.276 gestantes procedentes de Venezuela. Asimismo, tres de las Unidades de Servicios de Salud pertenecientes a la subred norte se encuentran dentro de ese listado: La Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar, La Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializado y la Unidad de Servicios de Salud Engativá Calle 80; concentrando el 23,2% del total de atenciones prestadas en el Distrito Capital (MSPS, 2022a).

#### Recuadro I. Primeras 20 causas de atenciones a población identificada como venezolana en Consulta, Urgencias y Hospitalización. 2017 a 2020. Bogotá D.C

No.	Nombre del Diagnóstico Principal	Total Atenciones 2017 a 2020
1	Parto Unico Espontaneo; Presentacion Cefalica De Vertice	9.179
2	Infeccion De Vías Urinarias; Sitio No Especificado	8.057
3	Contracciones Primarias Inadecuadas	7.899
4	Falso Trabajo De Parto; Sin Otra Especificacion	7.366
5	Infeccion No Especificada De Las Vías Urinarias En El Embarazo	6.033
6	Complicacion Relacionada Con El Embarazo; No Especificada	5.971
7	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Comun]	5.727
8	Bronquiolitis Aguda; No Especificada	4.529
9	Atencion Materna Por Isoinmunizacion Rhesus	4.522
10	Falso Trabajo De Parto Antes De Las 37 Semanas Completas De Gestacion	4.411
11	Amenaza De Aborto	4.354
12	Parto Por Cesarea; Sin Otra Especificacion	3.750
13	Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana [Vih]; Sin Otra Especificacion	3.268
14	Caries De La Dentina	3.028
15	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa	2.950
16	Hipertension Esencial (Primaria)	2.870
17	Otras Complicaciones Especificas Del Embarazo Multiple	2.447
18	Ruptura Prematura De Las Membranas; Sin Otra Especificacion	2.433
19	Hipertension Materna; No Especificada	2.426
20	Preeclampsia Severa	2.157

Fuente: tomado del documento *Plan Distrital de Respuesta y Atención a Flujos Migratorios Mixtos en el Distrito Capital. Estrategia para el Abordaje Desde el Sector Salud*. Secretaría Distrital de Salud (2021)

Tal y como se presenta en el Recuadro 5, frente a las primeras causas de morbilidad atendida en esta población se observa que dentro de los primeros 20 diagnósticos atendidos el 70% de estos corresponde a afecciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Además, en las IPS de las localidades de

Antonio Nariño, Kennedy, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Tunjuelito, Suba y Usaquén, se concentra el 82,7% de las atenciones a la población identificada como venezolana (SDS, 2021).

### I.3.5 CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO PERINATAL EN LAS IPS REFERENCIADAS

Para tener un panorama de las atenciones recibidas por parte de las mujeres migrantes procedentes de Venezuela en estas dos IPS: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E y la IPS Comfosalud Sierra Morena (esta última IPS es la que presta los servicios de salud al cooperante entrevistado); se hace la extracción de datos reportados mediante los RIPS según lo estipulado en la Circular 029 de 2017, y puesta a disposición en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Sin embargo, como se observará más adelante la información presenta un subregistro significativo.

#### I.3.5.1 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E (1100130291)

Para la población migrante venezolana, se han desarrollado 1.059.873 atenciones para 54.202 pacientes únicos con un valor de \$ 92.551.591.556, lo que lleva a costo per-cápita \$ 1.707.531, por atención en un promedio con \$ 87.323; y con 19,55 atenciones promedio por atenciones. En la siguiente tabla se puede ver el listado de sedes habilitadas que conforman la Subred Norte de Bogotá.

**Tabla 9. Listado de sedes habilitadas que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.**

Código de habilitación	Nombre de la IPS
110013029101	Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar
110013029114	Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializado
110013029102	Unidad de Servicios de Salud Fray Bartolomé de Las Casas
110013029123	Unidad de Servicios de Salud Chapinero
110013029103	Unidad de Servicios de Salud Engativá Calle 80
110013029115	Unidad de Servicios de Salud Suba
110013029116	Unidad de Servicios de Salud Gaitana I
110013029127	Unidad de Servicios de Salud Santa Cecilia
110013029130	Unidad de Servicios de Salud San Cristóbal
110013029132	Unidad de Servicios de Salud Verbenal
110013029104	Unidad de Servicios de Salud Emaus

110013029106	Unidad de Servicios de Salud Boyacá Real
110013029108	Unidad de Servicios de Salud Garces Navas
110013029109	Unidad de Servicios de Salud Quirigua
110013029111	Unidad de Servicios de Salud Minuto de Dios
110013029113	Unidad de Servicios de Salud Española
110013029117	Unidad de Servicios de Salud Prado Veraniego
110013029119	Unidad de Servicios de Salud Gaitana II
110013029129	Unidad de Servicios de Salud Codito
110013029131	Unidad de Servicios de Salud Orquídeas
110013029118	Unidad de Servicios de Salud Rincón
110013029107	Unidad de Servicios de Salud Bachué

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Ahora bien, al analizar los CIE-10 referentes a la atención perinatal, información consignada en la tabla anterior, se encontrar que los servicios con mayor costo total son: supervisión de embarazo normal no especificado (Z349), parto por cesárea, sin otra especificación (O829), parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice (O800), ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación (O429) y complicación relacionada con el embarazo, no especificada (O269).

En cuanto al top 5 por el número de atenciones tenemos los siguientes diagnósticos: ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación (O429), atención materna por presentación de nalgas (O321), parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice (O800), supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359) y parto por cesárea, sin otra especificación (O829).

Finalmente, al revisar el ranking por el número de personas atendidas se tiene que los primeros CIE-10 reportados son: parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice (O800), ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación (O429), parto por cesárea, sin otra especificación (O829), atención materna por presentación de nalgas (O321) y supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359).

**Tabla 10. Top 20 por costo de las atenciones en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E con diagnósticos relacionados con atención perinatal. Período 2017-2022**

<b>CIE-10</b>	<b>Costo Total (miles)</b>	<b>No. Atenciones</b>	<b>No. de personas atendidas</b>	<b>Costo por atención</b>	<b>Costo per-cápita</b>	<b>Atenciones per-cápita</b>
Z349	\$24.270.936	1.063	708	\$22.832.490	\$34.280.984	1,50
O829	\$2.810.437	2.582	2.391	\$1.088.473	\$1.175.423	1,08
O800	\$2.516.023	3.932	3.663	\$639.884	\$686.875	1,07
O429	\$200.323	6.723	3.108	\$29.797	\$64.454	2,16
O269	\$147.714	1.583	1.075	\$93.313	\$137.408	1,47
O321	\$142.345	4.767	2.088	\$29.861	\$68.173	2,28
Z359	\$121.597	2.915	1.567	\$41.714	\$77.598	1,86
O000	\$100.546	2.148	1.477	\$46.809	\$68.075	1,45
O009	\$98.028	342	119	\$286.632	\$823.766	2,87
O200	\$94.431	1.842	1.142	\$51.266	\$82.689	1,61
O234	\$85.112	1.276	663	\$66.702	\$128.373	1,92
O342	\$83.558	740	427	\$112.916	\$195.687	1,73
O034	\$80.546	603	262	\$133.575	\$307.426	2,30
O820	\$77.342	99	73	\$781.237	\$1.059.485	1,36
O360	\$75.928	1.502	818	\$50.551	\$92.822	1,84
O064	\$75.685	493	217	\$153.519	\$348.778	2,27
O141	\$65.899	605	175	\$108.924	\$376.566	3,46
O021	\$52.880	600	271	\$88.134	\$195.130	2,21
O470	\$50.215	701	283	\$71.634	\$177.439	2,48
O16X	\$49.056	727	306	\$67.477	\$160.313	2,38

Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Cubo Circular 029 de 2017.

### **I.3.5.2 IPS COMFASALUD SIERRA MORENA**

Según la información reportada al sistema, en la IPS Comfasalud Sierra Morena, desde 2017 se han llevado a cabo un total de 138 atenciones en 26 pacientes únicos lo que es equivalente a 5,31 atenciones promedio por atenciones. Sin embargo, como se mencionaba anteriormente, y según se puede evidenciar en la tabla, el subregistro que se presenta en estas atenciones no corresponde a lo encontrado desde la investigación cualitativa. Sin embargo, se puede observar que las prestaciones son de consulta externa teniendo en cuenta lo señalado por la persona entrevistada, respecto al tipo de paquete que tienen contratado con esta IPS.

**Tabla 11. Atenciones en la Subred Integrada de Servicios de la IPS Comfasalud Sierra Morena con diagnósticos relacionados con atención perinatal**

<b>CIE-10</b>	<b>Número de atenciones</b>	<b>Número de personas Atendidas</b>
R102 - Dolor pélvico y perineal	2	2
Z001 - Control de salud de rutina del niño	1	1
Z014 - Examen ginecológico (general) (de rutina)	1	1
Z359 - Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	1	1
R102 - Dolor pélvico y perineal	2	2
Z001 - Control de salud de rutina del niño	1	1
Z014 - Examen ginecológico (general) (de rutina)	1	1

Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Cubo Circular 029 de 2017.

Las atenciones reportadas son el reflejo de la situación del acceso y de la prestación de los servicios que tienen las migrantes en condición irregular. Dichas atenciones se concentran en la atención del parto por urgencias en la ESE pública. Aunque la información no da cuenta de quien es el pagador, por la información suministrada por las personas entrevistadas se sabe que, por ejemplo, que las atenciones en la ESE son asumidas por la SDS. Por su parte la IPS Comfasalud reporta atenciones por consulta externa y si bien hay un subregistro importante, guarda relación con lo manifestado por el cooperante en la entrevista.

Por otra parte, con la prestación de los servicios de salud materno perinatal por parte de los cooperantes y de las organizaciones, también persisten las dificultades con la implementación de las rutas, particularmente con la implementación de la Resolución 3280/2018, ya que no prestan los servicios como una IPS regular. Por lo tanto, no tienen toda la ruta, o no cumplen, por ejemplo, con todos los controles prenatales que deberían cumplir. Por ejemplo, en el caso del cooperante, la persona entrevistada manifiesta que si bien ellos como organización han querido reportar a los sistemas de información como RIPS y SIVIGILA, pero por la misma dinámica de la atención que han ofrecido históricamente, más enfocada hacia la atención humanitaria; entonces consideran que el Capítulo Salud del Manual Esfera era más

adecuado como estándar de calidad en el sector humanitario que la Resolución 3100 de 2019 que establece los estándares de habilitación de los servicios de salud:

*“El Manual Esfera Capítulo de Salud es la norma humanitaria que normalmente se usa en todos lados y que está un poco ya más adaptado a lo que es la respuesta de emergencia” [CB-01]*

Desde la Secretaría Distrital de Salud consideran que, si bien hay barreras en el reporte y notificación de casos, esto sucede más frecuentemente con organizaciones pequeñas que hacen atenciones en el territorio pero que no son IPS:

*“[...] o sea cualquier otra ONG que no es una IPS y no tiene sistema de información para crear la notificación ¿cómo lo hace? Ahí si hay barreras. O sea, si hay barreras, yo creo que eso es una isla perdida que tenemos, porque cuando la organización no gubernamental, que es con los que más se da, no con las grandes agencias de cooperación, sino con ONG pequeñas que hacen atenciones en el territorio y tienen diferentes notificaciones, realmente hay rutas que es ubicar al referente ¿sí? O sea, nosotros tenemos líderes de gobernanza en el territorio. Entonces estas ONG lo que hacen es que buscan al líder de gobernanza y el líder de gobernanza le lleva la información al coordinador local. El coordinador local busca una subred y se genera la notificación por allí ¿sí? pero cuando el evento de interés en salud pública es fuera, o sea, vamos a llamarlo de origen comunitario, si hay interés de la ONG en notificarlo si, o sea, allí nos estamos quedando cortos. Creo yo que una manera sería crear una red con nuestra vigilancia comunitaria para poder lograrlo. Pero a veces la organización en el territorio creo que no da” [ASB-02]*

### 1.3.6 CONSIDERACIONES FINALES

Además de los problemas inherentes asociados a la falta de disponibilidad de un sistema de información integrado que permita dar cuenta de la situación de salud de la población migrante; esta población también tiene unas características de aseguramiento muy limitadas que le impiden al distrito poder abordarlos de una manera integral. Entonces la oferta de los cooperantes ayuda a cerrar las brechas de atención, siendo este uno de los principales resultados:

*[...]entonces, el hecho de que los cooperantes puedan dar asistencia o atención, no por urgencia, sino hacer una búsqueda activa en el campo y en las comunidades, de las necesidades y de las personas que requieren hacerse un tamizaje, que requieren unas consultas, pues ayudan mucho a cargar ese peso sobre el sistema y poder dar una atención prioritaria a una población que también por sus condiciones socioeconómicas de exclusión, no atienden a los servicios, porque creen que nos van a seguir, que les van a poner en listas para hacer procesos de repatriación, o sea tienen muchos mitos y muchos temores que les impide acercarse a los servicios de salud por sus condiciones migratorias. Entonces, este tipo de proyectos, pues, permite de cierta forma llegar a esta población que tiene un alto temor y un miedo de ser deportados. Entonces eso es como uno de los principales aportes que hacen estos proyectos. Y también pues en términos de la salud individual que se salvan vidas con los diagnósticos a tiempo y con las intervenciones médicas” [ASB-01]*

Por ejemplo, en el caso de la organización entrevistada, el resultado está en la atención a una demanda persistente y desatendida en la población migrante, como lo es la planificación familiar:

*“De la salud materno-infantil, yo creo que donde hemos acertado fue con la planificación familiar. A nosotros la demanda ha sido altísima en planificación familiar, inclusive en la fase de posparto ¿no? Creo que muchísimas mujeres migrantes se han embarazado en la ruta o ya estando en Colombia y por no tener acceso a información*

*y a métodos anticonceptivos. Al final esto ha sido como la culebrilla que muerde la cola ¿no? La propia falta de acceso a la planificación familiar ha ido aumentando el número de gestantes y la demanda en salud materno infantil. Entonces, yo creo que ahí la planificación familiar fue un acierto y hemos tenido muchísima demanda. Inclusive tenemos otras organizaciones que trabajan en salud materno infantil solamente y que nos refieren a nosotros para hacer la planificación familiar” [CB-01]*

También es de resaltar el trabajo en atención materno perinatal que ha implementado la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, lo que ha permitido tener una alta adherencia de las gestantes gracias a las estrategias de seguimiento que llevan a cabo no solo con las gestantes, sino con sus familias:

*“Yo diría que, de 100 pacientes, unas tres o cuatro no son adherentes, pero es por qué cambian de residencia, porque se van para otra ciudad ¿Sí? pero las que están aquí continúan, porque pues lo que buscamos es enamorar a las pacientes y les decimos el beneficio que es hacer los controles, estar con nosotros. El curso ha sido un éxito, el tenerlo presencial y tenerlo virtual les encanta porque no necesariamente tienen que trasladarse, pueden estar y puede estar su familia. Es decir que no solo estamos con la gestante, sino nosotros tenemos una mirada hacia la inclusión masculina de la familia gestante. Entonces nos ha funcionado y el que podamos entrar a sus casas, está la abuelita, la mamá, el papá mirando los signos de alarma, mirando las técnicas de lactancia, pues ellos les gusta” [PB-01]*

Frente a la información y comunicación, la Secretaría Distrital de Salud tiene una sección en su página web a manera de repositorio con toda la información relacionada en salud frente al fenómeno migratorio<sup>3</sup>. Dentro de esta información incluyen el diagnóstico situacional, la estrategia de atención a población migrante, así como el directorio de servicios con la oferta disponible para la atención a la población migrante. También llevan a cabo jornadas de información y de aseguramiento para la población migrante regularizada, con el apoyo de la cooperación internacional. Por otra parte, desde el Plan de Intervenciones Colectivas hay un componente transversal que se llama Información, Educación y Comunicación en todos los entornos de la vida cotidiana, que es un trabajo de carácter más territorial.

Para finalizar, a pesar de toda la inversión que ha hecho el Distrito Capital para atender la población migrante, esta no es suficiente, debido a la magnitud del problema, puesto que el 20% de la población migrante que está en Colombia, está en Bogotá. Son casi 495 mil personas. Entonces la preocupación es el reto de garantizar la sostenibilidad de la atención, sobre todo a la población migrante irregular:

*“Entonces desde que empezó la tendencia ascendente de la población migrante desde el 2018 hasta lo que va corrido del 2022, Bogotá ha garantizado atenciones en salud con un costo de ciento cincuenta mil millones de pesos. Y cuando hemos hecho puentes de articulación con el Gobierno Nacional, el Gobierno Nacional solamente le ha entregado a Bogotá 22 mil aproximadamente millones de pesos. Entonces eso es un costo que de hecho genera también uno de los grandes retos y desafíos. Y ahí está pues la primera respuesta. El primer gran reto es poder tener una mayor inversión ¿sí? Para poder tener sostenibilidad, no para tratar un programa como tal, sino una mayor inversión para sostenibilidad de las acciones para la población migrante, y ahí sí le pongo su apellido bien grande irregular ¿sí? porque si nosotros hacemos jornadas de afiliación, eso les garantiza al resto de la*

---

<sup>3</sup> Toda la información se encuentra en el siguiente enlace: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas2/acciones-en-salud-migratorio.aspx>

*población. Pero realmente es mayor inversión para poder mantener en el sistema a la población migrante irregular y garantizarle pues los derechos ¿no?” [ASB-02]*



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

# INFORME DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETES DE ATENCIÓN DE SALUD MATERNO- PERINATAL EN COLOMBIA

Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables

Orden de Trabajo I, USAID Sistemas Integrados de Salud IDIQ

Diciembre 2022

Este documento fue elaborado para su examen por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Fue preparado por el proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID.

## **El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables**

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables (LHSS, por sus siglas en inglés), bajo la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), Sistemas Integrados de Salud entrega indefinida/cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en inglés), ayuda a los países de ingresos bajos y medianos a la transición a sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar la cobertura sanitaria universal. El proyecto trabaja con los países asociados y las partes interesadas locales para reducir los obstáculos financieros a la atención y el tratamiento, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Dirigido por Abt Associates, el proyecto de cinco años y 209 millones de dólares desarrollará la capacidad local para mantener un funcionamiento fuerte del sistema de salud, apoyando a los países en su camino hacia la autosuficiencia y la prosperidad. En Colombia, este proyecto se conoce como "Comunidades Saludables."

**Presentado a:** Scott Stewart, COR  
Office of Health Systems  
Bureau for Global Health

**USAID Contract No:** 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

**Citación recomendada:** Ávila, Diego, Tatiana Diaz, Marisol Torres, Rosa Cárdenas, Lorena Mesa, Bibiana Pineda, Angélica Ordóñez, El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Diciembre 2022. *Informe de la Implementación de Paquetes de Atención de Salud Materno perinatal en Colombia*. Rockville, MD: Abt Associates.

# TABLA DE CONTENIDO

<b>ACRONIMOS .....</b>	<b>iv</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>I</b>
<b>2. METODOLOGÍA.....</b>	<b>I</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>4</b>
3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO PERINATAL.....	10
3.1.1 Barreras de acceso a los servicios de salud.....	13
3.1.2 Medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud .....	15
3.1.3 Situación actual de la intervención desde la perspectiva de la autoridad nacional .....	18
3.2 SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE CÚCUTA.....	20
3.2.1 La situación inicial y los elementos del contexto .....	21
3.2.2 La intencionalidad y el proceso de intervención .....	24
3.2.3 La situación final o actual.....	31
3.3 SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C. ....	35
3.3.1 La situación inicial y los elementos del contexto .....	35
3.3.2 La intencionalidad y el proceso de intervención .....	38
3.3.3 La situación final o actual.....	43
3.4 BARRERAS Y FACILITADORES.....	49
3.4.1 Barreras del proceso de acompañamiento para la implementación de paquetes .....	50
3.4.2 Barreras para la implementación del paquete .....	50
3.4.3 Facilitadores del proceso de acompañamiento para la implementación de paquetes.....	52
3.4.4 Facilitadores para la implementación de paquetes.....	52
3.5 LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES.....	53
<b>4. REFERENCIAS.....</b>	<b>55</b>

# ACRONIMOS

<b>EAPB</b>	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
<b>EPT</b>	Estatuto de Protección Temporal
<b>ET</b>	Entidad Territorial
<b>GIFMM</b>	Grupo Interagencial de Flujos Migratorios Mixtos
<b>IPS</b>	Institución prestadora de servicios de salud
<b>LHSS</b>	Local Health System Sustainability Project
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
<b>ONG</b>	Organización no Gubernamental
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PBS</b>	Plan de Beneficios en Salud
<b>PEP</b>	Permiso Especial de Permanencia
<b>PIMS</b>	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis
<b>PIC</b>	Plan de Intervenciones Colectivas
<b>RAMV</b>	Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos
<b>SDS</b>	Secretaría Distrital de Salud
<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development

# 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo general de este documento es realizar la sistematización de experiencias del proceso de planificación e implementación de proyectos financiados con recursos de cooperación internacional enfocados en la prestación de servicios de atención materno-perinatal.

Los objetivos específicos del proceso de sistematización son:

1. Generar conocimiento a partir de la experiencia de los diversos actores involucrados en este proceso de implementación como autoridades sanitarias, cooperantes y prestadores.
2. Describir las barreras, facilitadores y lecciones aprendidas que permitan fortalecer el proceso de implementación de los paquetes de atención materno perinatal.

En ese sentido, el documento está estructurado de la siguiente forma:

Un apartado con la metodología implementada para llevar a cabo la sistematización de la experiencia. En la sección de resultados se presenta un contexto general del estado actual de la población migrante procedente de Venezuela, la caracterización de la atención materno perinatal donde se identifican las barreras de acceso a la atención, las medidas implementadas para garantizar el acceso a la atención materno perinatal y la situación actual de la atención desde la perspectiva de la autoridad nacional.

Luego se presenta la sistematización de la experiencia de implementación de paquetes de atención en la ciudad de Cúcuta donde se presenta la situación inicial y los elementos del contexto, la intencionalidad y el proceso de intervención, la situación final o actual. En esa misma línea se presentan los resultados de la sistematización de la experiencia de implementación en la ciudad de Bogotá, D.C. Como información complementaria, se incluye una experiencia de diseño de contratación de paquetes que actualmente se está adelantando en la ciudad de Barranquilla, D.E. (Anexo 1).

En el apartado de barreras y facilitadores de la implementación se hace relación de cada uno respecto al proceso de acompañamiento en la implementación y del proceso de implementación como tal.

El documento termina con las lecciones aprendidas y las recomendaciones que surgieron a partir del proceso de sistematización de la experiencia de implementación.

## 2. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de carácter mixto concurrente, que incluyó un componente cualitativo y uno cuantitativo cuyo foco es el análisis del proceso de planificación e implementación de paquetes de atención materno perinatal en las ciudades de Cúcuta y Bogotá, D.C.

El componente cualitativo se basó en un enfoque hermenéutico, es decir, por medio de una aproximación descriptiva e interpretativa de los textos (Rillo, 2015) el cual, utilizó entrevistas semiestructuradas como estrategia de recolección de datos. Por su parte, para el componente cuantitativo, se realizó una aproximación a fuentes de acceso público, como el Observatorio Nacional de Migración y Salud y el “Cubo Circular 029”, ambos del Ministerio de Salud y Protección Social, dada la dificultad de realizar el estudio descriptivo de corte transversal a partir de los reportes generados por los cooperantes en el marco del desarrollo de los proyectos.

En este diseño, los datos cuantitativos y cualitativos se priorizaron por igual y se mantuvieron independientes durante la recopilación y el análisis de dato; la integración se realizó por medio de la

triangulación de los resultados obtenidos en cada componente para permitir una visión de conjunto sobre los procesos de planificación, implementación e impactos de los proyectos desarrollados con recursos de cooperación internacional enfocados en la atención en salud.

El componente cualitativo se desarrolló por medio del método de sistematización de experiencias, la cual permite “la comprensión de los procesos que se desarrollan en un determinado proyecto en el que participan diversos actores y tiene el propósito principal de mejorar su implementación y rescatar los aprendizajes. En la sistematización se intenta conocer y descubrir cómo funciona una propuesta de intervención en un contexto determinado, qué factores obstaculizan y favorecen el logro de objetivos, cuáles son las posibilidades de sostenibilidad y replicabilidad del proyecto en el mismo y otros escenarios, y qué lecciones se aprendieron de la experiencia” (Tapella y Rodríguez-Bilella, 2014).

De acuerdo con Tapella, es importante considerar que los diversos actores involucrados pueden tener diferentes percepciones, opiniones e interpretaciones sobre cada uno de los componentes de cada proyecto, por lo tanto, aproximarse a la diversidad de percepciones implica un adecuado mapeo de actores involucrados que potencialmente deben ser convocados en el proceso de sistematización.

