

**EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES VENEZOLANAS
GESTANTES Y LACTANTES EN EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD EN
LA CIUDAD DE IPIALES, DEPARTAMENTO DE NARIÑO, EN EL PERÍODO 2020 –
2021**

AYDE MAGALY TAPIA BRAVO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
Y POSTGRADOS CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
PASTO
2022**

**EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES VENEZOLANAS
GESTANTES Y LACTANTES EN EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD EN
LA CIUDAD DE IPIALES, DEPARTAMENTO DE NARIÑO, EN EL PERÍODO 2020 –
2021**

AYDE MAGALY TAPIA BRAVO

Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Salud Pública

Asesora

Mg. Alba Jackeline Ruano Jiménez

Socióloga

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIONES E INTERACCIÓN SOCIAL
Y POSTGRADOS CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
PASTO
2022**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor. **Artículo 1ro del Acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966** emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

San Juan de Pasto julio de 2022

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación está dedicado a aquellas personas que de una u otra manera participaron en su proceso y nos apoyaron total e incondicionalmente para llevar a cabo su culminación.

La autora

AGRADECIMIENTOS

Quiero darle gracias a Dios por estar en cada paso, por fortalecer mi mente y mi corazón a pesar de las adversidades.

A mi familia, gracias por el cariño y apoyo moral que siempre he recibido de ellos y con el cual he logrado terminar este proyecto.

Agradecimientos especiales a las y los profesores especialmente a mi asesora que hizo posible este proceso, por su colaboración, paciencia y apoyo, muchas gracias.

RESUMEN

La presente investigación se ha centrado en la exploración de las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el ejercicio del derecho a la salud, la cual se desarrolló en la ciudad de Ipiales en el período 2020 – 2021. Investigación de carácter cualitativo con diseño fenomenológico con un primer momento donde se realizó un cuestionario con base en la exploración previa de las variables reportadas y las variables sociodemográficas preestablecidas, luego se aplicó una prueba piloto vía telefónica. El instrumento final se aplicó on-line y presencial previa readecuación y sistematización del mismo, realizando una encuesta a 53 mujeres migrantes venezolanas que cumplieran con los criterios de validez, las variables del cuestionario estuvieron asociadas a las características sociodemográficas, de las bases de datos revisadas que fueron las institucionales y asociadas a estadísticas nacionales e internacionales. Un segundo momento donde se exploró las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas en el ejercicio del derecho a la salud en la ciudad de Ipiales así como la correspondencia entre la garantía del derecho a la salud y la experiencia de atención en el municipio; las técnicas de recolección de información para este momento fueron: revisión documental, entrevista semiestructurada y grupos focales. Posteriormente y a partir de los datos recolectados, se generaron tres capítulos: en el primer capítulo se realizó una caracterización de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes, describiendo quiénes son las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, como viven y permanecen en el municipio, como se acogen a la regularidad en Colombia, como el sistema de salud las acoge y el comportamiento en los momentos de vida: gestación y lactancia; el capítulo dos analiza las experiencias de dichas mujeres en el acceso a los servicios de salud, identificando 5 momentos claves en torno a: las condiciones de salud al ingreso al país, estatus migratorio, atención en salud en la ciudad de destino y de origen, aseguramiento en salud, atención en los servicios de promoción y mantenimiento de la salud y acciones de promoción y prevención durante la pandemia y finalmente el capítulo tres en el cual se establece una correspondencia entre la garantía del derecho a la salud y las experiencias de dichas mujeres en el sistema de salud colombiano, analizando la garantía del derecho a la salud en torno a aspectos como atención en la ciudad de destino, estatus migratorio, aseguramiento al SGSSS y acceso y atención en el sistema de salud colombiano.

Palabras clave: inmigración, mujer, gestante, lactante, experiencia, derecho a la salud.