Para la recolección de datos cualitativos se realizaron un total de 13 entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento informado, distribuidas de la siguiente forma:

**Tabla I. Total de entrevistas realizadas por tipo de actor**

Ciudad	Tipo de actor	Número de entrevistados
Cúcuta	Autoridad Sanitaria Nacional	1
	Autoridad Sanitaria Territorial	4
	Prestador	2
	<b>Sub total</b>	<b>7</b>
Bogotá, D.C.	Autoridad Sanitaria Distrital	4
	Cooperante	1
	Prestador	1
	<b>Sub total</b>	<b>6</b>
<b>Total personas entrevistadas</b>		<b>13</b>

Fuente: elaboración propia.

Para complementar la información de fuente primaria, se incluyó como experiencia el diseño de un prototipo de pago por resultados, que actualmente se encuentra adelantando la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por su sigla en inglés) en la ciudad de Barranquilla, D.E., a través de una entidad ejecutora la cual fue entrevistada en el desarrollo de esta sistematización (*La síntesis de la experiencia se encuentra en el Anexo 1*). Los aportes específicos de esta entrevista se enuncian en el apartado de *Lecciones Aprendidas*.

La información recolectada se almacenó de acuerdo con el protocolo de seguridad establecido, para luego ser transcrita y codificada por medio de un software para análisis cualitativo para su posterior análisis a partir de las categorías de análisis descritas en la siguiente tabla:

**Tabla 2. Dimensiones de análisis para la sistematización**

Dimensión	Elementos a explorar/analizar resultados de la experiencia
Caracterización del proyecto	Objetivos Población y segmentos poblacionales Escenarios (etapas) Intervenciones
La situación inicial y los elementos del contexto	El problema a resolver Oportunidad Factores externos o factores no controlados por los actores (elementos de contexto)
La intencionalidad y el proceso de intervención	Propósitos o finalidades Perspectiva general que orienta su acción Las actividades que constituyen el proceso Hitos del proceso (secuencia en el tiempo de esas actividades) el papel jugado por los principales actores Métodos o estrategias empleados en las actividades Medios y recursos Factores del contexto que facilitaron o dificultaron el proceso
La situación final o actual	Describir los resultados de la experiencia Comparación de la situación inicial con la actual o final, desde la perspectiva de los implementadores Las lecciones aprendidas de la experiencia

Fuente: Elaboración propia a partir de Tapella (2014).

En el planteamiento inicial del componente cuantitativo se proyectaba desarrollar una evaluación de los proyectos orientada a los resultados con base en las metas propuestas inicialmente. Este ejercicio requería contar con las características propias de los beneficiarios de cada proyecto, pues de esta manera se pueden comparar las cualidades de este grupo poblacional con otro. De este ejercicio se lograría cuantificar cómo las acciones enmarcadas en el proyecto logran impactar la situación de la población. Además, se buscaba desarrollar una evaluación financiera de los proyectos encaminada a retratar el estado actual de los proyectos seleccionados financiados a través de la cooperación internacional.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó una solicitud de datos de sus registros de actividades a nivel individual con las características y las acciones realizadas por el proyecto a cada uno de los cooperantes. Dentro de esta solicitud se pedía la anonimización de la información, eliminando incluso cualquier variable que permitieran la identificación de los beneficiados, ello con el fin de respetar la privacidad y seguridad de los participantes. Así mismo se solicitaron los informes contables que pudieran dar cuenta de uso de recursos dentro del proyecto. El objetivo y el uso que se le daría la información fue explicado durante las entrevistas con los cooperantes. Sin embargo, esta información no se logró recabar en el tiempo destinado para la entrega de resultados.

Para contrarrestar la ausencia de datos directos, se realizó una aproximación a fuentes de acceso público, estas fuentes son: el Observatorio Nacional de Migración y salud y el “Cubo Circular 029”. Estas fuentes sirvieron para conocer un panorama general de las atenciones en salud de la población migrante en Colombia, así como el costo reportado de dichas atenciones para realizar una caracterización de la atención en esta población. La información reportada por el “Cubo Circular 029” es el costo total de atenciones y el número de pacientes atendidos. El costo por atención, el costo per-cápita y atenciones per-cápita son construidos con base en la información reportada, de la siguiente manera: el costo por atención es igual a costo total/número de atenciones. El costo per-cápita es igual al costo total/número de pacientes atendidos. Las atenciones per-cápita se calcularon como la razón entre número de atenciones/número de pacientes atendidos.

Desde el “Cubo Circular 029” se accedió a las atenciones por IPS identificadas que trabajan con los cooperantes y que reportan información a través del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Sin embargo, esta fuente tiene un subregistro en las atenciones y no permite identificar con precisión dichas atenciones las cuales se realizaron con el cooperante y que hacen parte del análisis. Las demás fuentes de información no permitían una identificación de los datos desagregados por cooperante y proyecto o áreas de atención en salud.

El proceso que se llevó a cabo para el análisis cuantitativo, específicamente, el levantamiento de datos permitió evidenciar el poco acceso público y la nula interoperabilidad que existe dentro de la red de cooperantes en sus sistemas de información. Al no contar con este tipo de registros no se hace posible el seguimiento y monitoreo de los proyectos de manera externa. Desde el ámbito de políticas públicas este es un factor fundamental ya que permite identificar las fortalezas de los programas, las oportunidades de mejora, las lecciones aprendidas, los focos de atención. Todo lo anterior permite que los proyectos, enmarcados dentro de una política pública, sean escalables, reproducibles, sostenibles y generen la medición del impacto.

### 3. RESULTADOS

De acuerdo con el último informe de la Organización Internacional para las Migraciones (2022), en la región de América Latina y el Caribe durante los últimos 15 años se ha duplicado la cantidad de población migrante internacional. Actualmente se estima un total de 15 millones presentes en la región, lo cual representa el 5,3% del total de migrantes internacionales en el mundo. Este mismo informe señala que Venezuela se encuentra dentro de los 20 principales países de origen, ocupando el lugar número 11 con el 6% del total de migrantes internacionales según país de origen. Se estima que desde el año 2015, más de 5 millones de personas han migrado hacia otros países debido a la persistente inestabilidad económica y política del país (OIM, 2022).

Colombia es uno de los principales países de destino de esta población. Al respecto el informe de la OIM señala que el corredor migratorio Venezuela-Colombia se encuentra dentro de los 20 principales corredores migratorios bilaterales. Este corredor ocupa el puesto número 18, con cerca de 2 millones de personas. Otros países de destino de los migrantes venezolanos en la región son el Perú, Chile, el Ecuador y el Brasil (OIM, 2022). En la siguiente tabla se presentan las cifras de la situación actual de la población migrante venezolana en Colombia:

**Tabla 3. Población venezolana en Colombia**

Variable	Total
Población proveniente de Venezuela	1.842.390
Población con estatus regular	344.688
Población en proceso de regularización	1.182.059
Población con estatus irregular	315.643

Fuente: elaboración a partir de datos disponibles en la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela-R4V. Cifras con corte a agosto 31 de 2021. Disponible en: <https://www.r4v.info/es/colombia>

Uno de los principales retos que enfrentan los países receptores de población migrante internacional es la regularización, ya que esto permite atender las crecientes demandas de una población que, en su mayoría, llega en condiciones de vulnerabilidad y de exclusión social; situación que ha traído un impacto social y económico en los países de destino. Uno de los sectores que se ha visto más impactado por el fenómeno migratorio, ha sido el sector salud; por el aumento de la demanda de atención en salud y el consecuente aumento en el gasto en salud; además del impacto en la salud pública que ha implicado para los territorios de acogida.

En ese sentido, el informe de la OIM (2022) destaca las iniciativas de regularización masiva como mecanismo para promover la inclusión social y laboral, el acceso a los servicios de salud, entre otros instrumentos de inclusión y de protección social. Por ejemplo, para el caso de Colombia, desde febrero de 2021, se encuentra en vigencia la política que ofrece a los venezolanos desplazados una protección temporal por los próximos 10 años (OIM, 2022). Es así como a través del Decreto 216 de 2021 establece el Estatuto Temporal de Protección, el cual está compuesto por el Registro Único de Migrantes y el Permiso por Protección Temporal (PPT).

En el caso del acceso de la población migrante a la atención en salud en el territorio nacional, este depende del estatus migratorio. Tal y como lo señala el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (2018), desde el punto de vista del estatus migratorio, se identifican seis grupos de personas que hacen parte de la población migrante procedente de Venezuela, los cuales se relacionan en la siguiente tabla, junto con los mecanismos de acceso a los servicios de salud, de acuerdo con la normatividad vigente.

**Tabla 4. Grupos según el estatus migratorio de la población procedente de Venezuela**

Estatus migratorio	Características
<b>Colombianos retornados con sus familias</b>	Son personas de origen colombiano que han retornado al país por motivo de la situación social y política de ese país, ya sea porque fueron deportados, expulsados, o por voluntad propia. Son acogidos por el Decreto 2228 de 2017, para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el régimen subsidiado como población especial.
<b>Nacionales venezolanos en condición regular</b>	Son personas de nacionalidad venezolana que ingresaron de manera regular a Colombia por alguno de los puestos de control fronterizo, con observación plena de la normatividad vigente.
<b>Inmigrantes con Permiso Especial de Permanencia (PEP)</b>	Corresponde a las personas que, habiendo ingresado de manera regular, sobrepasaron los plazos normativos de permanencia en el país, solicitaron y les fue expedido el Permiso Especial de Permanencia (PEP).

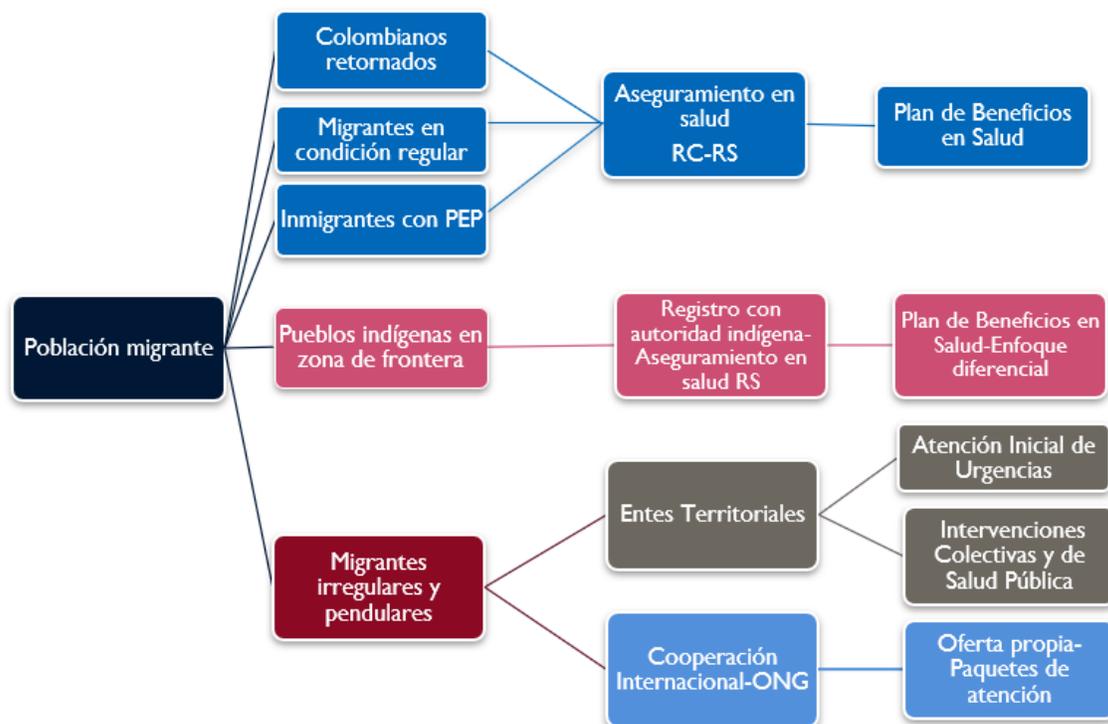
Estatus migratorio	Características
<p><b>Nacionales Venezolanos en situación migratoria pendular</b></p>	<p>Los venezolanos migrantes regulares y portadores del PEP, se consideran residentes y pueden afiliarse al SGSSS.</p> <p>Son personas que portan la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), que constituye el instrumento de Autorización de Tránsito Fronterizo para nacionales venezolanos mayores de edad y niños niñas y adolescentes, residentes en las zonas de frontera previamente definidas por Migración Colombia. Esta tarjeta sirve a personas venezolanas que por motivo de la dinámica fronteriza y de vecindad, requieran transitar por las zonas definidas, sin el ánimo de establecerse o desarrollar alguna actividad para la cual sea exigible Visa.</p> <p>Para la atención en salud de las personas de este grupo, en caso de presentar eventos de urgencias deben ser atendidos por IPS públicas y privadas, de acuerdo con la normatividad vigente, y los costos de la atención en salud que no sean catalogados como urgencia deberán ser asumidos por parte del usuario directamente, o a través de un seguro o póliza.</p>
<p><b>Migrantes Irregulares</b></p>	<p>Son personas provenientes de Venezuela que ingresan al país sin el lleno de los requisitos de identificación y los trámites exigidos por la autoridad migratoria. Por lo tanto, no portan documento válido de identificación que permita realizar la afiliación en salud y así mismo garantizar otros derechos.</p> <p>En relación con la atención en salud, se asegura la atención inicial de urgencias en los términos que define la norma; así como también pueden ser beneficiarias de las intervenciones colectivas gestionadas desde las entidades territoriales y las acciones de gestión de la salud pública que cobijan a toda la población del territorio.</p>
<p><b>Pueblos Indígenas en territorios de frontera con Venezuela</b></p>	<p>Existen varios grupos indígenas que habitan en territorios de Venezuela y Colombia, entre ellos están: las etnias Wayuu (La Guajira), Kurripako (Guainía, Vaupés y Vichada), Piapoco (Vichada), Yukpa (Cesar – Serranía del Perijá), Puinave (Guainía, Vichada y Guaviare), Saliba (Casanare y Vichada), Piaroa (Vichada) y Sikuani (Vichada, Meta, Casanare).</p> <p>Estas poblaciones requieren de un abordaje diferencial que ubique, además, las tensiones propias del fenómeno migratorio en pueblos y grupos que habitan más allá de las fronteras administrativas y políticas establecidas por los países. Actualmente, la afiliación al SGSSS, se realiza de manera prioritaria al régimen subsidiado a través de registros que son responsabilidad de la autoridad indígena legítimamente reconocida.</p>

Fuente: elaborado a partir de información disponible en el documento: *Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio*. Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

En ese sentido, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por parte de la población migrante solo es posible a través de la regularización. Luego de surtir el proceso de regularización, esta población puede afiliarse bien sea al régimen contributivo (RC) o al régimen subsidiado (RS) de acuerdo con la situación que presente, tal y como lo señala la normatividad vigente. Por su parte, la población no regularizada o pendular solo tiene garantizada la atención inicial de urgencias en las Empresas Sociales del Estado (ESE), a cargo de las entidades territoriales. El acceso a algunos servicios de salud depende de la oferta disponible por parte del sistema de cooperación internacional o de Organizaciones No Gubernamentales.

En la Figura 1 se puede observar la ruta de acceso a salud para la población migrante procedente de Venezuela, de acuerdo con su estatus migratorio:

**Figura 1. Ruta de acceso a salud de la población migrante procedente de Venezuela.**



Fuente: elaboración propia.

Según los datos del Observatorio Nacional de Migración y Salud con corte a julio de 2022, de un total de 1.449.069 migrantes con PPT, 663.314 (45,78%) se encuentran afiliados al SGSSS (MSPS, 2022). De igual forma, durante el período comprendido entre el 1 marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021 se han atendido un total de 1.681.673 personas procedentes de Venezuela, siendo en su mayoría mujeres, con un total de 1.119.868 (66,6%).

**Tabla 5. Total de población migrante procedente de Venezuela atendida por tipo de vinculación al sistema de salud. Período 2017-2021.**

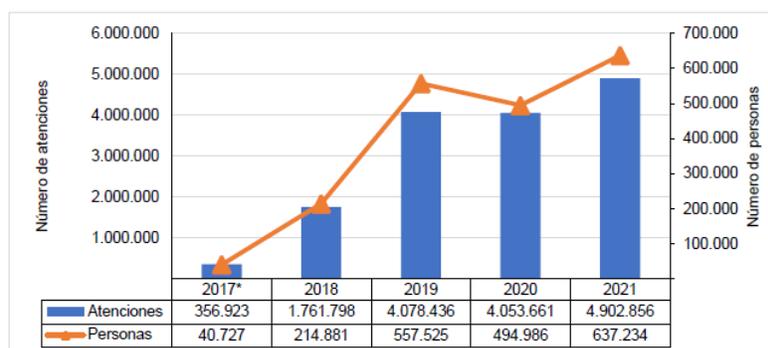
Tipo de vinculación	Total	%
No afiliada al SGSSS	1.152.763	68,5
Particular	259.299	15,4
Afiliada al Régimen Subsidiado	180.607	10,7
Afiliada al Régimen Contributivo	177.874	10,6
<b>Total Población</b>	<b>1.681.673</b>	<b>100</b>

Fuente: datos tomados del Informe: *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a).

En la Tabla 5 se encuentra la relación de la población atendida, desagregada por el tipo de vinculación al sistema de salud. El mayor porcentaje de atenciones corresponde a población no afiliada al SGSSS, con el 68,5% del total de atenciones (MSPS, 2022a).

Asimismo, el Proyecto Migración Venezuela<sup>1</sup> a través de la Encuesta de Calidad de Vida e Integración de los Migrantes Venezolanos en Colombia que realizó en diciembre de 2020, encontró que el 66,1% de los encuestados no se encuentra afiliado. Dentro de las cinco principales causas para la no afiliación, el 64,4% no tiene los documentos, el 11,4% no tiene la encuesta SISBEN, el 5,2% no sabe cómo afiliarse, el 4,4% está en trámite de afiliación y el 3,7% refiere otras causas como falta de tiempo, puntaje SISBEN muy alto, no han hecho los trámites, por la nacionalidad o por la pandemia (Proyecto Migración Venezuela, 2020). Todo lo anterior constituyen barreras de acceso que dificultan la afiliación de esta población.

**Figura 2. Comportamiento del reporte de atenciones en salud de la población procedente de Venezuela de marzo de 2017 a diciembre de 2021. Colombia**



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS consultado en marzo de 2022.  
\* Año 2017 atenciones a partir de marzo; año 2021 atenciones con corte diciembre de 2021

<sup>1</sup> Iniciativa del Equipo de Innovación Social de Revista Semana que busca informar, visibilizar y sensibilizar sobre el fenómeno migratorio de ciudadanos venezolanos y el retorno de colombianos al país.

Fuente: tomado del Informe: Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a).

Tal y como se observa en la Figura 2, respecto a la atención en salud, durante el periodo del 1° de marzo de 2017 al 31 de diciembre de 2021, se han reportado al Ministerio de Salud y Protección Social un total de 15.153.674 atenciones en salud realizadas a 1.681.673 personas procedentes de Venezuela (MSPS, 2022a). Cabe resaltar que en el 2018 se observa un incremento del número de atenciones, teniendo en cuenta que en este año aumentó el flujo migratorio proveniente de este país. En la Figura 2 se presenta el comportamiento durante el período señalado, desagregado por año.

En la siguiente tabla se encuentran desagregadas las atenciones por tipo de servicio. Los procedimientos de salud representan el 79,4% de las atenciones, seguido de las atenciones por Consulta Externa con el 16,4%.

**Tabla 6. Total de atenciones en salud a población migrante procedente de Venezuela, por tipo de servicio. Período 2017-2021**

Servicio	Total de atenciones	%
Procedimientos de salud (quirúrgicos y no quirúrgicos)	10.674.432	79,4
Consulta Externa	2.478.904	16,4
Consulta por Urgencias*	1.281.614	8,5
Atenciones por Urgencias*	381.562	2,5
Hospitalizaciones	337.162	2,2
<b>Total Atenciones</b>	<b>15.153.674</b>	<b>100</b>

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Informe: Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a). \*Las urgencias corresponden a las atenciones que se realizan en sala de observación de complejidad baja, mediana y alta; las consultas por urgencias se refieren a las atenciones que requieren manejo ambulatorio.

Por otra parte, en la encuesta realizada por el Proyecto Migración Venezuela, el 13, 1% de los migrantes encuestados manifestó haber presentado algún problema de salud que no requirió hospitalización. Sin embargo, solo el 24,5% de quienes manifestaron presentar algún problema de salud, acudió a una institución prestadora de servicios de salud (IPS). El 75,5% restante no solicitó atención médica a través del sistema de salud. Dentro de las causas para no solicitar la atención en salud, el 23,2% señala que lo han rechazado por no tener el PEP u otros papeles. El 35,7% señala otros motivos como: a) no confía en los médicos, b) lo han rechazado o teme ser rechazado por ser migrante, c) muchos trámites para la cita, d) el centro de atención queda lejos, e) mal servicio o cita distanciada en el tiempo, f) lo hacen esperar mucho para atenderlo y, g) no tuvo tiempo. Por otra parte, el 67,3% de los migrantes encuestados considera que el acceso a los servicios de salud es difícil o muy difícil (Proyecto Migración Venezuela, 2020a).

En ese sentido, para garantizar el acceso y la sostenibilidad de la atención en salud a la población migrante es necesario generar y/o fortalecer estrategias que promuevan la afiliación al sistema general de seguridad social en salud para beneficiarse de la solidaridad que ofrece el aseguramiento y con esto aliviar a la red pública a cargo de las entidades territoriales, quienes están asumiendo el costo individual de la atención en salud; siendo este uno de los principales retos que enfrentan las autoridades sanitarias. También es importante trabajar en las barreras de acceso que no permiten materializar el acceso efectivo a los servicios de salud y a la atención integral por parte de la población migrante. En ese sentido se deben desarrollar “estrategias de atención en salud (especialmente para población en condición irregular y/o en trámite de regularización) financiada por recursos de las entidades territoriales (valorando las

implicaciones de la no atención de estas) o con recursos de cooperación nacional o internacional” (MSPS, 2018).

### 3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN MATERNO PERINATAL

Tal y como lo señala el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, uno de los grupos poblacionales priorizados para la atención en salud es el grupo de mujeres gestantes y lactantes, esto de acuerdo con los análisis y la evidencia disponible. Este grupo en particular presenta una condición de vulnerabilidad que se incrementa por la situación de precariedad social y económica presente en una parte de ellas a su llegada al país. Además de las barreras impuestas por el sistema de salud para garantizar el acceso de las gestantes a una atención oportuna; también hay barreras de tipo culturales y/o de comunicación que disminuyen la posibilidad de buscar atención oportuna. Por tal razón “inician controles prenatales de manera tardía, o no los realizan y presentan un mayor riesgo biopsicosocial”, con lo que se incrementa el riesgo en salud. Dentro de las dificultades que enfrentan las mujeres gestantes se encuentra además “la discriminación asociada a la gestación, sin acceso a servicios de atención, incluso para la interrupción del embarazo en los casos previstos por la Corte Constitucional en la sentencia C-355 de 2006, además, sin licencias de maternidad y sin atención obstétrica asequible” (MSPS, 2018).

Todo lo anteriormente señalado, termina afectando no solo la oportunidad, sino también la integralidad que se debe mantener en la atención prenatal, lo cual puede incidir de forma negativa en el comportamiento de los principales indicadores de salud materna. En la siguiente tabla se presenta el comportamiento de estos indicadores en mujeres de nacionalidad venezolana que residen en Colombia.

**Tabla 7. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Colombia. Período 2020-2021**

Indicador	2020	2021p
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	41,74	73,74
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	43,11	N.D.
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	38,89	N.D.
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	92,44	102,41
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	33,63%	36,27%

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Los datos de 2021 son preliminares.

De acuerdo con los datos reportados en el Observatorio Nacional de Migración y Salud, al revisar el comportamiento según vinculación al SGSSS, llama la atención que todos estos eventos se concentran en las gestantes no afiliadas, como se puede observar en la siguiente tabla.

A continuación, se presenta la distribución de las atenciones prestadas a población procedente de Venezuela, durante el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021, según tipo de servicio en consulta externa, consulta de urgencias, atención de urgencias y hospitalización.

**Tabla 8. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Bogotá. Desagregados por tipo de vinculación al SGSSS, año 2020**

Indicador	RC*	RS**	NA***
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	6,67%	8,89%	84,44%
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	9,07%	9,54%	81,35%
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	1,8%	3,78%	94,37%
Proporción de nacidos vivos pretérmino (por 1.000 nacidos vivos)	5,82%	9,43%	84,75%
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	8,03%	11,88%	80,07%

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). \*RC: Régimen Contributivo, \*\*RS: Régimen Subsidiado, \*\*\*NA: No Afiliado.

**Consulta Externa:** dentro de las diez primeras causas de consulta externa relacionadas con la atención materno perinatal se encuentran la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (3,0%) y por otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (1,9%); lo que representa el 4,9% del total de atenciones por consulta externa.