ABSTRACT

The present research has focused on the exploration of the experiences of Venezuelan immigrant pregnant and lactating women in the exercise of the right to health, which was developed in the city of Ipiales in the period 2020 - 2021. Qualitative research with a phenomenological design with a first moment where a questionnaire was carried out based on the previous exploration of the reported variables and the pre-established sociodemographic variables, then a pilot test was applied via telephone. The final instrument was applied on-line and in person after its readjustment and systematization, carrying out a survey of 53 Venezuelan migrant women who met the validity criteria; the variables of the questionnaire were associated with the sociodemographic characteristics of the databases reviewed, which were institutional and associated with national and international statistics. A second moment where the experiences of Venezuelan immigrant women in the exercise of the right to health in the city of Ipiales were explored as well as the correspondence between the guarantee of the right to health and the experience of care in the municipality; the data collection techniques for this moment were: documentary review, semi-structured interview and focus groups. Subsequently and from the data collected, three chapters were generated: in the first chapter a characterization of the pregnant and lactating immigrant women was made, describing who the pregnant and lactating Venezuelan immigrant women are, how they live and stay in the municipality, how they are received with regularity in Colombia, how the health system welcomes them and the behavior in the moments of life: gestation and lactation; chapter two analyzes the experiences of these women in the access to health services, identifying 5 key moments around: health conditions upon entering the country, migratory status, health care in the city of destination and origin, health insurance, care in health promotion and maintenance services, and promotion and prevention actions during the pandemic. Finally, chapter three establishes a correspondence between the guarantee of the right to health and the experiences of these women in the Colombian health system, analyzing the guarantee of the right to health in terms of aspects such as care in the city of destination, migratory status, insurance in the SGSSS, and access to and care in the Colombian health system.

Key words: immigration, woman, pregnant woman, infant, experience, right to health.

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	18
2. OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GENERAL:	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	22
3. MARCO REFERENCIAL	23
3.1 MARCO DE ANTECEDENTES EMPÍRICOS	23
3.1.1 La migración una mirada internacional	23
3.1.2 Una mirada hacia el territorio:.....	24
3.1.3 Hablemos desde lo local.....	25
3.2 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	26
3.2.1 La inmigración	26
3.2.2 ¿Existe una feminización de la migración?	27
3.2.3 El ejercicio del derecho a la salud	28
3.2.4 Derecho a la salud como garante de la salud pública	29
3.2.5 Poblaciones vulnerables por curso de vida	30
3.2.6 Hacia el análisis de las experiencias de vida.....	30
3.3 MARCO JURÍDICO DEL DERECHO A LA SALUD PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE.....	31
4. DISEÑO METODOLÓGICO	36
4.1 MÉTODO	36
4.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	36
4.2.1 Revisión documental:	36
4.2.2 Cuestionario de caracterización de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes	37
4.2.3 Entrevista semiestructurada:	38
4.2.4 Grupos focales:	38
4.3 PROCEDIMIENTO	39
4.3.1 Fase uno	39

4.3.3 Fase tres	40
4.3.4 Fase cuatro	40
4.3.5 Fase cinco	40
4.4 CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN	41
4.5 CRITERIOS DE VALIDEZ.....	41
4.6 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	41
4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
4.9.1 Autonomía	42
4.9.2 Justicia.....	42
4.9.3 Beneficencia	42
4.9.4 Confidencialidad.....	42
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
5.1 CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES INMIGRANTES GESTANTES Y LACTANTES	44
5.1.1 ¿Quiénes son las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes?	44
5.1.2 Como viven y permanecen las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales	48
5.1.3 De la irregularidad a la regularidad: un paso para formalizar en un país extranjero y poder acceder a sus servicios	53
5.1.4 Como el sistema de salud acoge a las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes.....	55
5.1.5 Momentos de vida: gestación y lactancia, una nueva oportunidad en medio del fenómeno migratorio	57
5.1.6 Reflexiones finales capítulo 1	59
5.2 CAPÍTULO 2. EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES VENEZOLANAS GESTANTES Y LACTANTES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	61
5.2.1 Primer Momento. Experiencias en torno al ingreso al país: “Iniciando una nueva vida en otro país”	61

5.2.2 Segundo Momento: Experiencia alrededor del estatus migratorio: “Una población mayoritariamente irregular	65
5.2.3 Tercer Momento. Experiencias alrededor de la atención en salud: “La atención en salud un proceso continuo que implica humanidad”	70
5.2.4 Cuarto Momento. Experiencias en aseguramiento en salud: “La salud como un proceso que requiere la intervención del estado”	77
5.2.5 Quinto Momento. Experiencias en torno a los servicios de promoción y mantenimiento de la salud “Un reto hacia el camino de la prevención y el autocuidado”	81
5.3 CAPÍTULO 3. ¿EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE EL DERECHO A LA SALUD Y LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES VENEZOLANAS GESTANTES Y LACTANTES EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO?	86
5.3.1. Garantía del derecho a la salud en la ciudad de destino: “Una ciudad incipiente en la atención al migrante”	87
5.3.2 Garantía del derecho a la salud de acuerdo al estatus migratorio de las usuarias “El derecho a la salud en estrecha relación con la condición migratoria”	87
5.3.3 Garantía del derecho a través del aseguramiento al SGSSS: “Opiniones y expectativas de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes frente a la afiliación”	88
5.3.4 Garantía del derecho a través del acceso y la atención en el sistema de salud	90
6. CONCLUSIONES	92
7. RECOMENDACIONES.....	95
LIMITACIONES Y FORTALEZAS	97
BIBLIOGRAFÍA.....	99
ANEXOS.....	108