**Recuadro I. Distribución de atenciones en consulta externa en personas procedentes de Venezuela, según diagnóstico principal, entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Colombia.**

Diagnóstico principal (subgrupos CIE 10)	Número de atenciones		Total	%
	Mujeres	Hombres		
Enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares	64.070	35.011	99.081	4,0
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	73.334	0	73.334	3,0
Asignación provisoria de nuevas afecciones de etiología incierta	27.808	30.470	58.278	2,4
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	11.705	43.303	55.008	2,2
Parto	49.354	0	49.354	2,0
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	46.823	0	46.823	1,9
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	24.333	21.915	46.248	1,9
Enfermedades hipertensivas	30.485	15.278	45.763	1,8
Otras enfermedades del sistema urinario	30.170	7.326	37.496	1,5
Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	30.328	0	30.328	1,2
Demás causas	1.415.020	522.171	1.937.191	78,1
Total	1.803.430	675.474	2.478.904	100,0

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS consultado en marzo de 2022.

\* Año 2017 atenciones a partir de marzo; año 2021 atenciones con corte diciembre de 2021

Fuente: tomado del Informe: Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a).

**Consulta de urgencias:** dentro de las diez primeras causas de consulta de urgencias relacionadas con la atención materno perinatal se encuentran la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (8,3%), otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (4,1%), parto (2,7%), complicaciones del trabajo de parto y del parto (2,4%) y embarazo terminado en aborto (1,9%); lo que representa el 19,4% del total de atenciones por consulta de urgencias.

**Recuadro 2. Distribución de atenciones en consulta de urgencias en personas procedentes de Venezuela, según diagnóstico principal, entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Colombia.**

Diagnostico (subgrupos CIE 10)	Mujeres	Hombres	Total	%
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	106.526	0	106.526	8,3
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	52.183	0	52.183	4,1
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	21.955	19.382	41.337	3,2
Traumatismos de cabeza	12.575	24.801	37.376	2,9
Parto	34.504	0	34.504	2,7
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	30.141	0	30.141	2,4
Otras enfermedades del sistema urinario	24.790	4.875	29.665	2,3
Enfermedades infecciosas intestinales	15.110	14.277	29.387	2,3
Traumatismos de la muñeca y de la mano	7.214	20.731	27.945	2,2
Embarazo terminado en aborto	24.014	0	24.014	1,9
Demas causas	554.011	314.525	868.536	67,8
<b>Total</b>	<b>883.023</b>	<b>398.591</b>	<b>1.281.614</b>	<b>100</b>

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS consultado en marzo de 2022.  
\* Año 2017 atenciones a partir de marzo; año 2021 atenciones con corte diciembre de 2021

Fuente: tomado del Informe: *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a).

**Atenciones en urgencias:** dentro de las diez primeras causas de atenciones en urgencias relacionadas con la atención materno perinatal se encuentran la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con otros posibles problemas del parto (9%), otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (3,9), parto (3,2%) y embarazo terminado en aborto (2,7%); lo que representa el 18,8% del total de atenciones de urgencias.

**Recuadro 3. Distribución de atenciones en urgencias en personas procedentes de Venezuela, según diagnóstico principal, entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Colombia.**

Diagnostico (subgrupos CIE 10)	Mujeres	Hombres	Total	%
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	34.466	0	34.466	9,0
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	14.907	0	14.907	3,9
Parto	12.248	0	12.248	3,2
Otras enfermedades del sistema urinario	10.217	1.852	12.069	3,2
Embarazo terminado en aborto	10.263	0	10.263	2,7
Traumatismos de cabeza	3.232	6.550	9.782	2,6
Enfermedades infecciosas intestinales	4.930	0	4.930	1,3
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	4.557	4.052	8.609	2,3
Litiasis urinaria	3.900	4.317	8.217	2,2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4.371	3.556	7.927	2,1
Traumatismos de la muñeca y de la mano	1.823	5.898	7.721	2,0
Demás diagnósticos	157.871	92.552	250.423	65,6
<b>Total</b>	<b>262.785</b>	<b>118.777</b>	<b>381.562</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS consultado en marzo de 2022.  
\* Año 2017 atenciones a partir de marzo; \*\* año 2021 atenciones con corte diciembre de 2021

Fuente: tomado del Informe: *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a).

**Hospitalización:** dentro de las diez primeras causas de atenciones en hospitalización relacionadas con la atención materno perinatal se encuentran la atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con otros posibles problemas del parto (17,1%), parto (12%), complicaciones del trabajo de

parto y del parto (5,4%), otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (4,4%), embarazo terminado en aborto (3,2%) y, edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (2,8%); lo que representa el 44,9% del total de atenciones en hospitalización.

#### Recuadro 4. Distribución de atenciones en hospitalización en personas procedentes de Venezuela, según diagnóstico principal, entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Colombia.

Diagnostico (subgrupos CIE 10)	Mujeres	Hombres	Total	%
Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	57.632	0	57.632	17,1
Parto	40.500	0	40.500	12,0
Complicaciones del trabajo de parto y del parto	18.195	0	18.195	5,4
Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	14.824	0	14.824	4,4
Embarazo terminado en aborto	10.760	0	10.760	3,2
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	9.437	0	9.437	2,8
Asignación provisoria de nuevas afecciones de etiología incierta	4.362	4.233	8.595	2,5
Otras enfermedades del sistema urinario	6.817	1.249	8.066	2,4
Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	3.114	4.652	7.766	2,3
Influenza (gripe) y neumonía	2.790	3.054	5.844	1,7
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	2.519	3.108	5.627	1,7
Demás diagnósticos	87.317	62.599	149.916	44,5
Total	258.267	78.895	337.162	100,0

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS consultado en marzo de 2022.

\* Año 2017 atenciones a partir de marzo; año 2021 atenciones con corte diciembre de 2021

Fuente: tomado del Informe: Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a).

De acuerdo con la información anterior, se puede observar que la atención materno perinatal se concentra en los servicios de urgencia y hospitalización, cuando presentan algún tipo de complicación. Esto como resultado de las barreras que las gestantes migrantes irregulares o pendulares enfrentan para poder acceder a estos servicios de forma efectiva.

### 3.1.1 BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Frente al acceso a los servicios de salud por parte de las gestantes, la encuesta realizada por el Proyecto Migración Venezuela encontró que el 2,4% de las mujeres migrantes en edad fértil encuestadas, manifestaron estar embarazadas. De ese total, el 62,1% de las embarazadas refirieron asistir a controles prenatales. Asimismo, el 50,6% de las mujeres embarazadas que tienen un estatus migratorio irregular asiste a controles prenatales, mientras que el 79,5% de las mujeres embarazadas que tiene un estatus migratorio regular asiste a controles prenatales (Proyecto Migración Venezuela, 2020a).

Esto último coincide los hallazgos de otros estudios realizados en mujeres migrantes embarazadas, los cuales han evidenciado que el grupo de mujeres migrantes irregulares tienen una mayor dificultad para acceder oportunamente a la atención prenatal, enfrentando las mismas barreras que la población pobre no asegurada (Fernández-Niño JA et al., 2019). También hay dificultades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) por parte de esta población, lo que se traduce en demandas insatisfechas, de acuerdo con los hallazgos del estudio liderado por Profamilia y la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por su sigla en inglés) y realizado en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. En la siguiente figura se presentan las necesidades más urgentes e inmediatas de la población migrante venezolana en las cuatro ciudades del estudio (Profamilia & IPPF, 2019).

**Figura 3. Necesidades más urgentes e inmediatas en Salud Sexual y Reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana, 2019.**

	<b>Cúcuta</b>	<b>Riohacha</b>	<b>Valledupar</b>	<b>Arauca</b>	
<b>1</b>	Acceso a servicios de planificación			Servicios de aborto seguro y de atención post-aborto	<b>Necesidades más urgentes e inmediatas</b>
<b>2</b>	Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)		Servicios de aborto seguro y de atención post-aborto	Acceso a servicios de planificación	
<b>3</b>	Educación integral para la sexualidad	Prevención del embarazo adolescente y servicios amigables para jóvenes	Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	Acceso efectivo a servicios de salud materno-infantil	

Fuente: adaptado del estudio: *Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar*. Profamilia e IPPF (2019).

Asimismo, Profamilia y la Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID) llevaron a cabo una investigación en seis ciudades con alta presencia de flujos migratorios para identificar las necesidades, desigualdades y expectativas en el acceso a los servicios de salud de la población migrante y refugiada venezolana. Dentro de estas prioridades está el acceso a intervenciones preventivas y de atención primaria (Profamilia & OFDA-USAID, 2020).

**Figura 4. Necesidades Insatisfechas en Salud, según la población migrante y refugiada en seis ciudades priorizadas con alto flujo migratorio, 2020.**

	<b>Bogotá</b>	<b>Barranquilla</b>	<b>Cartagena</b>	<b>Cúcuta</b>	<b>Riohacha</b>	<b>Santa Marta</b>	
<b>1</b>	Acceso a servicios de atención primaria en salud y exámenes de diagnóstico						<b>Necesidades más urgentes</b>
<b>2</b>	Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares-Cáncer-Diabetes)	Información sobre oferta de en salud y ruta de atención para migrantes y refugiados		Atención de controles prenatales y controles post parto		Información sobre oferta de en salud y ruta de atención para migrantes y refugiados	
<b>3</b>	Atención de controles prenatales y controles post parto		Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares-Cáncer-Diabetes)	Programas de vacunación oportunos para mantener respuesta actual		Atención a enfermedades crónicas y de alto costo (Cardiovasculares -Cáncer- Diabetes)	

Fuente: adaptado del estudio: *Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?* Profamilia y OFDA-USAID (2020).

De igual forma, las barreras persistentes en el acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante también pueden estar determinadas por los itinerarios burocráticos impuestos por el sistema de salud (Abadía C y Oviedo D, 2010) y que en particular para las mujeres, en su doble condición de mujeres gestantes y migrantes irregulares, tienen que transitar para poder acceder de forma oportuna a la atención prenatal, dentro de los cuales tiene que movilizar recursos económicos, sociales y culturales para poder hacer efectivo dicho acceso (Giraldo V et al. 2021). En últimas, la oferta disponible por parte del sistema de cooperación internacional o de otros oferentes desde la sociedad civil, termina configurando la única opción para el acceso a servicios de salud por parte de las mujeres migrantes irregulares (Cordaro, F 2020).

### 3.1.2 MEDIDAS PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El acceso a los servicios de salud materno perinatal está condicionado por el estatus migratorio de la gestante, como por su estado de vinculación al sistema de salud a partir de la ruta señalada en la Figura 1. Es decir que las gestantes migrantes en condición regular o con PEP pueden optar por la afiliación al SGSSS y así acceder al Plan de Beneficios en Salud (PBS) a cargo de las EAPB a través de su red de prestación de servicios. Frente a la atención materno perinatal, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene establecida la Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal (RIAMP) y, a través de la cual:

“hace un llamado a los diferentes sectores y actores del SGSSS, responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud materna, la prevención de factores de riesgo de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento y en general que desarrollan acciones que inciden en los resultados en salud de la población gestantes y sus familias, a trabajar de manera articulada y consensuada de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones, en cada uno de los niveles de gestión y con participación de la ciudadanía; para impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud, la situación de salud de la población y contribuir al desarrollo humano” (MSPS, 2017).

**Figura 5. Resumen de los Contenidos de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal.**

Intervenciones Colectivas			Intervenciones Individuales		Atención a las familias
Entorno Hogar	Entorno Comunitario	Entorno Laboral	Protección Específica y Detección Temprana	Otras intervenciones	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Información en salud</li> <li>2) Educación y comunicación para la salud</li> <li>3) Canalización</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales</li> <li>2) Información en Salud</li> <li>3) Educación y comunicación para la salud</li> <li>4) Canalización</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Información en salud</li> <li>2) Educación y comunicación para la salud</li> <li>3) Canalización</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Atención preconcepcional</li> <li>2) Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)</li> <li>3) Control prenatal</li> <li>4) Curso de preparación para la maternidad y la paternidad</li> <li>5) Consulta de odontología</li> <li>6) Consulta de nutrición</li> <li>7) Atención del parto</li> <li>8) Atención del puerperio</li> <li>9) Atención del recién nacido</li> <li>10) Control del recién nacido</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Atención de emergencias obstétricas</li> <li>2) Atención de las complicaciones perinatales y/o postnatales del recién nacido</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Educación para la salud</li> <li>2) Consulta de abordaje básico de orientación familiar</li> </ol>

Fuente: elaborado a partir de información disponible en el documento *Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal*. Ministerio de Salud y Protección Social (2017).

La RIAMP se desprende de la Resolución 3202 de 2016 que establece las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), En ese sentido, esta ruta establece las pautas para la gestión de la RIAMP a través de varios mecanismos: *i) las intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales, ii) las intervenciones individuales a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y iii) la atención a las familias.* A su vez la Resolución 3280 de 2018 adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. En la Figura 5 se presenta un resumen de los contenidos establecidos en la RIAMP.

Sin embargo, solo las mujeres migrantes en condición regular y afiliadas al SGSSS pueden acceder a las intervenciones señaladas en la RIAMP. Para las gestantes en condición irregular o pendular, ellas solamente tienen garantizada la atención inicial de urgencias en caso de presentar cualquier evento de salud que requiera ser atendido de forma prioritaria. También podrán acceder a intervenciones colectivas dispuestas por las entidades territoriales de acuerdo con su competencia. Para la atención en salud también tienen a disposición la oferta del sistema de cooperación internacional o de ONG, la cual tiene un enfoque más orientado hacia la atención humanitaria. De acuerdo con la información reportada por estas organizaciones al Clúster de Salud<sup>2</sup>, hay un total de 21 organizaciones que ofrecen 1) acciones de

<sup>2</sup> El Clúster de Salud es una instancia liderada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y que cuenta con la presencia de las organizaciones de cooperación internacional y de la sociedad civil, cuyo propósito es organizar la respuesta en salud dirigida a grupos poblacionales en vulnerabilidad afectados por situaciones de emergencia. Además, cuenta con una instancia nacional y con mesas territoriales.

promoción de la salud materna y la salud perinatal y 2) acciones de promoción de la SSR<sup>3</sup>. En el Sub-Clúster de Salud Sexual y Reproductiva se organiza la respuesta con las organizaciones que tienen a cargo atenciones en SSR. Este último es liderado por el MSPS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas-Colombia (UNFPA, por su sigla en inglés).

De igual forma, según lo señalado en el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio, el Ministerio de Salud y Protección Social y el sector en su conjunto han establecido una serie de mecanismos orientados a:

- i) Viabilizar la atención de urgencias para el caso de los inmigrantes en situación irregular
- ii) Acceder al aseguramiento de una parte de esta población de acuerdo con su estatus migratorio y
- iii) Fortalecer la gestión de la salud pública en las entidades territoriales más afectadas.

Lo anterior se complementa con la Circular 25 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual define el fortalecimiento de acciones en salud pública por parte de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, EAPB e IPS.

Frente a la atención materno perinatal para mujeres migrantes no aseguradas, otro precedente importante es el jurídico. La Sentencia T-452/19 de la Corte Constitucional, se considera un hito dentro del marco normativo para garantizar el acceso a los servicios de salud a los migrantes. Esta sentencia, tal y como lo explicó una persona entrevistada del nivel nacional:

*“definió que las atenciones más urgentes, incluidos los partos debían atenderse y toda su extensión hacia el programa materno perinatal que de manera explícita lo establece la Corte, pero muy importante hacia esas cosas contingentes como los partos, las complicaciones, pero que no podía aplicarse porque las mujeres no tenían intervenciones anticipatorias, no tenían intervenciones preventivas. Y era clarísimo que cuando una mujer tuviera sífilis debíamos poder tratarla, pero no había los mecanismos para que esa mujer asistiera y se le brindaran las intervenciones de detección precoz” [AS-01]*

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 1792 de 2021, establece los criterios de asignación de recursos para la atención del parto a mujeres migrantes venezolanas no aseguradas y asigna el valor a pagar por los paquetes de servicios de atención del parto por vía vaginal o cesárea. Esta resolución aplica a las entidades territoriales que “a través de las Empresas Sociales del Estado brinden atención de urgencias a mujeres venezolanas migrantes no aseguradas que demandan servicios de partos vaginales o cesáreas”.

Asimismo, con el propósito de fortalecer la atención e integración de la población migrante, el gobierno de Colombia expidió el documento CONPES 3950 de 2018 a partir del cual estableció una ruta de acción a 2021 para atender las necesidades básicas de la población y establecer mecanismos de fortalecimiento institucional. Por su parte, con el documento CONPES 4100 de 2022 se amplió el horizonte de tiempo a diez años a partir de dos grandes líneas: “(i) la construcción de una ruta de acción unificada para la atención e integración de la población migrante venezolana, que contemple la oferta y el acceso integral a mercados y servicios; y (ii) el fortalecimiento del esquema de gobernanza para la atención e integración de la población migrante venezolana, promoviendo la toma de decisiones basadas en evidencia” (DNP 2018, 2022).

---

<sup>3</sup> La información puede ser consultada en <https://si-clustersalud.org/dashboard/general>

### 3.1.3 SITUACIÓN ACTUAL DE LA INTERVENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA AUTORIDAD NACIONAL

Pese a esta serie de medidas que se han implementado de forma incremental, aún persiste el reto de garantizar una atención materno perinatal de forma integral a la mujer migrante no asegurada y de aliviar la presión financiera sobre el sistema. Esto último además se ve reflejado en los problemas de cartera con las entidades territoriales encargadas de la prestación de estas atenciones. Frente a todos los problemas y dificultades que aún persisten para lograr que las gestantes migrantes acudan a los servicios de salud de forma oportuna, el Ministerio de Salud y Protección Social ha estado trabajando en el desarrollo de una Ruta Integral de Atención a través de la conformación de paquetes, tal y como lo señaló la autoridad nacional entrevistada.

Es decir que, en términos de la salud materna, estos paquetes son todas las actividades individuales de la RIAMP, excepto una, que es el tamizaje mensual con IgM en las seronegativas; esto porque se ha demostrado que es una intervención que solo sirve si se repite mensualmente y que está demostrado que la adherencia de mujeres migrantes es mucho más baja. Además de las actividades de valoración integral, protección específica y detección temprana. Pero, aunque los tratamientos no están incluidos en estos paquetes, sí están incluidos en la obligación del Estado colombiano con cargo a los recursos, como ya lo estableció la sentencia de la Corte Constitucional.

Esta ruta se ha definido a partir de la priorización de intervenciones en población migrante en condición irregular. A partir de esta priorización, se generó un ejercicio de estimación de la demanda potencial en el país. Para ello, se definieron 17 ciudades que albergan el 70% de la población de migrantes irregulares, según los datos suministrados por Migración Colombia. Para este ejercicio, la unidad de análisis fue el municipio. Es así como, según lo señalado por la persona entrevistada, se estableció un paquete de intervenciones basado en una aproximación empírica y con un enfoque anticipatorio:

*“yo diría que esa fue la primera aproximación que tuvimos en el 2019 y frente a la cual había oportunidades de mejora ¿no? [...] los costos en un sistema de contratación son supremamente variables ¿no? no es una variable determinista, no es determinístico, es probabilístico. Entonces debe haber un rango de precios y de tarifas frente a los cuales son los actores los que libremente puedan escoger y, posteriormente Corea tiene la intención de hacer una aproximación mucho más nacional en el que se vincula a nosotros, al Ministerio de Salud, con la intención de donar unos recursos importantes para atención, ya no en salud sexual y reproductiva, sino ya específicamente en el tema de gestantes. Y es allí donde tenemos un segundo desarrollo de ese esquema. Esta experiencia sucede en tres ciudades de Colombia: en Cúcuta, en Bogotá y en Soledad (Atlántico). Un poco elegidas a conveniencia en términos de con quién era más fácil trabajar, en que hospitales podía ser más fácil trabajar y que hospitales podían tener la voluntad de hacer ese trabajo” [AS-01]*

Este ejercicio de definición de la demanda potencial de los paquetes de atención materno perinatal que se hizo en el 2019 permitió definir mejor las brechas territoriales y temáticas para poner el foco aquellas ciudades críticas en términos de los indicadores de la población y de la población potencial a atender. Para este proceso, una instancia a destacar es el Sub-Clúster de Salud Sexual y Reproductiva<sup>4</sup>, desde la cual se ha canalizado el trabajo y, las prioridades territoriales y temáticas a atender por parte de las diferentes agencias y organizaciones de cooperación internacional en materia de salud materna y SSR; a pesar de las

---

<sup>4</sup> Cabe mencionar que este es un mecanismo (Clúster o Mesa de Salud/Sub-Clúster de SSR) que también se implementa en los niveles subnacionales, como mecanismo para fortalecer la gobernanza y la coordinación interinstitucional entre las autoridades sanitarias, los cooperantes y la sociedad civil.

dificultades inherentes al ejercicio de poder consolidar una agenda que recoja los intereses de múltiples actores, cada uno con una perspectiva, una metodología de trabajo y una agenda propia.

Año y medio después de la ejecución de la estrategia, de toda la acción del Sub-Clúster, se tiene organizada la información que da cuenta de las ciudades que concentran el mayor número de intervenciones en salud materna como Arauca, Cúcuta, Villa del Rosario y Maicao. Esto permitió establecer que, debido a esta concentración de atenciones en estos territorios, se ha observado una reducción en la mortalidad materna en las mujeres migrantes. Por el contrario, ciudades como Bogotá, Barranquilla o Soacha estaban presentando más casos de mortalidad materna. Lo anterior da cuenta de que la ejecución de estos programas ha sido de gran utilidad para reducir la mortalidad materna.

Aunque se ha avanzado en la atención para este grupo, dado que hoy en día se atienden 69 mil mujeres y no 29 mil como en el primer año; en esas 69 mil mujeres hay un aumento en la regularización, lo cual también establece unos retos en aseguramiento, tal y como lo manifestó la autoridad sanitaria entrevistada:

*“En el año 2021 se evidenció que seis de cada diez mujeres que estaban regularizadas no estaban afiliadas y que había un proceso y un cuello de botella importante en el aseguramiento [...] pero además tenemos estudiado el problema de que las mujeres se aseguran y no tienen atenciones porque entran en un sistema de salud colombiano, y ese sistema de salud colombiano, pues tiene unas complejidades y unas particularidades, que en términos de las barreras, incluso es peor que el mundo de la atención de las agencias de cooperación y que ese aseguramiento no nos resuelve el problema de las atenciones” [AS-01]*

Es una acumulación de retos, tal y como lo señala esta misma persona:

*“[Tenemos] el reto de la regularización de la población que tendría derecho. El reto del aseguramiento de esa población que está regularizada y el reto de las EPS, pero también de las agencias de cooperación [ese es un nuevo componente del paquete] [...] [por eso] también se pone un esfuerzo importante en los territorios para que, en el marco de lo más promocional de la ruta, se fortalezcan las redes sociales de apoyo para las personas migrantes...y fortalecer las capacidades de la población de los territorios para la implementación de la ruta” [AS-01]*

En ese sentido, desde el MSPS, además de las herramientas normativas, también se han aunado esfuerzos con la cooperación internacional para el diseño de herramientas técnicas orientadas a:

- **la construcción, definición y estimación del costo del paquete de atención materno perinatal** en población migrante pendular venezolana para su atención en el país. El paquete de atención materno perinatal se definió en los siguientes componentes: 1) Atención para la anticoncepción, 2) Atención prenatal, 3) Atención del parto vaginal, 4) Cesárea, 5) Atención para la anticoncepción posparto y, 6) Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), desde la perspectiva del tercer pagador (SGSSS) (Banco Mundial, 2021).
- **generar un lineamiento para la implementación del modelo de contratación por paquetes**, en el cual se “plantea un modelo que tiene una secuencia operativa según las etapas de la contratación (precontractual, contractual y liquidación contractual) y aclarando las responsabilidades por entidad interviniente (operador o responsable de pago, inversor o prestador de servicios de salud)”. Este lineamiento fue desarrollado por el programa Comunidades Saludables de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por su sigla en inglés) (Cañón, C et al. 2021).

- **diseñar un prototipo de pago por resultados a prestadores y diseñar un incentivo para la captación temprana de gestantes migrantes**, que lleve al logro de los resultados de reducción de morbilidad y mortalidad materna de esta población. Lo que se busca es la incorporación de esas intervenciones más anticipatorias de la ruta, según lo manifestado por la autoridad sanitaria nacional entrevistada, quien considera que las intervenciones como la inducción a la demanda y la canalización por sí solas no son suficientes. Por eso se plantea este esfuerzo adicional de “generar un esquema de pago por desempeño que permita evaluar unas métricas relacionadas con el disfrute o el goce efectivo de ese paquete y que puedan ser incluidas como uno de los drivers del pago” [Entrevista con Autoridad Sanitaria, 2022]. El desarrollo de este prototipo está basado en el modelo de contratación por paquetes diseñado por USAID y, en el paquete de atención materno perinatal diseñado por el Banco Mundial y avalado por el MSPS. Actualmente se está desarrollando este proyecto piloto en la ciudad de Barranquilla por parte del programa Comunidades Saludables a través de un ejecutor [Entrevista con entidad ejecutora, 2022. Ver Anexo 1].

Adicionalmente, desde el Sub-Clúster de Salud Materna y Salud Sexual y Reproductiva se ha hecho el esfuerzo para hacer más homogéneos tanto los contenidos de los paquetes como la respuesta en SSR que tienen las agencias y organizaciones de cooperación internacional. De acuerdo con el entrevistado del nivel nacional, para la implementación de la ruta, uno de los elementos centrales ha sido trabajar en la definición de costos. En ese sentido hay varias opciones para la implementación: la propuesta de costos financiada por el Banco Mundial, los costos establecidos en el Manual Tarifario de Salud-SOAT y, los costos que establezca el prestador de acuerdo con su experiencia. Esto ha permitido desarrollar un paquete de intervenciones, en una población potencial por territorio y por temática y, por lo tanto, contar con un costo global y modular. Este ejercicio ha permitido, en palabras del entrevistado:

*“[presentar] a las agencias de cooperación internacional modularmente, es decir, usted pudiera cruzar un primer cuadrante de mandato temático, es decir, hay agencias que no invierten en interrupción voluntaria del embarazo, más en ese entonces que estaba el gobierno precedente de Estados Unidos, y lo cruzado con el cuadrante de lo territorial. Entonces yo estoy en Cúcuta y me dedicó al tema de VIH, entonces pudiera modularmente matricularse en ese cuadrante y así poder tener una estimación de costos, pero también tener un poco de ese fondo, de ese paquete de intervenciones que debería ejecutarse de manera...en una metodología y en una modalidad de todo o nada. Si usted va a dedicarse a VIH, tiene que pagar por estas y estas intervenciones; si usted va a dedicarse a lo de salud materna no va a hacer solo pruebas de VIH y de sífilis, si no que tiene que hacer un paquete mínimo de controles prenatales y de laboratorios” [AS-01]*

Luego de este panorama general, en la siguiente sección se presentan los resultados de la sistematización de la experiencia de implementación de paquetes de atención materno perinatal en dos ciudades: Cúcuta y Bogotá.

## 3.2 SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE CÚCUTA

De acuerdo con los datos disponibles en el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de población migrante, con corte a junio de 2021 se tenía un registro de 128.631 migrantes en el municipio de San José de Cúcuta, cifra equivalente al 59,8% de toda la población migrante venezolana ubicada en el departamento Norte de Santander (214.898 migrantes) (Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, 2021). Por su parte, según los datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud con corte a julio de 2022, de un total

de 77.836 migrantes con PPT en el municipio de Cúcuta, 36.691 (47,14%) se encuentran afiliados al SGSSS (MSPS, 2022). De igual forma, durante el período comprendido entre el 1 marzo de 2017 y el 30 de abril de 2022 se han atendido un total de 119.400 personas procedentes de Venezuela, siendo en su mayoría mujeres, con un total de 72.118 (60,4%) de las atenciones. En total se prestaron 1.115.125 atenciones en salud durante todo el período.

### 3.2.1 LA SITUACIÓN INICIAL Y LOS ELEMENTOS DEL CONTEXTO

De acuerdo con la información suministrada por los entrevistados, a partir del año 2018, junto con la crisis migratoria vino un aumento en la demanda de servicios de atención materno perinatal, además de la presión sobre la capacidad instalada del municipio. Esta situación tuvo un impacto negativo en los indicadores de salud materna en el territorio. También generó una alerta entre las autoridades sanitarias, quienes empezaron a reaccionar frente a esta situación y a establecer una serie de acciones para el fortalecimiento de la capacidad de respuesta territorial para mitigar dichos impactos.

#### **Perspectiva de la autoridad sanitaria nacional**

Desde la perspectiva de la autoridad sanitaria, hubo dos hitos en ese momento que encendieron las alertas sobre la salud materno perinatal de las mujeres migrantes venezolanas. Por un lado, en el año 2019 ingresaron 29 mil mujeres al país sin ningún tipo de aseguramiento a tener sus partos. Eso en ese momento afectó negativamente los indicadores. Por un lado, por el efecto negativo de la baja cobertura de controles prenatales. Por otra parte, estaba el impacto del cálculo de indicadores relacionados con los controles prenatales y con la mortalidad materna, entre otros indicadores que se vieron afectados por el efecto del aumento de partos y de nacidos vivos en el denominador.

Asimismo, en el año 2019 se publica un estudio de que hace Profamilia de necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva para población migrante venezolana, en el cual se evidenciaron las barreras de acceso que tiene la población migrante residente en ciudades fronterizas para acceder a todo un paquete de atenciones relacionadas con la SSR, entre estas, el municipio de Cúcuta. Entonces está el esfuerzo que hace el equipo inter agencial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en generar unos PIMS<sup>5</sup> en situaciones de crisis humanitarias, como una respuesta inicial para atender este problema creciente.

Por otra parte, si bien había un manejo por parte de un número creciente de organizaciones que estaban atentas al problema, lo abordaban con una oferta fragmentada y, en algunos casos no correspondía con las prioridades a atender en el territorio y con poca capacidad de coordinación interinstitucional

#### **Perspectiva de la autoridad sanitaria territorial**

Desde la perspectiva de la autoridad sanitaria territorial, el aumento de la demanda de los servicios de urgencias por parte de la población migrante venezolana fue el punto de partida para comenzar a evidenciar una serie de problemas relacionados con el acceso oportuno a la atención materno perinatal. En palabras de una de las personas entrevistadas:

*“Entonces, en el contexto, digamos que el detonante fue materno perinatal, fue lo primero que impactó todo el sistema de salud en Cúcuta. Después empezamos a ver ya los temas de enfermedades de alto costo y ya hoy en día empezamos a identificar el crecimiento en problemas de salud mental” [ASC-01]*

Por otra parte, desde los procesos de vigilancia en salud pública también se comienza a identificar en las unidades de análisis de eventos, un aumento en los indicadores trazadores como la mortalidad materna, la morbilidad materna extrema, la sífilis gestacional entre otros eventos; en un contexto de flujos

---

<sup>5</sup> El PIMS es el Paquete Inicial Mínimo de Servicios para la Salud Sexual y Reproductiva, promovido por UNFPA para la protección de los derechos sexuales y reproductivos.

migratorios mixtos que imponen un reto adicional a las autoridades sanitarias locales. Esto ha requerido un trabajo mancomunado entre las autoridades municipales y departamentales para mejorar la respuesta frente al impacto generado en la salud pública:

*“Porque efectivamente, la situación en la población migrante por estar de paso en nuestro territorio hace parte de nuestra población ¿cierto? además que vienen con vocación de permanencia y esa vocación de permanencia hace que, de alguna u otra manera alteren los indicadores y en ese sentido nosotros como ente territorial hemos articulado acciones, los equipos de vigilancia en salud pública han articulado acciones con la Secretaría [de Salud] no solamente de la ciudad de Cúcuta, sino con el resto de las secretarías del departamento [ASNS-02]*

En la siguiente tabla se presenta el comportamiento de los indicadores de salud materna en mujeres de nacionalidad venezolana que residen en el municipio de Cúcuta.

**Tabla 9. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Cúcuta. Período 2020-2021.**

Indicador	2020	2021p
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	57,47	46,21
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	17,82	N.D.
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	66,09	N.D.
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	90	82
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	37,53%	40,11%

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Los datos de 2021 son preliminares.

De acuerdo con los datos reportados en el Observatorio Nacional de Migración y Salud, al revisar el comportamiento según vinculación al SGSSS, llama la atención que todos estos eventos se concentran en las gestantes no afiliadas, coincidiendo con el comportamiento presentado en el país, como se puede observar en la siguiente tabla.

**Tabla 10. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Cúcuta. Desagregados por tipo de vinculación al SGSSS, año 2020.**

Indicador	RC*	RS**	NA***
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	-	-	100%
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	6,45%	12,9%	80,65%
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	0,87%	0,87%	98,26%
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	2,56%	13,46%	83,97%
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	3,68%	12,25%	84,07%

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). \*RC: Régimen Contributivo, \*\*RS: Régimen Subsidiado, \*\*\*NA: No Afiliado.

Por otra parte, de acuerdo con la información suministrada por el ASIS de población migrante, en Cúcuta se concentra una problemática relevante por mortalidad fetal en población migrante venezolana, ya que esta representa el 50,5% del total de la mortalidad registrada durante el período 2015 a 2020. Tal y como

lo señala este mismo documento, “este escenario ha surgido como consecuencia de falta de controles prenatales y planificación familiar en este grupo poblacional, dada la situación crítica que atraviesa el vecino país, llegando las gestantes con complicaciones obstétricas, además de otros problemas de salud sexual y reproductiva, como sífilis gestacional y VIH/Sida”(Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, 2021).

Todo lo anterior es el reflejo de una de las grandes dificultades a la hora de poder garantizar el goce efectivo del derecho a la salud por parte de las mujeres migrantes provenientes de Venezuela mediante el acceso a los servicios de salud por medio del SGSSS:

*“lo primero que empezamos a ver era la alta demanda en esos servicios de urgencias, pero la poca accesibilidad que tenía el migrante al sistema, porque el mismo sistema de salud no le permitía...recordemos que luego empezaron a normalizar, digamos que la atención a los migrantes [...] Entonces eso fue lo más visible que teníamos y empezamos a tener también [todo lo] relacionado con salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, aquellas personas o aquellos migrantes que llegaban a nuestra ciudad y no teníamos como ofrecerles una atención en cuanto a las infecciones de transmisión sexual, especialmente con VIH/Sida. Entonces el sistema colombiano pues tampoco le ofertaba absolutamente nada” [ASC-01]*

La situación en materia de SSR en el municipio de Cúcuta da cuenta de las barreras y necesidades identificadas en la población migrante venezolana frente al acceso efectivo a los servicios de salud. Por ejemplo, el estudio de Profamilia e IFFP, encontró que las necesidades más urgentes e inmediatas de la población migrante son 1) el acceso a servicios de planificación, 2) la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y 3) educación integral para la sexualidad (Profamilia & IPPF, 2019). Asimismo, el estudio de Profamilia y OFDA-USAID identificó que dentro de las necesidades más urgentes en salud están el acceso a servicios de atención primaria en salud y exámenes diagnósticos y, la atención de controles prenatales y controles post parto (Profamilia & OFDA-USAID, 2020).

Esta situación hace que las mujeres migrantes provenientes de Venezuela acudan a los servicios solo cuando presentan una urgencia. En el caso de las gestantes, ellas asisten sólo cuando tienen una urgencia gineco obstétrica, en detrimento de las acciones más preventivas:

*“[Por ejemplo] en el [Hospital] Erasmo Meoz lo que se empezó a identificar es que en medio de la emergencia o de la situación de urgencia, el servicio en el que más vimos impacto fue en el servicio de urgencias gineco obstétricas, donde básicamente se duplicó la demanda que teníamos en el servicio y para esa fecha [2017-2018 aprox.] el 80 por ciento era población migrante. Dentro del análisis que se hizo, pues básicamente iban todas al Erasmo Meoz porque se convertían en alta complejidad al no tener todas las consultas prenatales y por lo tanto siempre llegaban al hospital. De allí pienso que surge una de las necesidades que como departamento se liderara esta ruta para mirar con la población migrante materno perinatal puntualmente cómo lo íbamos a trabajar, porque estaba toda la cooperación enfocada en algunos casos también atención de urgencias o consulta externa, pero no estaba mitigando el impacto que teníamos en el Erasmo” [ASC-01]*

## **Perspectiva del prestador**

Desde la perspectiva del prestador, hay un aumento en la demanda de los servicios por parte de la población migrante en condición irregular, que es la que acude por urgencias al no contar con aseguramiento en salud:

*“Porque las personas, casi el 80 por ciento, el 100 por ciento de las personas migrantes que se atiende es irregular. Entonces no la podemos afiliar, no pueden acceder a un sistema de seguridad, pues como dice la norma y con el permiso transitorio como se empezó y, regularmente el hospital venía atendiendo población migrante, población venezolana, pero no era en un número tan, tan alto y tan en número de actividades tan frecuentes como el que se vive a partir de los últimos cinco años” [PC-01]*

Las mujeres migrantes por su parte llegan a recibir la atención del parto, pero con una serie de comorbilidades asociadas a la falta de controles prenatales y a toda la atención integral que se requiere en esta etapa:

“Lo que pasa es que eso tiene que ver con el gran porcentaje de señoras que para la ciudad de Cúcuta que lo estaba marcando, la alerta era que en el hospital, el 85 por ciento de las mujeres que se atienden en el [Hospital] Erasmo, eran mujeres embarazadas venezolanas y resulta que iba eso asociado a una gran cantidad de enfermedades del tipo de transmisión sexual, entre ellas la sífilis, que nos tiene sorprendidos a nivel local la cantidad de niños con sífilis congénita y eso al parecer tuviera que ver con la inadecuada prestación de servicios de salud en de promoción y prevención en Venezuela y pues la alta migración que generó la salida de estos venezolanos [PC-02]

### 3.2.2 LA INTENCIONALIDAD Y EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

El proceso de intervención por medio de los paquetes de atención materno perinatal tiene el propósito de ampliar el espectro de la atención al que actualmente tienen acceso las mujeres migrantes, y que en todo caso está muy restringido a la atención del parto a través de la atención inicial de urgencias. Por ejemplo, el PIMS establece una serie de acciones anticipatorias como la entrega de anticonceptivos, el tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y la definición de kits con los insumos para la implementación de los servicios prioritarios de SSR durante las emergencias (UNFPA & MSPS, 2020). En la siguiente tabla se presenta la consolidación de los kits para cada objetivo del PIMS:

**Tabla 11. Relación de los kits para cada objetivo del PIMS**

Bloque	No. del Kit	Nombre	Objetivo PIMS
<b>Bloque 1: para la atención por parte de prestadores primarios y complementarios de cobertura local.</b> Contiene 6 kits destinados a proveedores de servicios que suministran cuidados de SSR en centros de atención primaria, incluyendo las temporales que se ubiquen en albergues y en comunidades. Cada kit está diseñado para cubrir las necesidades de 10.000 personas durante 3 meses.	A	Dignidad (para mujeres)	Acción Prioritaria
	1	Preservativos masculinos	Reducir la transmisión del VIH y otras ITS
	2	Parto Limpio (Parte A: gestante Parte B: partera)	Prevenir el aumento de morbilidad materna y neonatal
	3	Tratamiento de violencia sexual	Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual
	4	Anticonceptivos de larga duración y de emergencia	Acción Prioritaria
	5	Tratamiento sintomático de las ITS	Acción Prioritaria
<b>Bloque 2: para la atención por parte de prestadores primarios y complementarios de cobertura regional.</b> Consta de cuatro Kits, para ser utilizados en centros hospitalarios por	6	Parto con asistencia médica	Prevenir el aumento de morbilidad materna y neonatal
	7	Dispositivo Intrauterino (DIU)	Acción Prioritaria

Bloque	No. del Kit	Nombre	Objetivo PIMS
profesionales de la salud, con conocimientos de atención del parto, así como con habilidades de atención obstétrica y neonatal.	8	Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y manejo de complicaciones derivadas del aborto	Prevenir el aumento de morbilidad materna y neonatal
	9	Sutura de desgarros (cervical y vaginal), examen vaginal	Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual  Prevenir el aumento de morbilidad materna y neonatal

Fuente: adaptado de *Guía Práctica para la Implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios para la Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis Humanitarias – PIMS – Colombia*. UNFPA & MSPS (2020).

A pesar de contar con estas intervenciones, aún persiste el reto de garantizar el continuo de la atención materno perinatal para las gestantes migrantes en condición irregular o pendular; puesto que la atención se provee de forma fragmentada y persisten las dificultades para la captación temprana de las gestantes, por las mismas características de esta población.

### Perspectiva de la autoridad sanitaria nacional

Para la autoridad sanitaria, todo este contexto en el que se viene dando la atención materno perinatal, plantea la necesidad de comenzar a adaptar la respuesta humanitaria con la que se presta la atención materno perinatal en contextos de emergencia; para avanzar hacia la definición de un paquete de atención mínimo basado en la Ruta Integral de Atención en Salud y que incluya a su vez tratamientos, hospitalizaciones y otras atenciones requeridas por el binomio madre e hijo:

*“[...] ya que esta crisis pues nos presentó éticamente en términos de la salud pública uno de los mayores retos y era como un recién nacido que nace hoy con una madre con sífilis lo podemos hospitalizar, ingresar en una unidad de cuidado intensivo, hacer punción lumbar de todo lo que podemos someter al recién nacido, pero cuatro semanas antes no le podíamos dar un Benzetacil así a la madre. Eso en el marco de las reglas del aseguramiento. Ese es un precedente... bueno... un par de precedentes importantes ¿no? el antecedente epidemiológico, obviamente el de la migración, el demográfico, el epidemiológico de la afectación de los indicadores, el de los referentes técnicos que necesitaban adaptarse y el del estudio [de Profamilia] que ya nos vinculaba un poco más allá hacia unas prioridades en términos de la salud sexual y reproductiva” [AS-01]*

En tal sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Cancillería definió un paquete de intervenciones en SSR orientado a atender esas prioridades de acuerdo con los hallazgos del estudio de Profamilia como la salud materna, el componente de IVE, ya que es muy importante en este caso porque muchas de las mujeres estaban demandando ese servicio. También se incorporó el tema de anticoncepción que en todas las situaciones de emergencias y de crisis humanitarias es tan importante y este fenómeno migratorio también lo es. A partir de esto, se realiza el ejercicio de definición de intervenciones a incorporar, así como la estimación de costos y de la demanda potencial del paquete propuesto en la ruta, tal y como se mencionó en una sección previa de este documento.

Luego se definen las ciudades para iniciar el proceso de implementación de esta propuesta de paquete. Uno de los municipios elegidos fue Cúcuta; elegida a conveniencia en términos de con quién era más fácil trabajar, en que hospitales podía ser más fácil trabajar y que hospitales podían tener la voluntad de hacer ese trabajo. Finalmente se hace la contratación con el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

## Perspectiva de la autoridad sanitaria territorial

En Cúcuta, el direccionamiento para la implementación de los paquetes de atención materno perinatal se lleva a cabo mancomunadamente entre el Instituto Departamental de Salud (IDS) y la Secretaría de Salud del municipio. Este ejercicio se lleva en tres niveles: un nivel de direccionamiento estratégico del sector, un nivel de direccionamiento táctico y operativo y, un nivel de vigilancia en salud pública. El direccionamiento estratégico está a cargo del Instituto Departamental de Salud como máxima autoridad sanitaria. La Secretaría de Salud municipal acoge las directrices y se encarga del direccionamiento táctico y operativo en salud pública desde la Dimensión de Salud Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos. Lo anterior se complementa con los procesos de vigilancia en salud pública.

En ese sentido, un primer momento para la definición de la RIAMP se hace en la Sub-mesa de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento (la cual hace parte de la Mesa o Sub-Clúster de Salud Departamental), en cabeza del IDS, desde donde se hace todo el seguimiento a la implementación de acciones con población migrante proveniente de Venezuela en conjunto con los cooperantes y organizaciones presentes en el territorio y que ofertan servicios de SSR:

*“Desde el comienzo hicimos la primera revisión de la Ruta de Atención Materno Perinatal con cada una de las agencias y de las organizaciones que estaban en el territorio, especialmente en nuestro municipio, porque si bien es cierto está Cúcuta... como ciudad capital, pues es donde alberga un mayor número de migrantes o personas que también van en tránsito hacia el interior de nuestro país...pero también está haciendo parte de Villa del Rosario, Los Patios en el área metropolitana y también en la región del Catatumbo. específicamente Tibú y esas zonas... toda la zona fronteriza, también Puerto Santander. Hicimos una revisión en una de esas mesas. Se hizo una concertación con los agentes, con las agencias o con los prestadores acerca de lo que sería la atención materno perinatal en territorio, especialmente en el municipio San José de Cúcuta y en el cual salió un documento. Tuvimos un documento. Al comienzo no sabíamos ni siquiera como íbamos a llamarle, si era ruta... ¿cómo le íbamos a llamar? Entonces era como atención materno perinatal. Porque recordemos que siempre han estado en contextos de emergencia y no podríamos exigirle igual que una Resolución 3280/2018 [lineamientos de la RIAMP]” [ASC-01]*

Además de la atención materno perinatal, otra prioridad para las autoridades territoriales ha sido la de mejorar el acceso a métodos de anticoncepción y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), por las necesidades insatisfechas referidas por la población migrante:

*“Se han realizado varias sesiones con los cooperantes para la construcción de una ruta de anticoncepción en adolescentes, según la Resolución 3280 del 2018, en donde efectivamente, el enfoque es migratorio. En estos momentos...se está construyendo entre todos los integrantes de la Sub-mesa la ruta de IVE para población migrante, siguiendo los lineamientos precisamente de la [Resolución] 3280 del 2018” [ASNS-04]*

Al mismo tiempo que se llevan a cabo los procesos de direccionamiento estratégico, se hace un proceso de direccionamiento y de acompañamiento técnico y operativo orientado al fortalecimiento de las capacidades de atención en SSR y salud materna, así como de los procesos de vigilancia en salud pública:

*“También desde el Instituto Departamental de Salud se está implementando un grupo de profesionales a través de gestión de la salud pública, el grupo de las RIAS, lo de la ruta materno perinatal y la ruta de promoción de la salud. Entonces desde el año pasado se está conformando un grupo de profesionales de cada dimensión donde hacen el acompañamiento a todas las ESE. El año pasado se visitaron casi la mayoría de ESE. Ese año se visitaron algunas EAPB y pues la idea es que se haga un plan de acción o se hizo un plan de acción para la implementación de RIAS en cuanto a la promoción de la salud materno perinatal en Norte de Santander. Entonces se está trabajando desde el Instituto precisamente en eso” [ASNS-04]*

*“[...] también la Secretaría de Salud se empezó a movilizar teniendo en cuenta las acciones que estaban realizando los cooperantes en las comunidades directamente con la población migrante. Y ellos como empezaron a canalizar no sólo la situación en la prestación de servicios de salud, sino también en temas de salud pública. Y*

*ahí fue donde nosotros llegamos a intervenir directamente, pues con todo lo que tiene que ver con las dimensiones que se lideran desde salud pública ¿sí? el tema de vacunación, el tema de capacitación, de vigilancia epidemiológica, hacer los seguimientos de acuerdo a la situación de salud que nos reportaban, porque recuerden que no solamente son los eventos de salud mental, sino también son los eventos de interés en salud pública que nos van reportando las IPS en la medida que nos iban dando este reporte” [ASC-01]*

Para poder fortalecer los procesos de información y de comunicación con los migrantes, se empezó a realizar un trabajo con líderes y organizaciones de base comunitaria. Esto lleva también al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria:

*“[...] entonces eso [el desconocimiento de los servicios de salud por parte de los migrantes] conllevó a que nosotros estuviéramos realizando casi que constantemente con las organizaciones, con los líderes comunitarios o las lideresas que existen en ciertos barrios de la ciudad, pero también en ciertas invasiones, digámoslo así, donde hay un mayor número de población migrante que nos dirigiéramos, nos desplazáramos allá e hiciéramos todo ese proceso de capacitación con urgencia. Casi que tenemos dos informaciones, una desde la prestación del servicio y la otra desde la información que nos suministraban los cooperantes. Y como nosotros empezamos a hacer este trabajo articulado también con ellos, especialmente en las zonas, para atender sus afectaciones físicas, pero también para prevenir todos los temas de eventos que están de interés en salud pública. De hecho, ellos [cooperantes] hacen parte de un espacio que tenemos como es el COVECOM, el comité de vigilancia epidemiológica comunitaria, que ellos ya están integrados allí. Y eso también, ese ejercicio de participación comunitaria ha llevado a fortalecer los espacios también de la vigilancia” [ASC-01]*

Frente al componente específico de atención materno perinatal, la Secretaría de Salud de Cúcuta, al inicio de la migración, hizo una contratación con la ESE Imsalud para la atención solo de maternas. Sin embargo, el presupuesto es muy corto para dar cobertura a todas las gestantes y a todas las mujeres en edad fértil, por lo cual, persisten las dificultades a la hora de garantizar una atención integral:

*“En toda la ruta de atención, nosotros seguimos teniendo dificultades en cuanto a que ninguna agencia, ninguna IPS oferta, por ejemplo, por lo que empieza la ruta, que es la atención preconcepcional, no la tenemos en ninguna. Tenemos dificultades también en la atención a los jóvenes. La tuvimos en un momento con la interrupción voluntaria del embarazo, especialmente después de la semana 20. Afortunadamente también y gracias a todos esos esfuerzos que en unión también con el Instituto Departamental de Salud y con todo el sistema de salud que tenemos en nuestro municipio, pues hoy en día afortunadamente las mujeres son atendidas en urgencias del Hospital Erasmo Meoz” [ASC-01]*

## **Perspectiva del prestador**

De acuerdo con la información suministrada por las personas entrevistadas, la prestación de los servicios de salud materno perinatal se lleva a cabo en dos Empresas Sociales del Estado, la ESE Imsalud de primer nivel de atención y el Hospital Universitario Erasmo Meoz, institución de tercer nivel de atención. Cada una tiene un paquete estructurado de acuerdo con su misionalidad.

- **ESE Imsalud**

En la ESE Imsalud, los paquetes que se ofrecen a población migrante están conformados por atenciones de bajo nivel de complejidad. De acuerdo con la información suministrada por la persona entrevistada esta IPS no hace demanda inducida. Cuentan con unidades móviles donde hacen una valoración por jornadas con la población migrante. La atención en la red de IPS la realizan con recursos de cooperación internacional, con lo cual se hace la ruta de acuerdo con la oferta de servicios de la ESE y lo que disponga el convenio de cooperación. Las tarifas que este prestador maneja son las establecidas por el Manual Tarifario-SOAT. En términos generales, la ruta de atención:

*“[...] incluye la atención por medicina general, odontología general, psicología, nutrición, paraclínicos básicos, y la atención del parto está por paquete. Si nosotros llegáramos a atender a alguna nos lo pagarían...la atención del parto, pero de primer nivel, de baja complejidad, porque nosotros somos una IPS de baja complejidad” [PC-02]*

Asimismo, dentro de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecen los siguientes servicios:

*“Promoción de la planificación familiar, el control del embarazo, el control de enfermedades de transmisión sexual. Educación. Atención del parto [...] También, garantizar la clasificación del riesgo obstétrico en esas gestantes que ya logran por interés y voluntad, mantener una continuidad en esa asistencia a los controles. Y si el parto y el embarazo cursan de manera normal y sin riesgo, la atención segura de ese parto y de ese recién nacido. [...] [Si hay convenio de cooperación] se les da el micronutriente [a las gestantes] y se le factura a la cooperación, nos están permitiendo eso los micronutrientes, si se pagan. Para la jornada que se adelantó de inserción de implantes [subdérmicos], también para disminuir los embarazos no deseados en esa población migrante” [PC-02]*

Para la consecución de recursos cuentan con un departamento de planeación donde hay un estructurador de proyectos, especialista en gerencia de proyectos y dependiendo del acuerdo que establezcan con una ONG o con un cooperante que quiera ayudar a los migrantes, pues se estructura de manera conjunta las actividades y los proyectos enmarcados en ese convenio.

Dentro de las dificultades que han tenido en la implementación está la falta de integralidad de las atenciones, en ese paso a un mayor nivel de complejidad. También por la oferta de los cooperantes:

*“Y ahí lo otro es que igual, a pesar de que hay muchas [ONG], todas prestan los mismos servicios y de pronto no hay ninguna que establezca una ruta que le garantice continuidad entre niveles avanzados a esa población. Si, ahí lo que se necesita es una integralidad. En salud se necesita una integralidad. Ninguna ONG ha garantizado a través de su colaboración en el sistema, la continuidad entre niveles de atención” [PC-02].*

En este proceso se pierde el seguimiento a las pacientes. Otro tanto se debe a las características propias de la migración irregular o pendular lo que hace difícil su seguimiento. Cuando llegan a los servicios de salud ya tienen complicaciones.

- Hospital Universitario Erasmo Meoz

En el Hospital Universitario Erasmo Meoz la planeación y la organización de las actividades y de las estrategias se hace con base en la demanda de los servicios, es decir, desde la misma demanda por parte de los usuarios. Los pacientes ingresan directamente por urgencias o por remisión de otras IPS, es decir, son receptores. En ese sentido, la demanda de servicios por parte de la población migrante irregular y pendular se da en la atención inicial de urgencias, que es lo que señala la norma, con las consecuencias que esto trae en términos de garantizar una mínima integralidad en la atención por las dificultades que esta población tiene para acceder a los tratamientos que se requieren y que no son una urgencia:

*“[...] debido a esa necesidad, se empezaron a establecer como las necesidades prácticamente valga la redundancia, de qué era y qué era lo que teníamos que resolver, porque las pacientes se quedaban ahí a espera o de una tutela, o de que el Instituto Departamental [de Salud] les resolviera, o que qué organización les podía resolver. Y pues nosotros nos quedábamos ahí con las atenciones y algunas, pues ya estaba el criterio médico de que había que hacerse, que había que atenderse porque estaba en peligro la gestante o porque estaba en peligro el recién nacido, o que esta señora hay que brindarle un método anticonceptivo porque ya la situación que tiene o la atención por el tema de agresión. Entonces empezamos como a establecer de qué manera se podía ir desarrollando y ya, pues cuando salen las rutas por parte del Ministerio [de Salud] específicas para estas poblaciones, pues ya lo que hacemos también es acogernos y empezar a trabajar con esas rutas” [PC-01]*

Luego, con el Ministerio de Salud y Protección Social implementaron la Ruta de Atención Materno Perinatal y Salud Sexual y Reproductiva, pero en esta no estaban incluidos los exámenes y la atención que hace el hospital. Solo incluyó el parto y algunas cosas adicionales:

*“Estuvimos en un proyecto y participamos en el tema con Cancillería [y el MSPS] y dos veces le solicitamos que por qué no nos lo modificaba... no, pero es que así fue que lo presentaron...” [PC-01]*

La persona entrevistada reporta que el mayor número de atenciones que se brindan en el hospital son en ginecología. También ofrecen métodos anticonceptivos definitivos como la ligadura de trompas:

*“Hay que ofrecerles un método anticonceptivo porque se van y vuelven a los ocho meses, nueve meses otra vez con otro embarazo, pero nunca pudimos lograr que se nos ajustara el proyecto porque que no, que esas no son las actividades. Muchas veces también para la ruta y la atención hay muchas organizaciones que no pueden cubrir ciertas actividades... no, es que mi trabajo es este, es que mi trabajo es este otro... y a pesar de eso hemos seguido atendiendo” [PC-01]*

Con los eventos de interés en salud pública, se hace el reporte del recién nacido o de la materna y queda la notificación por vigilancia epidemiológica, se les brinda el tratamiento y se realizan los seguimientos. Por ejemplo, en el caso de la sífilis congénita, tuvieron que adaptar una unidad para el tratamiento, dada la cantidad de casos que se presentan y por la duración de este (14 días). En algunos casos se remiten al primer nivel de atención para que continúen con su tratamiento:

*“el tema menos inconveniente que hay yo creo que es como con la ruta materno perinatal ¿sí? porque pues ellas vienen y se les hace el seguimiento y todo y se les dice pues que deben ir a la IPS que es la que crean en El Escobal, que es de la ESE Imsalud para el resto de los controles, pero algunas veces la población es como pendular, nos parece a nosotros, realmente un gran porcentaje es como pendular” [PC-01]*

Para fortalecer la ruta decidieron instalar un punto de vacunación, puesto que aplicaban la primera vacuna al recién nacido y, no volvían al refuerzo o si regresaban, el hospital no tenía como vacunarlos. Por eso las metas de vacunación del municipio de Cúcuta estaban fluctuantes y por eso fue una de las maneras de fortalecer y hacer un trabajo con ellos concertado de instalar el puesto de vacunación.

Frente al tema de información al migrante, en el hospital cuentan con el SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario) donde además de brindar información sobre la oferta de servicios de la ESE Imsalud. También hacen orientación hacia los servicios que ofrecen los cooperantes y las organizaciones de acuerdo con la necesidad identificada. Para los migrantes que tienen barreras de acceso con los tratamientos, ofrecen también asesoría jurídica. Otras estrategias complementarias son:

*“Tener la oficina de la Registraduría acá, el pedir el apoyo a Migración para poderlos regularizar, el prestarle los servicios por ejemplo en la ruta de materno perinatal estén o no autorizados, los ginecólogos en eso han sido muy como éticos. Si la persona necesita cesárea se le hace la cesárea, si necesita un pomeroy, se le hace el pomeroy, si debe quedarse con su bebé en el servicio, se queda. Sí, a veces se nos congestiona el servicio de maternidad por lo mismo y tanto, porque pues el bebé nació, si necesita el programa canguro por bajo peso se le brinda el programa, si del banco de leche necesita leche para tal, se le brinda, o sea, esté regularizado o lo hayamos podido... nosotros le estamos brindando como todo, porque en últimas es nuestra responsabilidad social y lo pensamos como enfocando también por esa parte, para que no digan que jurídicamente el hospital está haciendo lo que no debe hacer por el tema de ser una entidad pública ¿sí?” [PC-01]*

Frente al tema de contratación y de definición de tarifas, la entidad acoge las tarifas establecidas por la normatividad. Sin embargo, consideran que estas tarifas los ponen en desventaja frente a los servicios y las tarifas que manejan los cooperantes o las organizaciones; por lo cual prefieren no participar de convocatorias para proyectos de cooperación internacional o de otro tipo:

*“Porque es que una cosa es de pronto usted tener Bucaramanga hacia adelante, Bogotá, donde hay una sobreoferta de especialistas y otra cosa es estar acá en Cúcuta, que es una ciudad intermedia donde no hay muchos especialistas, donde para tener algunos servicios tenemos que pagar cierto valor, cierto costo. Por ser*

una entidad pública a mí si me obliga a tener el personal las 24 horas y de todos modos pues es nuestra.... para hacer una diferenciación y como la norma me obliga, es como una propuesta de valor que nosotros mismos dijimos como entidad la vamos a ofrecer, yo debo tener el especialista las 24 horas. Entonces mi costo y mis tarifas pues no van a ser las mismas de la competencia. Entonces cuando salen de pronto algunos proyectos o algo y dicen oferte, pues realmente no nos interesa ofertar porque es que yo nunca voy a poder competir con el que ustedes contratan de alguna ONG o de alguna fundación o de alguna IPS privada porque mis costos nunca van a dar” [PC-01]

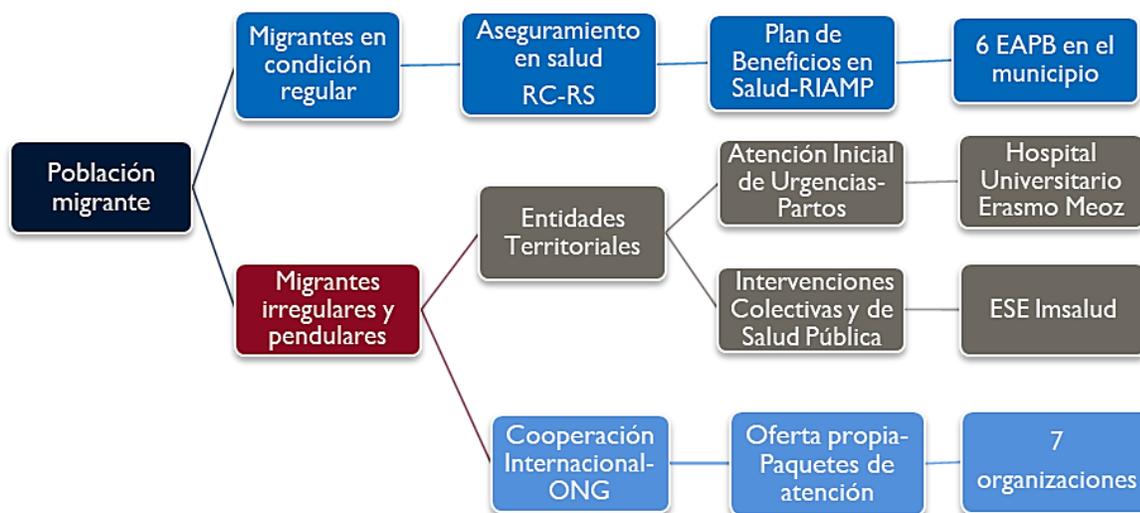
Dentro de las dificultades que el hospital ha tenido en la implementación, está el estado de la cartera en relación con la atención a población migrante irregular:

“Pues para el pago no hay nadie responsable realmente, porque la norma dice que yo no debo atender sino atención inicial de urgencia, ¿cierto? y la atención inicial de urgencias es el Estado colombiano como tal. Nosotros radicamos ante el Instituto Departamental de Salud nuestras facturas, lo que es ambulatorio y que es programado y que es electivo nos lo glosan inmediatamente. Tenemos que entrar como a decirle ...no, pero mire, la requería, lo atendí., por eso la población migrante termina interponiendo tutelas. Por eso el trabajo ahora de la parte de las tutelas es que es más alto [...] Yo estoy firmando casi 30 [tutelas] diarias, porque lo que no es urgencia, se supone que yo no debería estarlo ofreciendo y como le comentaba, el 80 por ciento de la población es irregular. Entonces cuando usted es regular, pues yo inmediatamente lo afilio y queda a un asegurador” [PC-01]

También señalan la desarticulación en el trabajo que realizan los cooperantes y las organizaciones, porque a veces se hacen actividades simultáneas, repetitivas, en particular en la atención de anticoncepción y, a pesar de que el hospital tiene la atención integral, no se les tiene en cuenta. Otras entidades terminan haciendo el procedimiento o la atención que el hospital ya tiene dentro de su portafolio.

En resumen, en la siguiente figura se presenta la ruta para el acceso a los servicios de salud, según la oferta disponible en el municipio de Cúcuta. La ESE Imsalud cuenta con atención de partos, pero de baja complejidad. Así que, debido a su complejidad, la atención del parto y sus complicaciones, la está asumiendo el Hospital Erasmo Meoz.

**Figura 6. Ruta de acceso a salud de la población migrante venezolana en el municipio de Cúcuta**



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, en el municipio hay siete (7) organizaciones que ofrecen servicios de promoción de la salud materna y la salud perinatal y, de promoción de la salud sexual y reproductiva; según la información disponible en el sistema de información del Clúster Salud.

### 3.2.3 LA SITUACIÓN FINAL O ACTUAL

En la siguiente tabla se presenta la distribución de atenciones en salud en personas procedentes de Venezuela según IPS en el municipio de Cúcuta para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021 (MSPS, 2022a).

**Tabla 12. Total de población migrante procedente de Venezuela atendida según IPS en el municipio de Cúcuta. Período 2017-2021**

IPS	Total	%
Hospital Universitario Erasmo Meoz	1.066.300	87,6
E.S.E. Imsalud	150.489	12,5
<b>Total Atenciones</b>	<b>1.216.789</b>	<b>100</b>

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Informe: *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a)

Cabe resaltar que, según este mismo informe, el Hospital Universitario Erasmo Meoz es la IPS que reporta el mayor número de atenciones a nivel nacional. Esta institución concentra el 7% del total de las atenciones en salud a población migrante que se reportaron en el país (n=15.153.674) durante el período 2017-2022 (MSPS, 2022a).

Frente a la morbilidad atendida en el municipio durante el período 2017-2020, en los grupos de adolescencia y juventud, la principal causa de demanda de servicios fueron el embarazo, parto y puerperio (33,2% y 37,6% respectivamente), con comportamiento sostenido durante el periodo analizado. En el grupo de adultez la principal causa de atención también fue el embarazo, parto y puerperio (13,7%), con comportamiento similar a los años anteriores (Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, 2021).

#### Caracterización de la atención materno perinatal en las IPS referenciadas

Para tener un panorama de las atenciones recibidas por parte de las mujeres migrantes procedentes de Venezuela en estas dos IPS: Hospital Universitario Erasmo Meoz y ESE Imsalud, se hace la extracción de datos reportados mediante los RIPS según lo estipulado en la Circular 029 de 2017, y que está puesta a disposición en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Es importante aclarar que, como se observará más adelante, la información presenta un subregistro significativo.

E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz (540010037101)

Para la población migrante venezolana, en la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, se han desarrollado 1.506.315 atenciones para 47.407 pacientes únicos con un valor de \$ 89.626.431.301, lo que lleva a costo per-cápita \$ 1.890.574 y por atención en un promedio con \$ 59.500; y con 31,77 atenciones promedio por atenciones.

Ahora bien, al analizar los CIE-10 referentes a la atención perinatal, en la información mostrada en la siguiente tabla, se encontró que los servicios con mayor costo total son: parto único asistido, sin otra especificación (O839), parto por cesárea de emergencia (O821), parto por cesárea, sin otra especificación (O829), atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa (O342) y aborto espontáneo: incompleto, sin complicación (O034).

**Tabla 13. Top 20 por costo de las atenciones en la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz Cúcuta con diagnósticos relacionados con atención perinatal. Período 2017-2022**

CIE-10	Costo Total	No. Atenciones	No. de personas atendidas	Costo por atención	Costo per-cápita	Atenciones per-cápita
O839	\$7.010.251.700	23.415	8.865	\$299.391	\$790.779	2,64
O821	\$5.120.863.579	8.787	3.792	\$582.777	\$1.350.439	2,32
O829	\$1.560.275.934	3.104	1.142	\$502.666	\$1.366.266	2,72
O342	\$1.067.938.600	5.999	2.282	\$178.019	\$467.984	2,63
O034	\$564.992.200	3.881	1.438	\$145.579	\$392.901	2,70
O809	\$462.892.700	1.568	832	\$295.212	\$556.361	1,88
O479	\$450.083.700	11.579	4.199	\$38.871	\$107.188	2,76
O470	\$212.803.900	4.767	1.641	\$44.641	\$129.679	2,90
O141	\$200.296.700	927	239	\$216.070	\$838.062	3,88
O471	\$196.594.500	5.123	1.926	\$38.375	\$102.074	2,66
O009	\$191.185,800	414	133	\$461.801	\$1.437.487	3,11
O364	\$135.456.900	561	166	\$241.456	\$816.005	3,38
O200	\$123.977.600	2.818	1.172	\$43.995	\$105.783	2,40
O321	\$111.885.200	447	200	\$250.302	\$559.426	2,24
O324	\$106.390.000	418	211	\$254.522	\$504.218	1,98
O021	\$83.388.700	1.122	467	\$74.321	\$178.563	2,40
O234	\$77.734,600	1.720	485	\$45.195	\$160.278	3,55
O16X	\$64.482.400	876	317	\$73.610	\$203.415	2,76
O300	\$63.716.200	562	117	\$113.374	\$544.583	4,80
O800	\$54.560.900	222	119	\$245.770	\$458.495	1,87

Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Cubo Circular 029 de 2017.

Por otro lado, los 5 servicios por los que más atenciones y personas son atendidas son: parto único asistido, sin otra especificación (O839), falso trabajo de parto sin otra especificación (O479), parto por cesárea de emergencia (O821), atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa (O342) y falso trabajo de parto antes de la 37 y más semanas completas de gestación (O471).

- E.S.E. Imsalud (540010086101)

Para la población migrante venezolana, en la E.S.E. Imsalud se han desarrollado 308.979 atenciones para 53.201 pacientes únicos con un valor de \$ 6.528.734.385, lo que lleva a costo per-cápita \$ \$122.718 y por atención en un promedio con \$ 21.130; y con 5,81 atenciones promedio por atenciones.

Ahora bien, al analizar los CIE-10 referentes a la atención perinatal en la información mostrada en la siguiente tabla se encontró que los servicios con mayor costo total son: nacido vivo, único (Z370), falso trabajo de parto sin otra especificación (O479), falso trabajo de parto antes de la 37 y más semanas completas de gestación (O471), parto único espontaneo, sin otra especificación (O809) y amenaza de aborto (O200).

**Tabla 14. Top 20 por costo de las atenciones en la E.S.E. Imsalud con diagnósticos relacionados con atención perinatal. Período 2017-2022**

CIE-10	Costo Total	No. Atenciones	No. de personas atendidas	Costo por atención	Costo per-cápita	Atenciones per-cápita
Z370	\$91.913.937	1.231	247	\$74.666	\$372.121	4,98
O479	\$65.145.191	1.359	370	\$47.936	\$176.068	3,67
O471	\$58.700.970	1.229	391	\$47.763	\$150.130	3,14
O809	\$33.979.000	425	147	\$79.951	\$231.150	2,89
O200	\$33.237.320	848	377	\$39.195	\$88.163	2,25
O470	\$32.717.307	895	260	\$36.556	\$125.836	3,44
Z380	\$29.173.125	1.010	154	\$28.884	\$189.436	6,56
O839	\$25.402.100	254	80	\$100.008	\$317.526	3,18
O800	\$12.700.400	180	44	\$70.558	\$288.645	4,09
O234	\$12.181.400	455	120	\$26.772	\$101.512	3,79
O623	\$11.038.200	224	78	\$49.278	\$141.515	2,87
O000	\$7.631.450	150	53	\$50.876	\$143.990	2,83
O429	\$6.357.342	151	54	\$42.102	\$117.729	2,80
Z390	\$5.325.200	93	24	\$57.260	\$221.883	3,88
O210	\$4.862.836	119	61	\$40.864	\$79.719	1,95
O233	\$4.857.394	172	34	\$28.241	\$142.865	5,06
O034	\$4.337.200	104	54	\$41.704	\$80.319	1,93
O912	\$4.323.700	79	33	\$54.730	\$131.021	2,39
Z348	\$3.825.500	627	431	\$6.101	\$8.876	1,45
O13X	\$3.795.136	134	37	\$28.322	\$102.571	3,62

Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Cubo Circular 029 de 2017.

En cuanto al número de atenciones los diagnósticos principales fueron; falso trabajo de parto sin otra especificación (O479), nacido vivo, único (Z370), falso trabajo de parto antes de la 37 y más semanas completas de gestación (O471), producto único, nacido en hospital (Z380) y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación (O470). En cuanto al número de personas atendidas se tiene que el top 5 es: supervisión de otros embarazos normales (Z348), falso trabajo de parto antes de la 37 y más semanas completas de gestación (O471), amenaza de aborto (O200), falso trabajo de parto sin otra especificación (O479) y falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación (O470).

De acuerdo con la información extraída del SISPRO, las atenciones reportadas son el reflejo de la situación del acceso y de la prestación de los servicios que tienen las migrantes en condición irregular o pendular. Dichas atenciones se concentran en la atención del parto en las dos instituciones; con un mayor peso en el Hospital Erasmo Meoz, dada las complicaciones inherentes a la falta de una adecuada atención prenatal y teniendo en cuenta que en la ESE Imsalud se atienden partos de baja complejidad. Aunque la información no da cuenta de quien es el pagador, por la información suministrada por las personas entrevistadas se sabe que, por ejemplo, el Hospital Erasmo Meoz le factura directamente al Instituto Departamental de Salud ya que actualmente no tiene ningún convenio de cooperación internacional. Por otra parte, la ESE Imsalud le factura a la Secretaría de Salud municipal y a los cooperantes con los que tenga convenio.

Ahora bien, la información reportada al RIPS solo da cuenta de la atención de urgencias, y es lo que se ve reflejado en la información relacionada con el reporte de atención a población migrante, con la dificultad que esto conlleva:

*“Cuando uno mira los RIPS, entonces obviamente uno dice ¿qué me da RIPS? Lo que la norma autoriza, urgencias. Entonces no me está dando nada en realidad. Me está mostrando es simplemente una demanda inducida por situaciones de urgencias que se presentaron y que tuvieron que ir a consultar” [ASNS-03].*

## Consideraciones finales

Si bien en el municipio de Cúcuta hay una oferta de servicios relacionados con la atención materno perinatal para migrantes irregulares, en parte, gracias a la disposición de recursos por parte de agencias y organizaciones de cooperación internacional; esta aún es insuficiente para atender la demanda creciente de estos servicios. Por otra parte, con la prestación de los servicios de salud materno perinatal por parte de los cooperantes y de las organizaciones, también persisten las dificultades con la implementación de las rutas, particularmente con la implementación de la Resolución 3280/2018, ya que no prestan los servicios como una IPS regular. Por lo tanto, no tienen toda la ruta, o no cumplen, por ejemplo, con todos los controles prenatales que deberían cumplir. También por la misma naturaleza de la atención que ofrecen, de carácter humanitario, muchas de estas organizaciones no reportan a los sistemas de información, lo que dificulta el seguimiento a eventos de interés en salud pública.

Entonces la Secretaría de Salud municipal hizo una articulación con las agencias o con los cooperantes para que se convirtieran en Unidades Primarias Generadoras de Datos. Eso ha permitido fortalecer la vigilancia en salud pública:

*“pues se tiene una mayor aproximación a la realidad, sin desconocer que hay gente que no consulta a nuestras IPS pero todo lo que atiende las IPS o las agencias que existen en el municipio están caracterizadas y notificando al sistema de vigilancia, que ese es un gran avance que nos permitió pues también mirar cómo es el comportamiento de cada uno de estos eventos” [ASC-01]*

Lo anterior se complementa con el Observatorio de la Secretaría de Salud, que es una herramienta que fortalece los procesos de gestión de información y del conocimiento. Cuentan con un ASIS específico para población migrante (ASIS-Migrantes), tienen dispuesto un directorio con la red de cooperantes debidamente actualizado y que contiene la información con los servicios que ofrece cada cooperante<sup>6</sup>.

Dentro de los resultados de la implementación de la ruta de atención materno perinatal se resalta el apoyo de los cooperantes y de las diferentes organizaciones, lo que ha permitido el fortalecimiento de capacidades en diferentes niveles: en la capacidad instalada para la atención, en la prestación directa de los servicios y en el fortalecimiento del talento humano. Esto último ha permitido, por ejemplo, contar con un talento humano altamente capacitado, lo que ha permitido además robustecer los procesos de vigilancia en salud pública y de la vigilancia en zona de frontera, así como el trabajo de Sanidad Portuaria del Instituto Departamental de Salud.

Para finalizar, a pesar de todos los esfuerzos que han hecho las autoridades sanitarias, una preocupación actual es que Cúcuta en la actualidad no tiene capacidad instalada suficiente para atender los 790.000 nacionales cucuteños, y en ese escenario se está proyectando un aumento de la demanda a 200.000 teniendo en cuenta la población regularizada y vinculada al SGSSS; eso sin tener en cuenta la población migrante irregular o pendular que va a seguir demandando servicios:

*“si nosotros hoy no tenemos suficientes camas para atender los 700.000, ahora en menos de un año, pues si no crece en capacidad instalada la ciudad, pues no vamos a tener para atender los 900.000 y el sistema va a*

---

<sup>6</sup> La información del Observatorio de la Secretaría de Salud se encuentra en el siguiente enlace: <https://sites.google.com/view/observatoriosaludcucuta/inicio?athuser=0>

*continuar colapsado. La oportunidad de la asignación de citas solamente para los que estamos asegurados va a ser peor porque son 200.000 personas más buscando citas. Entonces si hoy en día, con 700.000 no somos capaces, ahora con 200.000 más, o sea, 900.000 con las mismas IPS y con el mismo número de consultorios, pues no vamos a dar [abasto]. Y en algunas especialidades incluso mucho más porque tenemos poca oferta” [ASC-01]*

### 3.3 SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

De acuerdo con los datos disponibles en el documento de análisis del fenómeno migratorio en Bogotá, para el año 2020, en la ciudad se ubicaba el 20% de migrantes venezolanos, alcanzando una cifra de 347.178 personas. (SDS 2020). Por su parte, según los datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud con corte a julio de 2022, de un total de 240.911 migrantes con PPT en la ciudad de Bogotá, D.C., 141.204 (58,61%) se encuentran afiliados al SGSSS (MSPS, 2022). De igual forma, para el año 2020, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) reporta que la mayor concentración de población extranjera afiliada al Régimen Subsidiado se al SGSS encuentra en las localidades de Kennedy, Suba, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar, también se observa un alto número de afiliados sin registro de localidad de residencia, hecho que puede relacionarse con la alta movilidad de esta población entre las localidades del Distrito (SDS, 2021). De igual forma, durante el período comprendido entre el 1 marzo de 2017 y el 30 de abril de 2022 se han atendido un total de 426.548 personas procedentes de Venezuela, siendo en su mayoría mujeres, con un total de 289.200 (67,8%) de las atenciones. El número total de atenciones durante el período fue de 3.501.646 (MSPS, 2022).

#### 3.3.1 LA SITUACIÓN INICIAL Y LOS ELEMENTOS DEL CONTEXTO

De acuerdo con la información suministrada por los entrevistados, en Bogotá hubo un aumento del fenómeno migratorio en los años 2018-2019, con consecuencias sobre el aumento de la demanda de servicios de salud y el impacto sobre los indicadores de salud pública. Con la crisis humanitaria, varias agencias de cooperación internacional y ONG pusieron a disposición recursos destinados a la atención de la población migrante.

##### **Perspectiva de la autoridad sanitaria distrital**

Desde la autoridad sanitaria hay una preocupación por generar una respuesta coordinada frente al creciente flujo de población migrante. Asimismo, está la preocupación por el comportamiento de los indicadores relacionados con la salud materno perinatal:

*“No obstante, pues la migración tan avanzada en niños, niñas, mujeres en estado de gestación, hicieron que nuestros indicadores de salud pública se viesan un poco disparados y con la entrada de la pandemia, pues obviamente esto se pudo haber exacerbado” [ASB-04]*

Para la organización de la respuesta de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), se organizó la Mesa de Flujos Migratorios Mixtos para organizar la atención y la ayuda en el territorio. A su vez, se hizo un ejercicio de identificación de necesidades para la financiación de proyectos de cooperación internacional para la atención de la población migrante:

*“Ahí salió este como tema y cuando han llegado organizaciones internacionales con intereses de apoyar el tema de migrantes, pues se les va a direccionar las áreas que manifestaron ese interés. Pero también debido al volumen y a la necesidad de darle respuesta a esta población, surgió al interior de la Secretaría una mesa de trabajo para la atención de flujos migratorios mixtos. Y en esa mesa hay una específica que articula a todos los*

actores o entidades internacionales y ONG que tienen algún tipo de relación con la atención a la población migrante” [ASB-01]

Con la emergencia sanitaria decretada para la atención de la pandemia por COVID-19, y con el propósito de atender las prioridades en salud pública, la SDS formuló el *Plan Rescate de la Salud*. Este plan contempla la atención en cinco áreas prioritarias: 1) atención materno infantil, 2) condiciones crónicas, 3) salud sexual y reproductiva, 4) salud mental y 5) nutrición. En ese sentido, el trabajo que desde la entidad se viene desarrollando con la cooperación internacional está enfocado en estas cinco áreas:

“[...] y desde allí se dijo bueno, aquí vamos a avanzar en dos puntos: uno, en mejorar la articulación con los otros sectores que puedan apuntarle a estas prioridades, pero también la cooperación y organizar la ayuda en el territorio. Entonces esos son como los temas y así es como lo hemos venido haciendo. Este Plan Rescate fue hasta diciembre del año pasado y las bases del Plan Rescate están conformando ahora, pues es la formulación de la política de recuperación por la salud de Bogotá, que tiene un componente de enfoque diferencial y poblacional en donde está la respuesta a la población migrante y las necesidades en estas prioridades de salud” [ASB-02]

### Perspectiva del cooperante

El cooperante entrevistado informa que comenzó a trabajar en un proyecto con población migrante en el año 2018. Si bien esta organización ya estaba trabajando en el país en el marco del conflicto armado con población rural y con un enfoque de salud comunitaria, cuando empezó el fenómeno migratorio tuvieron que adaptar la respuesta aprovechando la capacidad instalada que ya tenían de base:

“Lo digo esto porque también en la respuesta a los flujos migratorios, un poco más tarde, quizá a inicios de 2019 hubo una llegada masiva de nuevos actores que no estaban antes en Colombia y quizá que muchos llegaron con una oferta humanitaria descontextualizada, con modelos un poco estándares de cómo se responde a la migración o a los refugiados en el norte de África, en Medio Oriente o en Mesoamérica. De hecho, si hago un poco de memoria, al principio había quienes proponían formar campos de refugiados en la zona de frontera en Cúcuta, Guajira, Norte de Santander. De hecho, hay uno, hay uno en La Guajira, en Maicao y hay otro en Arauca que duró muy poquito” [CB-01]

Dentro del contexto es importante señalar que, para esta organización, más que una crisis migratoria, es una crisis de acogida, generada por decisiones políticas, sanciones económicas y restricciones contra un país y que terminan desatando una crisis humanitaria:

“Esta es una crisis política por encima de todo, eminentemente política. Nosotros rechazamos el concepto que se usó mucho de crisis migratoria. Nosotros hablamos de crisis de acogida. Es un concepto que trabajamos también en Europa, pero lo que ha sido aquí muy visible es que la vulnerabilidad de esos migrantes en parte se generó por decisiones políticas del Grupo de Lima, como suspender a Venezuela del Mercosur. De lo contrario, esa migración podría haber sido absorbido de forma mucho más normal y la integración económica hubiera sido menos traumática y el acceso a los servicios básicos” [CB-01]

Por otra parte, sumado a la crisis humanitaria, también tuvieron en cuenta para fortalecer la atención materno infantil fue el aumento de la mortalidad materna y:

“[...] a partir del 2018 empieza una elevación de la tasa de mortalidad materna en Colombia y al analizarlo con un mayor detalle se identifica de que el número de incremento de mortalidad materna se debe fundamentalmente a población migrantes irregulares y mujeres venezolanas irregulares, no exclusivamente pero principalmente. Entonces esto también nos llamó la atención porque la presencia de la mortalidad materna no estaba solamente establecida a nivel de la región rural o periférica, sino también en ciudades relativamente centrales y municipios relativamente centrales como por ejemplo Soacha, que, si bien no pertenece al distrito de Bogotá, pero sí corresponde a Cundinamarca que es el departamento que está abrazando a Bogotá y es relativamente céntrico, relativamente urbano” [CB-01]

En la siguiente tabla se presenta el comportamiento de los indicadores de salud materna en mujeres de nacionalidad venezolana que residen en Bogotá, D.C.

**Tabla 15. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Bogotá. Período 2020-2021**

Indicador	2020	2021p
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	24,67	67,92
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	69,57	N.D.
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	39,56	N.D.
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	115	122
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	34,53	38,92

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Los datos de 2021 son preliminares.

De acuerdo con los datos reportados en el Observatorio Nacional de Migración y Salud, al revisar el comportamiento según vinculación al SGSSS, estos eventos se concentran en las gestantes no afiliadas, coincidiendo con el comportamiento presentado en el país, como se puede observar en la siguiente tabla.

**Tabla 16. Indicadores de salud materna en mujeres con nacionalidad venezolana que residen en Bogotá. Desagregados por tipo de vinculación al SGSSS, año 2020**

Indicador	RC*	RS**	NA***
Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	28,57%	-	71,43%
Razón de morbilidad materna extrema (por 1.000 nacidos vivos)	14,15%	9,99%	75,86%
Incidencia de sífilis gestacional (por 1.000 nacidos vivos)	2,51%	6,07%	91,42%
Proporción de nacidos vivos pre término (por 1.000 nacidos vivos)	9,42%	11,2%	79,39%
Proporción de cesáreas del total de partos (vaginales más cesáreas) (porcentaje del total de partos)	15,43%	12,98%	71,59%

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Observatorio Nacional de Migración y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). \*RC: Régimen Contributivo, \*\*RS: Régimen Subsidiado, \*\*\*NA: No Afiliado.

De igual manera, dentro de las situaciones con impacto en la salud pública que la Secretaría Distrital de Salud ha podido identificar en la población migrante venezolana se encuentran: 1) *dificultades de acceso efectivo al sistema de salud*, 2) *xenofobia y temor para asistir a las instituciones*, 3) *alteraciones en salud mental*, 4) *violencia intrafamiliar y de género*, 5) *Condiciones Crónicas No Transmisibles – no continuidad de tratamientos*, 6) *inseguridad alimentaria en menores de cinco años*, 7) *morbilidad y mortalidad en mujeres gestantes*, 8) *morbilidad y mortalidad en menores de cinco años*, 9) *Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)*, 10) *reaparición de enfermedades transmisibles prevenibles con vacunas como difteria y sarampión*, 11) *consumo de sustancias psicoactivas* y, 12) *COVID-19 (SDS, 2021)*.

Frente a las necesidades insatisfechas en salud de la población migrante venezolana en la ciudad de Bogotá, el estudio de Profamilia y OFDA-USAID identificó que el acceso a servicios de atención primaria en salud y exámenes de diagnóstico, la atención a enfermedades crónicas y de alto costo y la atención de controles

prenatales y controles post parto, son las necesidades más urgentes de atender (Profamilia & OFDA-USAID, 2020).

Tal y como lo ha evidenciado la Secretaría Distrital de Salud, la condición de vulnerabilidad de la población migrante venezolana, así como el estatus de irregularidad de la población extranjera “se reflejan en las dificultades de acceso a los servicios de salud diferentes a urgencias, lo que repercute en las condiciones de salubridad complejas con las cuales este grupo poblacional ingresa a las IPS públicas y privadas que hacen parte de la red del Distrito” (SDS, 2020).

### 3.3.2 LA INTENCIONALIDAD Y EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

En el caso de la ciudad de Bogotá, D.C., el proceso de intervención por medio de los paquetes de atención materno perinatal también tiene el propósito de ampliar el espectro de la atención al que actualmente tienen acceso las mujeres migrantes, y que en todo caso está muy restringido a la atención del parto a través de la atención inicial de urgencias. En el Distrito Capital también persiste el reto de garantizar el continuo de la atención materno perinatal. En ese sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con la Cancillería definió un paquete de intervenciones orientado a atender las prioridades en materia de SSR. Dentro de las ciudades que incluyó para la implementación está Bogotá, D.C. Para la ejecución de este paquete la IPS seleccionada fue la ESE Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, que cuenta con todos los niveles de prestación del servicio de salud organizados como una red de prestadores.

#### Perspectiva de la autoridad sanitaria distrital

Para el caso de Bogotá, DC., el direccionamiento estratégico para la implementación de los paquetes de atención materno perinatal se lleva a cabo desde la Secretaría Distrital de Salud. El trabajo táctico y operativo está a cargo de la red hospitalaria pública organizada en cuatro (4) subredes integradas de servicios de salud. Desde la Mesa de Flujos Migratorios Mixtos de la SDS se hace todo este direccionamiento:

*“Quienes están allí son las personas de las dependencias internas de la Secretaría de Salud. Entonces está prestación de servicios, está aseguramiento, está participación ciudadana, esta gobernanza, estamos desde salud pública, epidemiología, entonces primero es analizando, caracterizando, determinando la situación, cuáles son las cosas que tenemos que hacer cuando presentamos alguna barrera en el tema de que cualquier persona requiere un servicio pero no tiene aseguramiento, pues el encargado o el referente se encarga de si no tiene identificación a través de las alianzas que tenemos con la respuesta que está haciendo la Alcaldía [Mayor]” [ASB-02]*

Para la organización de la respuesta a los migrantes irregulares, cuentan con otro espacio que es la Mesa Territorial. En esta mesa están todos los cooperantes:

*“[...] allí nos unimos con el GIFMM y entonces tenemos mapeado cuál es la respuesta, en dónde está la respuesta por zonas, ya sea la zona norte, la zona sur, centro oriente, suroccidente y qué servicios y qué cooperantes se encuentra en el territorio. Entonces, esa es una gran estrategia y alianza para esos espacios en donde no tenemos hoy posibilidad de atención” [ASB-02]*

En caso de requerir financiamiento específico a proyectos relacionados con salud materno perinatal hay una instancia dentro de la SDS encargada de dar la asistencia técnica para la formulación de proyectos con recursos de cooperación internacional, que es el Centro Distrital de Educación e Investigación en Salud (CDEIS). Las necesidades de financiamiento se hacen desde los espacios de gestión y de articulación específicos:

*“Hay una mesa adicional a la que te comenté ahorita que se llama la Mesa Materno Perinatal en donde en conjunto con las subredes, vigilancia, la mesa [de flujos migratorios] y subredes desarrollaron un proyecto de*

*atención a mujeres gestantes y en riesgo de transmisión congénita de sífilis para que GIZ pudiera financiar unos equipos diagnósticos y de atención para la atención en las subredes de esta población. Entonces ahí, por ejemplo, hubo la articulación entre varias dependencias y la mesa para la formulación de un proyecto con GIZ, que es un caso muy concreto que te puedo dar” [ASB-04]*

Además, la Secretaría Distrital de Salud tiene un modelo de atención en salud que se llama *Salud a Mi Barrio-Salud a Mi Vereda* que cuenta con diferentes componentes: 1) *atención en los entornos de vida cotidiana*, 2) *políticas y participación social* y 3) *prestación de servicios*. Cada una de las veinte localidades del Distrito Capital cuenta con un coordinador local, que dentro de sus funciones se encuentra la atención diferencial a poblaciones. A partir de allí hay todo un esquema de coordinación de la respuesta territorial:

*“[...] voy a poner un ejemplo, en la zona norte que tiene diferentes localidades, el coordinador local de Chapinero establece planes de cuidado a la población que allí vive y tiene mapeado cuáles son los servicios. Entonces, si nosotros [identificamos que] se necesita que haya la atención para una familia independiente de cómo haya accedido, como hay entrado al sistema de salud, entonces pues se encuentra dentro de los planes locales, el coordinador local hace la articulación con la organización que se encuentra en el territorio, también a través de las subredes y así se genera o se presta el servicio” [ASB-02]*

La respuesta en salud materno perinatal la tienen organizada a través de la ruta de atención materno-perinatal, que para el caso de las gestantes migrantes opera de la siguiente forma:

*“O sea, ¿cómo se hace el primer contacto?, ¿desde donde se genera? Yo voy a poner un ejemplo, se puede beneficiar una materna porque se haya hecho una demanda inducida a través de la articulación con las organizaciones de base. Puede ser también por nuestros equipos, con coordinadores locales en las diferentes localidades, porque los equipos de atención en casa detectaron a una gestante que está fuera del programa de control prenatal, la derivan a la subred, la subred la incluye en el programa y tiene el servicio del paquete. Así es que se viene haciendo. Cuando ya ingresa, ingresa a toda la ruta materno perinatal, pero ya es el cooperante con la subred, la que se encarga del resto de las cosas” [ASB-02]*

Como la mayoría de los servicios que se demandan a través de las subredes integradas son servicios de salud sexual y reproductiva o atención materna, la Secretaría Distrital de Salud también ha emitido circulares para ordenar la atención de las gestantes migrantes irregulares a través del servicio de urgencias:

*“[...] el señor Secretario [de Salud] ha dado la orden de que cualquier materna que requiera cualquier atención, entonces lo que estamos haciendo es atendiéndola por urgencia y en la urgencia se le presta todo el servicio que sea necesario, estoy hablando de migrantes irregulares ¿sí? para poder garantizar... o sea, para no perder la oportunidad, entonces es propiciar esa oportunidad perdida y allí se le hace la ecografía, se le toma VIH, se le toma la prueba de sífilis y si es necesario se le aplica la penicilina... o sea, todo, absolutamente todo urgenciándolo... o sea, no es el deber ser ¿sí? pero eso es lo que lo que hemos dispuesto para poder garantizar la atención a la población migrante irregular” [ASB-02]*

Frente a la oferta de paquetes de atención materno perinatal por parte de la cooperación, esta es muy variada:

*“Cada uno [de los paquetes] es muy variado ¿sí? y es muy variado ¿en qué sentido?, por qué algunos sí ofrecen diferentes paquetes de atención materna para migrantes irregulares. Pero también a través de las diferentes subredes ofrecen un kit para la gestación. También ofrecen el método de la regulación de la fertilidad después del parto. Entonces es como muy variado, o sea cada cooperante lo hace de manera diferente, pero en la mayoría lo hacen por diferentes paquetes y contratan los diferentes paquetes con nuestras subredes. Entonces lo hacen por topes. La cooperación con el convenio va a durar de tal fecha a tal fecha e incluye atención materna para migrantes irregulares, atención del parto aproximadamente, no sé, 800 atenciones. Así es como lo vienen haciendo” [ASB-02]*

Igualmente, es importante señalar que a través de la Circular 028 de 2019, la SDS emitió unos lineamientos para la cooperación relacionados con la atención a población migrante venezolana en el sector salud.

Además, solicita orientar la Atención Integral en Salud a la población migrante venezolana en servicios diferentes a los de urgencias, como son: Consulta Integral Ambulatoria: Materno Perinatal, Salud Sexual y Reproductiva, Infecciones de Transmisión Sexual, Salud Mental, Enfermedades Crónicas (Hipertensión Arterial, Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), así como el tratamiento al paciente de alto costo. También solicita que se priorice la ayuda en salud de los cooperantes o países donantes a los grupos poblacionales de mujeres en estado de gestación, primera infancia, persona mayor, población en condición de vulnerabilidad y personas en actividades sexuales pagadas.

### **Perspectiva del prestador**

De acuerdo con la información suministrada por los entrevistados, la prestación de los servicios de salud para población migrante irregular se realiza en las cuatro subredes integradas de servicios de salud del Distrito Capital, más la oferta propia de los cooperantes y las organizaciones. Para este caso se escogió la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, por ser una de las IPS con las que el MSPS hizo el ejercicio inicial de implementación de paquetes.

- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E

Esta institución cuenta con una oferta de servicios en los diferentes niveles de complejidad, lo que permite tener una atención integral desde una misma IPS. El área de influencia de esta subred está conformada por las seis localidades del norte de la ciudad: Chapinero, Teusaquillo, Barrios Unidos, Engativá, Suba y Usaquén. El esquema de atención para las gestantes migrantes irregulares se da a partir del modelo *Salud a Mi Barrio*, que cuenta con una estrategia territorial con equipos de atención en casa, incluyendo médicos:

*“Entonces él [médico] hace la atención e inmediatamente lo que genera es una demanda inducida al punto más cercano. Pero allí tenemos pues, la primera barrera, porque pues no podemos hacer toda la atención. Lo que hacemos es mantener a la gestante controlada a través de seguimientos telefónicos, pero también en caso de su necesidad, pues lo que hacemos es generarle la urgencia y ubicarla desde allí para lograr conseguirle el aseguramiento. Digamos que el territorio hace como puerta de entrada, la identificación, le genera la primera atención, pero de allí ya tenemos barreras de acceso por el tema del aseguramiento” [PB-01]*

Desde la línea de políticas de *Salud a Mi Barrio* se hace la identificación de los puntos donde se concentra la población migrante y desde allí generar la articulación con los cooperantes y las organizaciones para dar respuesta a las necesidades identificadas en esta población.

Para el caso particular de las gestantes, la ESE cuenta con diferentes puertas de entrada. Una puede ser el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), a través de los entornos y desde allí se hace una canalización hacia la ruta y se direcciona:

*“[...] si no está regularizada, a una urgencia. En esa urgencia le garantizamos un paquete, el cual es: los tres laboratorios VIH, sífilis y hepatitis, una ecografía y dependiendo de su edad gestacional, algunos laboratorios específicos para tal, las incluimos en una base de datos y les hacemos seguimiento mensual para que puedan venir a hacer un seguimiento de urgencia” [PB-01]*

Las gestantes pueden acceder al curso de preparación de la maternidad, al curso de lactancia y a los seguimientos telefónicos. Si se detecta alguna alteración, un equipo de ginecólogo y enfermera jefe hace el seguimiento telefónico de esas gestantes y las remite a los puntos de urgencia para la atención. En el caso de que tenga alguna morbilidad materna extrema o un diagnóstico de sífilis gestacional y congénita, les hacen el seguimiento tanto a las gestantes como a sus parejas para que terminen su tratamiento. Con el recién nacido, asignan las citas para la trazabilidad de ese bebé:

*“Como esos chiquitines nacidos de migrantes son colombianos, pues nosotros tenemos de una vez el puente para darle las citas del recién nacido y las citas de la trazabilidad del chiquitín. ¿Qué dificultades hemos tenido? Pues muchos de esos niños, ellas no los registran pese a las llamadas, los seguimientos y demás, y eso pues nos*

*dificulta el aseguramiento a estos niños que bien lo tienen por haber nacido en Colombia” [PB-01]*

Para poder complementar la respuesta, la subred actualmente está implementando un proyecto de atención a gestantes migrantes por medio de un paquete de atención financiado con recursos provenientes del Fondo de Desarrollo Local (FDL) de la Alcaldía Local de Chapinero<sup>7</sup>:

*“[...] ellos nos dieron unos recursos para hacer un control prenatal entre comillas para las gestantes migrantes que tengamos en la localidad. Entonces a ellas pues si ya les hacemos atención médica, se le toman laboratorios, se le genera su ecografía, o sea, ese si es un paquete que se hace a esta población migrante, pero su cobertura es muy pequeña, son 50 señoras que alcanzamos a tener cobertura” [PB-01]*

Las tarifas que manejan son las establecidas por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS).

Actualmente no tienen contrato de paquetes financiados con recursos de cooperación internacional. Sin embargo, la persona entrevistada informa que hace dos años tuvieron un contrato con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), por medio del cual hacían los seguimientos y la trazabilidad de la atención. En el marco de este contrato se diseñaron unas piezas comunicativas dirigidas a mujeres migrantes con información de los servicios de la subred a los cuales podían ellas acceder. Una estrategia que les funcionó fue la de poner estas piezas en las droguerías para poder hacer la captación temprana:

*“para traerlas a nuestras migrantes, para que vinieran a nuestros servicios y las pegábamos en las droguerías, que es donde compran la prueba rápida. Entonces es cogerlas desde la prueba rápida y le teníamos... tenemos una línea, no encuentro la pieza para mostrársela, la cual dice ...hable con nosotros, no importa que asegurador sean, los asesoramos en vasectomía, planificación, sexualidad e ingreso a control prenatal... Y ¿entonces donde ellas compran las pruebas? pues...nosotros hacemos seguimiento a las urgencias, a las positivas y a las negativas de embarazo, pero en realidad ellas van a las droguerías. Entonces en las droguerías tenemos nuestra piecita, ellas nos llaman y nosotras las citamos con nuestra jefe y las asesoramos. Eso fue pues un éxito” [PB-01]*

Como complemento cuentan con cursos virtuales y cursos presenciales a cargo de los profesionales que intervienen en la ruta materno perinatal, para mejorar la adherencia de las gestantes.

Con la población que ya está regularizada, hay otra línea que es la de participación, desde la cual se está trabajando para promover el aseguramiento para ellos, entonces se agiliza este proceso para poder hacer el ingreso y generalmente Capital Salud que es la EAPB del Distrito asume esta población.

## **Perspectiva del cooperante**

La oferta de servicios de salud materno perinatales se ha dispuesto a partir de la demanda observada a lo largo del trabajo que ellos han venido realizando en el país:

*“hemos ido observando que aproximadamente el 10 por ciento de las consultas se correspondían a mujeres gestantes. Entonces eso nos permitió en estos tres o cuatro años recorrido ir perfilando o estimando cuántas gestantes podíamos absorber de acuerdo con los recursos y las metas que tenemos en los proyectos. Entonces nosotros más o menos sabemos que si queremos tener un proyecto con 15 mil beneficiarios únicos y ofrecer consulta de medicina general, acceso a atención especializada, a salud mental, más o menos sabemos que 1.500 van a ser mujeres gestantes” [CB-01].*

Si bien, esta organización no tenía dentro de sus metas la atención a gestantes, ya que la Resolución 3280/2018 definía que el Estado iba a garantizar las urgencias, la atención a gestante y a menores de 5 años, consideran que esto no resolvió de fondo el tema de la atención a las gestantes migrantes. Como

---

<sup>7</sup> Toda la información de este proyecto se encuentra en el siguiente enlace: <http://chapinero.gov.co/noticias/migrantes-irregulares-reciben-atencion-integral-salud-traves-chapinero-te-cuida>

es una organización que tiene dentro de su misionalidad el enfoque de derechos, por esta razón asumieron dicha atención como una forma de garantizar dicho enfoque:

*“en 2018 con la gestante, la idea era captar y remitir, no atender nosotros. Pero al final lo acabamos haciendo por las barreras que se fueron encontrando, sobre todo en el primer nivel de atención en los hospitales. Y entonces lo que también incorporamos ya a partir de 2019 fue un socio local, que es una organización que se llama Salud al Derecho y que ellos son especialistas en leyes y en la administración del Sistema General de la Seguridad Social. Y entonces lo que hemos intentado muchas veces es no duplicar, sino darnos la pelea legal y ellos se han ocupado de afiliar gente al sistema de salud, de poner tutelas, de poner derecho de petición e inclusive lo que fue muy interesante, de acompañar las personas hasta el punto de atención, porque muchas veces lo que hemos encontrado es que la barrera no es el médico, no hay un criterio clínico, sino que el administrativo y a veces tristemente hasta el señor de seguridad de la puerta” [CB-01]*

Otra dificultad que han encontrado es que los programas que se ofrecen son verticales, fragmentados y dirigidos a grupos poblacionales específicos. Esto con el tiempo ha generado bolsas de exclusión, sobre todo, en determinados grupos poblacionales o grupos de pacientes. Entonces, ellos han tratado de establecer proyectos con un enfoque orientado a la Atención Primaria en Salud, y a partir de allí ofrecen los servicios de medicina general, SSR y, salud mental. En ese proceso han encontrado que una de las necesidades insatisfechas en SSR es la planificación familiar:

*“Porque sí que luego hemos encontrado muchísima oferta de servicios orientada a mujeres gestantes a tal punto, por ejemplo, aquí en Bogotá o en Soacha, en un momento nosotros llegamos a decidir internamente...mira, no nos peleamos más por las gestantes, si vienen a nuestros servicios, perfecto. Y si no, nos dedicamos a la planificación familiar, a los pacientes crónicos, toda esa población desatendida. Eso porque en determinado momento, sobre todo pienso, por ejemplo, en Soacha había ya cuatro o cinco organizaciones OIM, Acción Contra el Hambre y entonces todo el mundo peleando ahí un poco por los censos de gestantes. Estas cosas pasan también porque todo el mundo hace su trabajo y entonces nosotros lo que fue allí un poco una oportunidad fue ofrecer planificación familiar, sea anticoncepción, sea IVE, sea capacitación. Lo que pasa es que yo creo que el hecho de ofrecer un paquete un poco más amplio de servicio y que nosotros por ahí viene la familia, atendemos al hombre, los hijos. Si alguien necesita acceder al estatuto, sacar el permiso, está el asesor. Entonces al final yo creo que esa oferta amplía generó demanda y entonces las gestantes siguieron viniendo y nosotros siempre hemos tenido muchas gestantes sin poner específicamente el foco en ese grupo” [CB-01]*

Para la prestación de los servicios, han optado por trabajar en puntos fijos mediante convenios con prestadores. Para estos convenios, la tarifa base para hacer la negociación con el prestador es la establecida en el Manual Tarifario-SOAT. En Bogotá, tienen dispuestos dos puntos fijos de atención:

*“[...] entonces trabajamos en un punto fijo en Tunjuelito, otro punto fijo en Los Mártires, esto es en Bogotá y, en Bogotá hemos optado por trabajar con una IPS privada. Nos fue muy difícil trabajar con las sub-redes y en cambio con la IPS privada encontramos una total apertura. De hecho, el de Tunjuelito es muy interesante porque acabamos convirtiéndolo, le hemos llamado un Centro de Atención en Salud al Migrante con el cartel y todo y se creó un vínculo muy interesante con la IPS que ellos acabaron manejando los censos, convocando a la gente, llamando a los pacientes. Estábamos en la pandemia, así que sí o sí había que hacerlo con listas, no con demanda espontánea. Eso fue interesante. Un aprendizaje” [CB-01]*

Dentro del convenio establecido con el prestador, queda establecido que la organización pone los equipos de atención propios. También cuentan con un proceso de auditoría propio en el que se valida la pertinencia de la atención prestada y de los exámenes y medicamentos prescritos para, de igual forma, validar la facturación realizada por la IPS. Además, todos los proyectos tienen dispuestas unas bolsas para cubrir referencia de remisiones, tratando, en la medida de lo posible, solucionar casos de alta complejidad de pacientes que requieren tratamiento de alto costo o cirugías:

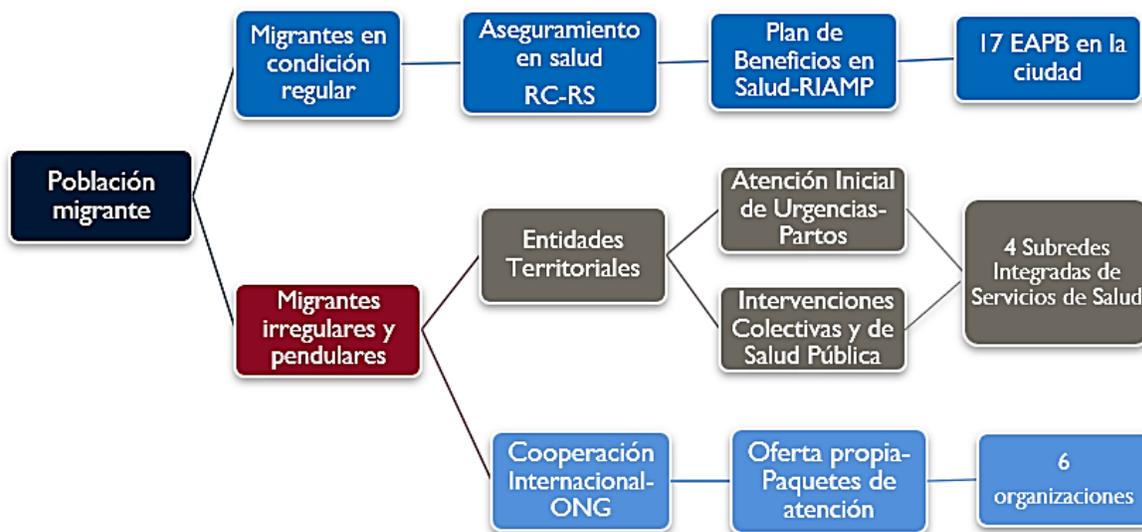
*“Ahora, lo que también nosotros hemos incluido en este servicio y que en esos acuerdos nosotros ponemos equipos, nuestros equipos de [nombre de la organización], compuesto por médico profesional de Medicina,*

Enfermería, Psicología y Farmacia, porque hacemos la entrega gratuita de medicamentos en las infraestructuras de la propia ESE o de la propia IPS. El acuerdo establece que ellos nos dan los consultorios, nos dan un espacio, nos dan el apoyo administrativo y nosotros hacemos con nuestro equipo y nuestros medios la consulta y lo que contratamos con ellos es ya todo lo que sea diagnóstico, sea imagenología, laboratorio, atenciones complementarias e inclusive, bueno... hemos aprobado cirugía y tratamientos de alto costo y todo eso” [CB-01]

Por la forma de trabajo de esta organización, en la que ponen a disposición sus equipos de salud en el punto de atención, no les fue posible trabajar con las subredes de la SDS, puesto que a estas no les interesó este esquema de trabajo.

En la siguiente figura se muestra la ruta para el acceso a los servicios de salud, según la oferta disponible en la ciudad de Bogotá. Cabe anotar que las cuatro (4) subredes integradas de servicios de salud organizan toda la oferta de las IPS públicas a cargo del Distrito Capital en los diferentes niveles de atención.

**Figura 7. Ruta de acceso a salud de la población migrante venezolana en la ciudad de Bogotá, D.C.**



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, en la ciudad hay seis (6) organizaciones que ofrecen servicios de promoción de la salud materna y la salud perinatal y, de promoción de la salud sexual y reproductiva; según la información disponible en el sistema de información del Clúster Salud.

### 3.3.3 LA SITUACIÓN FINAL O ACTUAL

En la siguiente tabla se presenta la distribución de atenciones en salud en personas procedentes de Venezuela según IPS en la ciudad de Bogotá, D.C. para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021 (MSPS, 2022a).

**Tabla 17. Total de población migrante procedente de Venezuela atendida según IPS en la ciudad de Bogotá. Período 2017-2021**

IPS	Total	%
Unidad de Servicios de Salud Santa Clara	634.585	26,6
Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy	600.897	25,2

IPS	Total	%
Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar	354.653	14,9
Unidad de Servicios de Salud Meissen	291.537	12,2
Unidad de Servicios de Salud El Tunal	163.463	6,9
Idime S.A Sede Lago	140.060	5,9
Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializado	103.496	4,3
Unidad de Servicios de Salud Engativá Calle 80	94.687	4,0
<b>Total Atenciones</b>	<b>2.383.378</b>	<b>100</b>

Fuente: elaborado a partir de datos disponibles en el Informe: *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*. Ministerio de Salud y Protección Social (2022a)

La prestación se concentra en IPS de segundo y tercer nivel de atención. Las Unidades de Servicios de Salud Santa Clara, Occidente de Kennedy y Simón Bolívar están dentro de las seis primeras entidades a nivel nacional en número de atenciones prestadas a población migrante. Estas IPS concentran el 10,5% del total de las atenciones en salud a población migrante que se reportaron en el país (n=15.153.674) durante el período 2017-2022. Asimismo, este informe señala que, durante este mismo período de tiempo, en la ciudad fueron atendidas un total de 62.276 gestantes procedentes de Venezuela. Asimismo, tres de las Unidades de Servicios de Salud pertenecientes a la subred norte se encuentran dentro de ese listado: La Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar, La Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializado y la Unidad de Servicios de Salud Engativá Calle 80; concentrando el 23,2% del total de atenciones prestadas en el Distrito Capital (MSPS, 2022a).

#### **Recuadro 5. Primeras 20 causas de Atenciones a Población Identificada como venezolana en Consulta, Urgencias y Hospitalización. 2017 a 2020. Bogotá D.C.**

No.	Nombre del Diagnóstico Principal	Total Atenciones 2017 a 2020
1	Parto Unico Espontaneo; Presentacion Cefalica De Vertice	9.179
2	Infeccion De Vias Urinarias; Sitio No Especificado	8.057
3	Contracciones Primarias Inadecuadas	7.899
4	Falso Trabajo De Parto; Sin Otra Especificacion	7.366
5	Infeccion No Especificada De Las Vias Urinarias En El Embarazo	6.033
6	Complicacion Relacionada Con El Embarazo; No Especificada	5.971
7	Rinofaringitis Aguda [Resfriado Comun]	5.727
8	Bronquiolitis Aguda; No Especificada	4.529
9	Atencion Materna Por Isoimmunizacion Rhesus	4.522
10	Falso Trabajo De Parto Antes De Las 37 Semanas Completas De Gestacion	4.411
11	Amenaza De Aborto	4.354
12	Parto Por Cesarea; Sin Otra Especificacion	3.750
13	Enfermedad Por Virus De La Inmunodeficiencia Humana [Vih]; Sin Otra Especificacion	3.268
14	Caries De La Dentina	3.028
15	Atencion Materna Por Cicatriz Uterina Debida A Cirugia Previa	2.950
16	Hipertension Esencial (Primaria)	2.870
17	Otras Complicaciones Especificas Del Embarazo Multiple	2.447
18	Ruptura Prematura De Las Membranas; Sin Otra Especificacion	2.433
19	Hipertension Materna; No Especificada	2.426
20	Preeclampsia Severa	2.157

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2020, población vinculada, desplazada, atenciones no POS, particulares e IVE (Corte de recepción 2021/01/20)

Fuente: tomado del documento *Plan Distrital de Respuesta y Atención a Flujos Migratorios Mixtos en el Distrito Capital. Estrategia para el Abordaje Desde el Sector Salud*. Secretaría Distrital de Salud (2021).

Tal y como se presenta en el Recuadro 5, frente a las primeras causas de morbilidad atendida en esta población se observa que dentro de los primeros 20 diagnósticos atendidos el 70% de estos corresponde a afecciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Además, en las IPS de las localidades de Antonio Nariño, Kennedy, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Tunjuelito, Suba y Usaquén, se concentra el 82,7% de las atenciones a la población identificada como venezolana (SDS, 2021).

### Caracterización de la atención materno perinatal en las IPS referenciadas

Para tener un panorama de las atenciones recibidas por parte de las mujeres migrantes procedentes de Venezuela en estas dos IPS: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E y la IPS Comfasalud Sierra Morena (esta última IPS es la que presta los servicios de salud al cooperante entrevistado); se hace la extracción de datos reportados mediante los RIPS según lo estipulado en la Circular 029 de 2017, y puesta a disposición en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Sin embargo, como se observará más adelante la información presenta un subregistro significativo.

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E (I100130291)

Para la población migrante venezolana, se han desarrollado 1.059.873 atenciones para 54.202 pacientes únicos con un valor de \$ 92.551.591.556, lo que lleva a costo per-cápita \$ 1.707.531, por atención en un promedio con \$ 87.323; y con 19,55 atenciones promedio por atenciones. En la siguiente tabla se puede ver el listado de sedes habilitadas que conforman la Subred Norte de Bogotá.

**Tabla 18. Listado de sedes habilitadas que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.**

Código de habilitación	Nombre de la IPS
I10013029101	Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar
I10013029114	Unidad de Servicios de Salud Centro de Servicios Especializado
I10013029102	Unidad de Servicios de Salud Fray Bartolomé de Las Casas
I10013029123	Unidad de Servicios de Salud Chapinero
I10013029103	Unidad de Servicios de Salud Engativá Calle 80
I10013029115	Unidad de Servicios de Salud Suba
I10013029116	Unidad de Servicios de Salud Gaitana I
I10013029127	Unidad de Servicios de Salud Santa Cecilia
I10013029130	Unidad de Servicios de Salud San Cristóbal
I10013029132	Unidad de Servicios de Salud Verbenal
I10013029104	Unidad de Servicios de Salud Emaus
I10013029106	Unidad de Servicios de Salud Boyacá Real
I10013029108	Unidad de Servicios de Salud Garces Navas
I10013029109	Unidad de Servicios de Salud Quirigua
I10013029111	Unidad de Servicios de Salud Minuto de Dios
I10013029113	Unidad de Servicios de Salud Española
I10013029117	Unidad de Servicios de Salud Prado Veraniego
I10013029119	Unidad de Servicios de Salud Gaitana II
I10013029129	Unidad de Servicios de Salud Codito

Código de habilitación	Nombre de la IPS
I10013029131	Unidad de Servicios de Salud Orquídeas
I10013029118	Unidad de Servicios de Salud Rincón
I10013029107	Unidad de Servicios de Salud Bachué

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Ahora bien, al analizar los CIE-10 referentes a la atención perinatal, información consignada en la tabla anterior, se encontrar que los servicios con mayor costo total son: supervisión de embarazo normal no especificado (Z349), parto por cesárea, sin otra especificación (O829), parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice (O800), ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación (O429) y complicación relacionada con el embarazo, no especificada (O269).

En cuanto al top 5 por el número de atenciones tenemos los siguientes diagnósticos: ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación (O429), atención materna por presentación de nalgas (O321), parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice (O800), supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359) y parto por cesárea, sin otra especificación (O829).

Finalmente, al revisar el ranking por el número de personas atendidas se tiene que los primeros CIE-10 reportados son: parto único espontaneo, presentación cefálica de vértice (O800), ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación (O429), parto por cesárea, sin otra especificación (O829), atención materna por presentación de nalgas (O321) y supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (Z359).

**Tabla 19. Top 20 por costo de las atenciones en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E con diagnósticos relacionados con atención perinatal. Período 2017-2022**

CIE-10	Costo Total (miles)	No. Atenciones	No. de personas atendidas	Costo por atención	Costo per-cápita	Atenciones per-cápita
Z349	\$24.270.936	1.063	708	\$22.832.490	\$34.280.984	1,50
O829	\$2.810.437	2.582	2.391	\$1.088.473	\$1.175.423	1,08
O800	\$2.516.023	3.932	3.663	\$639.884	\$686.875	1,07
O429	\$200.323	6.723	3.108	\$29.797	\$64.454	2,16
O269	\$147.714	1.583	1.075	\$93.313	\$137.408	1,47
O321	\$142.345	4.767	2.088	\$29.861	\$68.173	2,28
Z359	\$121.597	2.915	1.567	\$41.714	\$77.598	1,86
O000	\$100.546	2.148	1.477	\$46.809	\$68.075	1,45
O009	\$98.028	342	119	\$286.632	\$823.766	2,87
O200	\$94.431	1.842	1.142	\$51.266	\$82.689	1,61
O234	\$85.112	1.276	663	\$66.702	\$128.373	1,92
O342	\$83.558	740	427	\$112.916	\$195.687	1,73
O034	\$80.546	603	262	\$133.575	\$307.426	2,30
O820	\$77.342	99	73	\$781.237	\$1.059.485	1,36
O360	\$75.928	1.502	818	\$50.551	\$92.822	1,84
O064	\$75.685	493	217	\$153.519	\$348.778	2,27
O141	\$65.899	605	175	\$108.924	\$376.566	3,46

CIE-10	Costo Total (miles)	No. Atenciones	No. de personas atendidas	Costo por atención	Costo per-cápita	Atenciones per-cápita
O021	\$52.880	600	271	\$88.134	\$195.130	2,21
O470	\$50.215	701	283	\$71.634	\$177.439	2,48
O16X	\$49.056	727	306	\$67.477	\$160.313	2,38

Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Cubo Circular 029 de 2017.

#### IPS Comfasalud Sierra Morena (110010608602)

Según la información reportada al sistema, en la IPS Comfasalud Sierra Morena, desde 2017 se han llevado a cabo un total de 138 atenciones en 26 pacientes únicos lo que es equivalente a 5,31 atenciones promedio por atenciones. Sin embargo, como se mencionaba anteriormente, y según se puede evidenciar en la tabla, el subregistro que se presenta en estas atenciones no corresponde a lo encontrado desde la investigación cualitativa. Sin embargo, se puede observar que las prestaciones son de consulta externa teniendo en cuenta lo señalado por la persona entrevistada, respecto al tipo de paquete que tienen contratado con esta IPS.

**Tabla 20. Atenciones en la Subred Integrada de Servicios de la IPS Comfasalud Sierra Morena con diagnósticos relacionados con atención perinatal.**

CIE-10	Número de atenciones	Número de personas Atendidas
R102 - Dolor pélvico y perineal	2	2
Z001 - Control de salud de rutina del niño	1	1
Z014 - Examen ginecológico (general) (de rutina)	1	1
Z359 - Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	1	1
R102 - Dolor pélvico y perineal	2	2
Z001 - Control de salud de rutina del niño	1	1
Z014 - Examen ginecológico (general) (de rutina)	1	1

Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). Cubo Circular 029 de 2017.

Las atenciones reportadas son el reflejo de la situación del acceso y de la prestación de los servicios que tienen las migrantes en condición irregular. Dichas atenciones se concentran en la atención del parto por urgencias en la ESE pública. Aunque la información no da cuenta de quien es el pagador, por la información suministrada por las personas entrevistadas se sabe que, por ejemplo, que las atenciones en la ESE son asumidas por la SDS. Por su parte la IPS Comfasalud reporta atenciones por consulta externa y si bien hay un subregistro importante, guarda relación con lo manifestado por el cooperante en la entrevista.

Por otra parte, con la prestación de los servicios de salud materno perinatal por parte de los cooperantes y de las organizaciones, también persisten las dificultades con la implementación de las rutas, particularmente con la implementación de la Resolución 3280/2018, ya que no prestan los servicios como una IPS regular. Por lo tanto, no tienen toda la ruta, o no cumplen, por ejemplo, con todos los controles prenatales que deberían cumplir. Por ejemplo, en el caso del cooperante, la persona entrevistada manifiesta que si bien ellos como organización han querido reportar a los sistemas de información como

RIPS y SIVIGILA, pero por la misma dinámica de la atención que han ofrecido históricamente, más enfocada hacia la atención humanitaria; entonces consideran que el Capítulo Salud del Manual Esfera era más adecuado como estándar de calidad en el sector humanitario que la Resolución 3100 de 2019 que establece los estándares de habilitación de los servicios de salud:

*“El Manual Esfera Capítulo de Salud es la norma humanitaria que normalmente se usa en todos lados y que está un poco ya más adaptado a lo que es la respuesta de emergencia” [CB-01]*

Desde la Secretaría Distrital de Salud consideran que, si bien hay barreras en el reporte y notificación de casos, esto sucede más frecuentemente con organizaciones pequeñas que hacen atenciones en el territorio pero que no son IPS:

*“[...] o sea cualquier otra ONG que no es una IPS y no tiene sistema de información para crear la notificación ¿cómo lo hace? Ahí si hay barreras. O sea, si hay barreras, yo creo que eso es una isla perdida que tenemos, porque cuando la organización no gubernamental, que es con los que más se da, no con las grandes agencias de cooperación, sino con ONG pequeñas que hacen atenciones en el territorio y tienen diferentes notificaciones, realmente hay rutas que es ubicar al referente ¿sí? O sea, nosotros tenemos líderes de gobernanza en el territorio. Entonces estas ONG lo que hacen es que buscan al líder de gobernanza y el líder de gobernanza le lleva la información al coordinador local. El coordinador local busca una subred y se genera la notificación por allí ¿sí? pero cuando el evento de interés en salud pública es fuera, o sea, vamos a llamarlo de origen comunitario, si hay interés de la ONG en notificarlo si, o sea, allí nos estamos quedando cortos. Creo yo que una manera sería crear una red con nuestra vigilancia comunitaria para poder lograrlo. Pero a veces la organización en el territorio creo que no da” [ASB-02]*

## Consideraciones finales

Además de los problemas inherentes asociados a la falta de disponibilidad de un sistema de información integrado que permita dar cuenta de la situación de salud de la población migrante; esta población también tiene unas características de aseguramiento muy limitadas que le impiden al distrito poder abordarlos de una manera integral. Entonces la oferta de los cooperantes ayuda a cerrar las brechas de atención, siendo este uno de los principales resultados:

*[...]entonces, el hecho de que los cooperantes puedan dar asistencia o atención, no por urgencia, sino hacer una búsqueda activa en el campo y en las comunidades, de las necesidades y de las personas que requieren hacerse un tamizaje, que requieren unas consultas, pues ayudan mucho a cargar ese peso sobre el sistema y poder dar una atención prioritaria a una población que también por sus condiciones socioeconómicas de exclusión, no atienden a los servicios, porque creen que nos van a seguir, que les van a poner en listas para hacer procesos de repatriación, o sea tienen muchos mitos y muchos temores que les impide acercarse a los servicios de salud por sus condiciones migratorias. Entonces, este tipo de proyectos, pues, permite de cierta forma llegar a esta población que tiene un alto temor y un miedo de ser deportados. Entonces eso es como uno de los principales aportes que hacen estos proyectos. Y también pues en términos de la salud individual que se salvan vidas con los diagnósticos a tiempo y con las intervenciones médicas” [ASB-01]*

Por ejemplo, en el caso de la organización entrevistada, el resultado está en la atención a una demanda persistente y desatendida en la población migrante, como lo es la planificación familiar:

*“De la salud materno-infantil, yo creo que donde hemos acertado fue con la planificación familiar. A nosotros la demanda ha sido altísima en planificación familiar, inclusive en la fase de posparto ¿no? Creo que muchísimas mujeres migrantes se han embarazado en la ruta o ya estando en Colombia y por no tener acceso a información y a métodos anticonceptivos. Al final esto ha sido como la culebrilla que muerde la cola ¿no? La propia falta de acceso a la planificación familiar ha ido aumentando el número de gestantes y la demanda en salud materno infantil. Entonces, yo creo que ahí la planificación familiar fue un acierto y hemos tenido muchísima demanda. Inclusive tenemos otras organizaciones que trabajan en salud materno infantil solamente y que nos refieren a nosotros para hacer la planificación familiar” [CB-01]*

También es de resaltar el trabajo en atención materno perinatal que ha implementado la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, lo que ha permitido tener una alta adherencia de las gestantes gracias a las estrategias de seguimiento que llevan a cabo no solo con las gestantes, sino con sus familias:

*“Yo diría que, de 100 pacientes, unas tres o cuatro no son adherentes, pero es por qué cambian de residencia, porque se van para otra ciudad ¿Sí? pero las que están aquí continúan, porque pues lo que buscamos es enamorar a las pacientes y les decimos el beneficio que es hacer los controles, estar con nosotros. El curso ha sido un éxito, el tenerlo presencial y tenerlo virtual les encanta porque no necesariamente tienen que trasladarse, pueden estar y puede estar su familia. Es decir que no solo estamos con la gestante, sino nosotros tenemos una mirada hacia la inclusión masculina de la familia gestante. Entonces nos ha funcionado y el que podamos entrar a sus casas, está la abuelita, la mamá, el papá mirando los signos de alarma, mirando las técnicas de lactancia, pues ellos les gusta” [PB-01]*

Frente a la información y comunicación, la Secretaría Distrital de Salud tiene una sección en su página web a manera de repositorio con toda la información relacionada en salud frente al fenómeno migratorio<sup>8</sup>. Dentro de esta información incluyen el diagnóstico situacional, la estrategia de atención a población migrante, así como el directorio de servicios con la oferta disponible para la atención a la población migrante. También llevan a cabo jornadas de información y de aseguramiento para la población migrante regularizada, con el apoyo de la cooperación internacional. Por otra parte, desde el Plan de Intervenciones Colectivas hay un componente transversal que se llama Información, Educación y Comunicación en todos los entornos de la vida cotidiana, que es un trabajo de carácter más territorial.

Para finalizar, a pesar de toda la inversión que ha hecho el Distrito Capital para atender la población migrante, esta no es suficiente, debido a la magnitud del problema, puesto que el 20% de la población migrante que está en Colombia, está en Bogotá. Son casi 495 mil personas. Entonces la preocupación es el reto de garantizar la sostenibilidad de la atención, sobre todo a la población migrante irregular:

*“Entonces desde que empezó la tendencia ascendente de la población migrante desde el 2018 hasta lo que va corrido del 2022, Bogotá ha garantizado atenciones en salud con un costo de ciento cincuenta mil millones de pesos. Y cuando hemos hecho puentes de articulación con el Gobierno Nacional, el Gobierno Nacional solamente le ha entregado a Bogotá 22 mil aproximadamente millones de pesos. Entonces eso es un costo que de hecho genera también uno de los grandes retos y desafíos. Y ahí está pues la primera respuesta. El primer gran reto es poder tener una mayor inversión ¿sí? Para poder tener sostenibilidad, no para tratar un programa como tal, sino una mayor inversión para sostenibilidad de las acciones para la población migrante, y ahí sí le pongo su apellido bien grande irregular ¿sí? porque si nosotros hacemos jornadas de afiliación, eso les garantiza al resto de la población. Pero realmente es mayor inversión para poder mantener en el sistema a la población migrante irregular y garantizarle pues los derechos ¿no?” [ASB-02]*

### 3.4 BARRERAS Y FACILITADORES

En esta sección se presentan las barreras y facilitadores del proceso de implementación de paquetes de atención materno perinatal diferenciándolos entre el proceso de acompañamiento en la implementación y entre la implementación en sí misma, por cada uno de los actores involucrados en el proceso.

---

<sup>8</sup> Toda la información se encuentra en el siguiente enlace: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas2/acciones-en-salud-migratorio.aspx>

### 3.4.1 BARRERAS DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETES

Estas barreras del proceso de acompañamiento para la implementación de los paquetes de atención materno perinatal, pueden identificarse a partir de las dificultades existentes en todos los niveles –desde el nacional hasta el municipal– para poder alinear las expectativas y demandas de los territorios con la oferta que traen los diferentes cooperantes y organizaciones; a pesar de contar con espacios de gobernanza multinivel para la coordinación y concertación de la respuesta frente a los flujos migratorios mixtos.

La autoridad nacional percibe que cada cooperante trae su propia agenda mediada, bien sea por su propio gobierno o por los donantes quienes en últimas son los que definen a priori cuales son los proyectos para implementar, sin llevar a cabo un proceso de concertación con la nación o con las entidades territoriales. En algunos casos el cooperante puede tener una mayor capacidad técnica que la capacidad de las entidades territoriales, lo que puede poner en desventaja a estas últimas en su poder de negociación. En ocasiones el cooperante puede llegar a “eclipsar” a las entidades territoriales que no tengan este poder de influencia y de negociación.

Para las autoridades territoriales, además de los problemas de alineación de demandas y expectativas, otra dificultad es la que tiene que ver con el ejercicio de vigilancia y control que estas autoridades tienen que ejercer sobre los cooperantes frente a su oferta de servicios, cuando estos prestan directamente los servicios o las atenciones. Algunos de los cooperantes se escudan en su esquema de atención humanitaria para no habilitarse como prestadores de servicios o no reportar a los sistemas de información en salud (RIPS, SIVIGILA), lo que ha llevado a un subregistro de las atenciones y de los eventos de interés en salud pública.

El cooperante que llega a prestar directamente los servicios o las atenciones en salud se encuentra con un sistema de salud bastante complejo en lo normativo, sin el debido acompañamiento por parte de las autoridades sanitarias. Entonces prefiere continuar bajo el modelo de atención humanitaria, porque en lo operativo le es más fácil adaptarse.

Para el prestador estas barreras pueden estar representadas en la falta de asistencia técnica que pueden recibir bien sea de las autoridades sanitarias o de los mismos cooperantes, lo que puede afectar el proceso de implementación.

### 3.4.2 BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAQUETE

**Barreras normativas:** la forma en la que está establecido el acceso y la prestación de los servicios de salud pone de entrada en desventaja a la población migrante irregular o pendular, que son quienes no tienen la posibilidad del aseguramiento. Como se pudo observar en el análisis realizado, la atención materno perinatal solo se ofrece a través de la atención del parto por urgencias. La oferta complementaria a la que puede acceder esta población está fragmentada, por lo que se pierde la integralidad de la atención materno perinatal. Por otra parte, para el cooperante puede ser una barrera en tanto se desconoce el esquema normativo que subyace al SGSSS, lo que se traduce en dificultades a la hora de implementar los servicios dentro del marco normativo dispuesto.

**Barreras relacionadas con la gestión de la información:** a pesar de los esfuerzos realizados para tener a disposición la información que dé cuenta de las atenciones en salud y de la notificación de eventos de interés en salud pública en la población migrante; situación que se agrava a nivel territorial; lo que finalmente se ve reflejado en el subregistro de la información. También hay una zona gris respecto a la información que deberían estar reportando los cooperantes y no lo hacen. Esta barrera no permite contar con información que permita establecer de forma más detallada la situación de salud de esta población. Se están tomando decisiones con información incompleta, lo que afecta la pertinencia y la disponibilidad de los servicios de salud para esta población. Tampoco se tiene información que permita establecer quien es el pagador de las atenciones en salud prestadas a esta población, lo que puede llevar a problemas de doble facturación.

**Barreras relacionadas con los recursos y la capacidad instalada disponibles para la atención en salud:** el fenómeno migratorio ha sobrepasado la capacidad para dar respuesta en todos los niveles. Para las autoridades sanitarias ha implicado la búsqueda de nuevas fuentes de financiación a través de la cooperación internacional, aunque estos recursos están limitados en el monto y en el tiempo de ejecución. Las entidades territoriales a su vez están asumiendo los costos de la atención de la población migrante irregular a través de los recursos disponibles para la población pobre no asegurada. Esto ha generado unos problemas de cartera acumulada con la red pública, poniendo en riesgo la sostenibilidad de los prestadores. Además, la llegada masiva de migrantes ha sobrepasado la capacidad instalada de algunas entidades territoriales que difícilmente pueden ofrecer una adecuada cobertura de servicios.

**Barreras relacionadas con la gestión de la cooperación:** como ya se mencionó, los cooperantes y las organizaciones ya traen de antemano una agenda definida que en ocasiones no está alineada con las necesidades y expectativas de las entidades territoriales. En algunos casos se termina sobre ofertando una respuesta para una situación que no es prioridad para la entidad territorial o para el prestador, pero que si está en la agenda del cooperante. Esto puede dejar demandas desatendidas en otros frentes. Por otra parte, para las entidades territoriales y para los prestadores los procesos de formulación y de estructuración de proyectos de cooperación internacional puede ser engorroso, al no tener profesionales dedicados a este proceso, lo que dificulta el acceso a financiamiento a través de recursos de cooperación internacional. Otro problema identificado es la destinación de los recursos de cooperación sin tener en cuenta a las comunidades de acogida, lo que puede repercutir en situaciones de xenofobia.

**Barreras relacionadas con la situación de la población migrante:** las condiciones de vulnerabilidad social en las que llega una parte de la población migrante, sobre todo la que llega en situación irregular, hacen que la salud no sea su prioridad, puesto que tiene que resolver el día a día relacionado con los medios mínimos de subsistencia. Sumado a que el acceso a la salud está limitado a la atención inicial de urgencias; en el caso en el que acudan y requieran seguimientos, estos se dificultan bien sea porque no cuentan con los recursos para asistir a los servicios, porque no tiene un punto fijo de residencia, por miedo o por las características de movilidad de esta población, entre otros.

**Barreras culturales que dificultan el acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante:** la población migrante proveniente de Venezuela puede llegar con unas expectativas respecto a la forma en la que accedían a los servicios de salud en su país, ya que, según manifestaron algunos de los entrevistados, allá no enfrentan tantas barreras para la atención en salud. Eso sumado al desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud colombiano constituye una barrera muy grande. Asimismo, la comunicación dirigida a este grupo no es la más asertiva, muchas veces esta comunicación está llena de tecnicismos o en un lenguaje que puede tener un significado distinto en su contexto.

### 3.4.3 FACILITADORES DEL PROCESO DE ACOMPAÑAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETES

**Procesos de asistencia técnica:** hay un esfuerzo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social así como de las entidades territoriales para acompañar el proceso de implementación de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal con los diferentes actores: ESE, EAPB e IPS. En ese proceso también se evidencia el esfuerzo del MSPS por generar diferentes herramientas técnicas que permitan cualificar a los cooperantes en temas de auditoría, de costos del paquete y así mejorar el proceso de implementación. En las entidades territoriales también se están diseñando algunos instrumentos que permitan no solo organizar la oferta proveniente de los cooperantes, sino mejorar el seguimiento a las gestantes que acceden a estos paquetes.

**Estatuto Temporal de Protección para migrantes provenientes de Venezuela:** sin duda este proceso ha permitido la afiliación de los migrantes en condición regular, lo que les permite acceder a los servicios de toda la ruta de atención sin ninguna barrera. Al promover la regularización y el aseguramiento, se descarga un poco la presión sobre las entidades territoriales que están asumiendo los costos de la atención de la población migrante irregular.

**Recursos de cooperación internacional:** en todos los niveles se reconoce que gracias a los recursos y a la oferta proveniente de los cooperantes y de las organizaciones, ha sido posible atender las necesidades en salud materno perinatal de las mujeres migrantes, ya que con su oferta se han podido cerrar las brechas de atención en algunos frentes como la planificación familiar, la interrupción voluntaria de embarazo, el acceso a controles prenatales, entre otros. También han permitido el fortalecimiento de la capacidad instalada en las entidades territoriales bien sea a través de compra de equipos y dispositivos biomédicos o a través de la contratación de talento humano que permita fortalecer procesos prioritarios.

### 3.4.4 FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE PAQUETES

**Prestación de servicios en redes integradas e integrales:** en el caso de Bogotá, el esquema implementado en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, ha favorecido el mantener la integralidad de la atención, desde lo más promocional de la ruta, hasta las atenciones que requieren un mayor nivel de complejidad. El trabajo territorial por medio de equipos de atención en casa y de equipos en los diferentes entornos de vida cotidiana del modelo *Salud a Mi Barrio* ha facilitado la identificación y captación temprana de las gestantes. Todo lo anterior ha favorecido la adherencia de las gestantes en toda la ruta de atención, puesto que el tener todos los servicios en una sola institución, implica menos costos de transacción para las mujeres migrantes que acuden allí a recibir sus servicios. Además, estas gestantes son captadas de forma temprana, así que presentan menos complicaciones durante el parto y el puerperio.

**Trabajo con líderes y organizaciones de base comunitaria:** este trabajo es fundamental, ya que ellos son quienes conocen las barreras y las necesidades de la población migrante en el territorio. Además, apoyan a las autoridades sanitarias a entender las dinámicas de esta población y de esta forma, ayudan a identificar barreras que de otra forma pasarían desapercibidas por parte de las autoridades sanitarias; como pueden ser las barreras comunicativas. También se han vinculado a procesos de vigilancia epidemiológica comunitaria, ayudando a identificar oportunamente los eventos de interés en salud pública. Esto permitió, por ejemplo, ajustar las piezas comunicacionales orientadas a promover la atención materno perinatal y ponerlas a disposición en sitios donde las mujeres buscan las pruebas rápidas de embarazo como son las droguerías y farmacias.

**Mecanismos de seguimiento y de monitoreo de la atención de las gestantes:** un factor de éxito es el relacionado con estos mecanismos de seguimiento y monitoreo que trascienden el reporte a sistemas de información ya existentes o al seguimiento del cumplimiento de actividades. Durante este proceso el único ejercicio que se evidenció es el que implementó la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Por un lado, hacen un seguimiento constante a través de llamadas telefónicas o a través de grupos de WhatsApp. También tienen dispuesta una base de datos donde ingresan la información que les permite tener la trazabilidad de la atención de la gestante cuando reciben el paquete básico. Si es un paquete con alguna organización o una ONG de acuerdo de las actividades contratadas, en la subred garantizan que la gestante pase por todas esas actividades contratadas y hacen el seguimiento con indicadores de impacto y con indicadores de actividad, que son monitorizados en el Comité Materno Perinatal de manera mensual, con un especial énfasis en el monitoreo de sífilis y de morbilidad materna extrema, que son los eventos que mayor carga les representa.

**Jornadas de aseguramiento:** el acompañamiento de algunos cooperantes para promover el aseguramiento de la población migrante ha sido bien recibido por las entidades territoriales.

### 3.5 LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

En este apartado se extraen las lecciones aprendidas de la implementación de los paquetes de atención materno perinatal, así como las recomendaciones para tener en cuenta para dar sostenibilidad a este esquema.

**Relacionadas con la regularización y el aseguramiento de la población migrante:** con la adopción del Estatuto de Protección, hay un aumento de la población regularizada que debe ser afiliada al SGSSS. Si bien esta es una medida que en el mediano y largo plazo puede ayudar a mitigar el impacto en los recursos que deben poner a disposición tanto la autoridad nacional como las autoridades territoriales, aún hay retos que deben ser asumidos si se quiere garantizar la sostenibilidad de la atención a población migrante. El primer reto es lograr la afiliación de esta población, cuyo porcentaje de afiliación sigue siendo bajo (45%). El segundo reto asociado al aseguramiento es la reducción de barreras en la atención impuestas por las EAPB, que para la población migrante generan una mayor dificultad; puesto que tienen que movilizar mayores recursos en términos económicos, sociales y culturales, para poder hacer efectiva la atención. Por tal razón, una parte de ellos termina regresando a la oferta en salud dispuesta por la cooperación internacional. El tercer reto es mantener la atención de la población migrante irregular sin poner en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema de salud, puesto que los recursos con los que se sostiene la atención a esta población son los dispuestos para la atención de la población pobre no asegurada, y lo que se paga por población pobre no asegurada es la atención de los partos. Por eso el país ha hecho esfuerzos para conseguir recursos adicionales provenientes de cooperación internacional y de otras fuentes externas. Pero estos son recursos que tienen un límite en los montos y en tiempos de ejecución.

En definitiva, se debe promover la regularización y el aseguramiento de la población migrante irregular, como una medida que garantice la sostenibilidad de la atención en salud para esta población. En ese sentido se debe continuar con las jornadas de aseguramiento, acompañadas de mecanismos de información y de comunicación que estén adaptadas a las particularidades culturales y sociales de la población migrante.

**En la definición y ejecución del paquete de atención materno perinatal:** en términos de la concepción del paquete, uno de los grandes retos que tiene el paquete es poder incluir intervenciones resolutorias de alta externalidad. Tampoco ha sido posible mejorar la integralidad de la atención, puesto que las intervenciones se encuentran dispersas entre las diferentes agencias y organizaciones, quienes plantean sus intervenciones de acuerdo con la agenda que tengan establecida. Esto ha dificultado la

alineación en términos de la concepción más unificada del paquete de atención. Desde la autoridad sanitaria nacional también se han identificado dificultades relacionadas con la negociación de tarifas, dada la dinámica del sistema de salud colombiano que depende de quien tenga la posición dominante. Tal y como la autoridad nacional lo explica: “así como el proceso de negociación entre EPS e IPS, es dominante para las EPS; con alguna frecuencia ha sido, en el caso de las agencias y las IPS, dominante para las IPS, porque no se hace ejecución adecuada y eficiente de los recursos”.

En la ejecución también se han evidenciado problemas para las IPS. Como este paquete se ejecuta a través de las Empresas Sociales del Estado, estas “se encuentran en una dinámica de supervivencia”. Hay una mayor preocupación por mantener el flujo de caja, que por la prestación de servicios preventivos porque no lo consideran lucrativo, como en el caso del Hospital Universitario Erasmo Meoz. Además, hay una fragmentación de la atención ya que la atención de tipo preventivo la ofrece la ESE Imsalud, pero se pierde la integralidad y la trazabilidad de la atención cuando la gestante tiene que ser remitida al Erasmo Meoz. De aquí surge la necesidad de diseñar esquemas de contratación que contemplen el pago por resultados, junto con incentivos que lleven a estas entidades a incorporar intervenciones más anticipatorias dentro de sus modelos de atención, que vayan más allá de la demanda inducida, y cuyo impacto se vea reflejado en los resultados en salud de la población.

Una lección aprendida la aporta la experiencia de implementación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, que incorpora en su paquete desde las intervenciones más preventivas y promocionales como las atenciones de mayor complejidad. Todo acompañado de mecanismos de búsqueda activa en territorio, seguimiento vía telefónica y monitoreo a través de una base de datos que les permite dar cuenta de la trazabilidad de los servicios recibidos por cada gestante dentro del paquete contratado. Todo lo anterior soportado con un modelo de atención territorial—*Salud a Mi Barrio*—. Tal y como lo manifestó la autoridad sanitaria nacional entrevistada, esta experiencia de la Subred les permitió ajustar el paquete para incluir los tratamientos de sífilis en ese caso, además de hacer una propuesta para poder cubrir la canalización de las mujeres para que haya un incentivo en la institución para captarlas y poder vincularlas mejor al control prenatal.

De esa última propuesta se desprende otra experiencia a destacar, y es el prototipo de pago por desempeño que actualmente se encuentra desarrollando USAID a través de un ejecutor en MiRed Barranquilla (Ver Anexo 1), que es una IPS que opera de forma similar que la Subred Norte. Es más fácil implementar este tipo de esquemas cuando es un solo prestador que puede garantizar la implementación de la ruta de la forma más integral posible. Esto facilita también la trazabilidad de la gestante.

De acuerdo con la información suministrada por la entidad encargada del diseño del prototipo, con este esquema de pago por desempeño también se busca diseñar un incentivo para que la IPS haga búsqueda activa y captación temprana de las gestantes migrantes y brindarles toda la atención que necesitan. En últimas esto representa un alivio para la entidad territorial puesto que ya no tiene que asumir el pago de partos más costosos por las complicaciones que genera la falta de atención prenatal de forma oportuna. Dentro de este esquema propuesto, el pago estaría condicionado al cumplimiento unos indicadores de resultados que tienen que ver con el número de migrantes que reciban cuatro (4) o más controles prenatales, el número de gestantes migrantes que se les realiza tamizaje de forma temprana y, que si fueron diagnosticadas con alto riesgo obstétrico estas mujeres reciban los controles prenatales por especialista, así como la proporción de micronutrientes que reciban las gestantes durante el embarazo.

Dentro de las recomendaciones que surgen de estas experiencias esta la elección de la IPS para la contratación del paquete. De acuerdo con las experiencias revisadas lo ideal es poder contratar con una IPS que pueda prestar la ruta de la forma más integral posible, incluyendo la búsqueda y captación temprana de las gestantes, todo dentro de un esquema de pago por desempeño ligado a indicadores de resultado.

**Relacionados con la gestión de información relacionada con población migrante:** el país ha avanzado en la información disponible de la atención en salud a la población migrante proveniente de

Venezuela, puesto que los sistemas de información en salud disponibles como el Registro Individual de Prestación de Servicios de salud (RIPS), el Registro Único de Afiliación al Sistema de la Protección Social para el registro de Nacimientos y Defunciones (RUAF-ND), el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) ya permiten tener la información disponible para el monitoreo y seguimiento de la población migrante a partir de la información capturada desde estos sistemas. Por ejemplo, con la Circular 029 de 2017 establece el reporte de los datos del RIPS relacionados con las atenciones a población extranjera por parte de las instituciones prestadoras. Entonces esa variable se ha incorporado en el sistema y ese sistema le permite a la autoridad sanitaria saber cuántas atenciones ha recibido la población migrante procedente de Venezuela y cuál es el comportamiento de la morbilidad atendida. Sin embargo, como se pudo evidenciar, hay un subregistro importante, y por la misma dinámica de la atención a población migrante irregular que está permitida por la normatividad, hay un mayor peso de la atención del parto frente a las atenciones en otros servicios.

Sin embargo, dentro de los retos persistentes se encuentra que la información que se maneja desde los cooperantes y desde las organizaciones no permite tener la trazabilidad de la prestación de los servicios contenidos en el paquete y que tanto hubo un goce efectivo del paquete por parte de las mujeres migrantes. La información hasta el momento se limita al seguimiento en la ejecución de actividades desde una dinámica de carácter más transaccional entre pagador y prestador. La recomendación, en línea con la anterior lección aprendida es la de avanzar hacia un sistema de información que permita hacer seguimiento a las atenciones del paquete que efectivamente recibió cada gestante.

Esto es una variable clave y una métrica importante. Es un tema que deberían comprender todos los involucrados en la cadena de atención desde las autoridades sanitarias, los cooperantes, y los prestadores o implementadores de estos paquetes. Es decir, avanzar hacia la medición de resultados de la prestación de estos servicios.

SOSTENIBILIDAD

## 4. REFERENCIAS

Abadía C y Oviedo D. 2010. «Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud.» *Rev Gerenc y Políticas Salud* 9(18).

Organización Internacional para las Migraciones. 2022. «Informe sobre las Migraciones en el Mundo».

Banco Mundial. 2021. «Colombia - Sistema de Salud y Migración: Estimación del Costo del Paquete de Atención Materno Perinatal en Población Migrante Pendular Venezolana».

Cañón, C, Ortiz, JL, Rodríguez, J, Cárdenas, RH, Barliza, M, y Cabanzo, D. 2021. «Lineamiento para la Implementación de Modelo de Contratación por Paquetes de Atención: Caso Paquete Salud Materna. Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local.»

Cordaro, F. 2020. «Necesidades en salud de las migrantes venezolanas en Barranquilla.» *Revista Internacional de Cooperación y Desarrollo* 7(2). doi: 10.21500/23825014.4948.

Departamento Nacional de Planeación. 2018. «Documento CONPES 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela.»

Departamento Nacional de Planeación. 2022. «Documento CONPES 4100. Estrategia para la integración de la población migrante venezolana como factor de desarrollo del país.»

- Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, Flórez-García V, y Rodríguez DA. 2019. «Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública». *Rev Univ Ind Santander Salud* 51(3). doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>.
- Giraldo V, Sobczyk R, Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, y Bojorquez I. 2021. «Prenatal care of Venezuelans in Colombia: migrants navigating the healthcare system.» *Rev Saude Publica* 55(49). doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002999>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2017. «Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta de Atención en Salud Materno Perinatal».
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. «Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio».
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2022. *Observatorio Nacional de Migración y Salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2022a. *Seguimiento a la situación de salud de la población migrante procedente de Venezuela, para el período comprendido entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de diciembre de 2021*.
- Profamilia y IPPF. 2019. *Evaluación de necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana: Arauca, Cúcuta, Riohacha y Valledupar*.
- Profamilia y Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA-USAID). 2020. *Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?*
- Proyecto Migración Venezuela. 2020. *Encuesta de Calidad de Vida e Integración de los Migrantes Venezolanos en Colombia*.
- Proyecto Migración Venezuela. 2020a. *Infografía. Resultados de la Encuesta de Calidad de Vida e Integración de Migrantes Venezolanos en Colombia. Atención en Salud*.
- Rillo, Arturo G. 2015. «Análisis hermenéutico de la pregunta por la salud». *Rev Hum Med* 15(3).
- Secretaría de Salud de San José de Cúcuta. 2021. «Análisis de Situación de Salud en Población Migrante Venezolana».
- Secretaría Distrital de Salud. 2020. «Diagnóstico del Fenómeno Migratorio con Énfasis en Salud en el Distrito Capital».
- Secretaría Distrital de Salud. 2021. «Plan Distrital de Respuesta y Atención a Flujos Migratorios Mixtos en el Distrito Capital. Estrategia para el Abordaje Desde el Sector Salud.»
- Tapella, E., y P. Rodríguez-Bilella. 2014. «Sistematización de experiencias: una metodología para evaluar intervenciones de desarrollo». *Revista de Evaluación de programas y políticas públicas* 3(80).

UNFPA y MSPS. 2020. «Guía Práctica para la Implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios para la Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis Humanitarias - PIMS - Colombia».