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Edad mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021	45
Tabla 2. Participación en organizaciones sociales y/o comunitaria de mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021	48
Tabla 3. Trabajo actual de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021	52
Tabla 4. Ingresos, egresos y gastos mensuales promedio de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021	53
Tabla 5. Análisis de la situación migratoria de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	55
Tabla 6. Momentos de vida de las mujeres inmigrantes lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021	59

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Estado civil mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	46
Gráfico 2. Nivel educativo de mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	47
Gráfico 3. Tipo de vivienda en que viven actualmente las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	49
Gráfico 4. Forma de pago de la vivienda en la que viven las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	51
Gráfico 5. Afiliación al SGSSS de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	56
Gráfico 6. EPS y encuesta SISBEN de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	57
Gráfico 7. Momento de vida de las mujeres inmigrantes gestantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	58
Gráfico 8. Familia: Experiencia en torno al ingreso al país de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	61
Gráfico 9. Familia: Experiencia alrededor del estatus migratorio de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	65
Gráfico 10. Familia experiencia en atención en salud de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	70
Gráfico 11. Familia experiencia en aseguramiento en salud de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021	78
Gráfico 12. Familia experiencia en promoción y mantenimiento de la salud de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021.....	82

LISTA DE ANEXOS

Pág.

**Anexo A. CUESTIONARIO CARACTERIZACIÓN MUJERES IMMIGRANTES
VENEZOLANAS GESTANTES Y LACTANTES EN EL MUNICIPIO DE IPIALES 108**

Anexo B. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA 112

Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO 113

Anexo D. AVAL IPS MUNICIPAL 115

Anexo E. AVAL ASESORA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN 116

Anexo F. CRONOGRAMA 118

GLOSARIO

Apátrida: Persona a la cual ningún estado considera como nacional suyo y por ende no tiene derechos atribuibles a la nacionalidad.

Barreras de acceso: Estrategias técnico administrativas que se utilizan para negar o dilatar un servicio de salud.

Comunidad de acogida: Comunidad ubicada en el país de destino y que recibe a una persona que ingresa por mecanismos migratorios regulares o irregulares.

Conflicto armado: “Casos de guerra declarados entre dos o más estados. Ocurre cuando hay violencia armada prolongada entre el estado y grupos organizado”¹.

Crecimiento exponencial: Implica que el aumento de la población es cada vez más rápido en el tiempo y una de las causas de este crecimiento está asociada a la migración.

Crisis humanitaria: Situación de emergencia generalizada que le sucede a una comunidad o región debido a emergencias sanitarias, acontecimientos políticos, conflictos armados, persecuciones etc.

Derecho a la salud: Es la garantía real del goce efectivo de un estado físico, mental, emocional y social que le permita al ser humano desarrollarse de manera digna y con todas sus potencialidades.

Derechos humanos: “Son derechos inherentes a todas las personas, definen las relaciones entre los individuos y las figuras de poder, delimitando el poder del estado”², incluso exigiendo la adopción de medidas que den garantía de las condiciones para que todas las personas puedan disfrutarlos.

Derecho humanitario: “Normas y principios establecidos para la protección de las personas en tiempos de guerra o conflicto”³.

Determinantes sociales en salud: “Son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluidos los sistemas que ejercen influencia sobre la vida cotidiana”⁴.

¹ Organización internacional para las migraciones. Glosario sobre migración. [Internet] Ginebra: OIM; 2006 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf>

² Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado. Derechos humanos. [Internet]. Ginebra: Unión interparlamentaria; 2016 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HandbookParliamentarians_SP.pdf

³ Organización internacional para las migraciones. Glosario sobre migración. [Internet] Ginebra: OIM; 2006 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf>

⁴ OPS. Determinantes sociales de la salud. [Internet]. [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Discriminación: “Es la acción de no tratar a las personas por igual cuando no hay distinción entre los favorecidos y los no favorecidos”⁵.

Economía de enclave: Modelo productivo que sirve para atraer capitales en países en desarrollo y mejorar su balance comercial, generando dependencia de países extranjeros.

Estatus migratorio: “Estado de una persona considerada inmigrante de acuerdo a la legislación del país receptor”⁶.

Factores de riesgo: Características de una persona o grupo de personas asociada a la probabilidad de estar expuesto a un proceso que afectará su salud a mediano o largo plazo.

Factores protectores: “Son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en la salud e la persona”⁷.

Feminización: Creciente participación de la mujer en los movimientos migratorios.

Grupos vulnerables: Grupos con posibilidad de ser sometidos a violencia desastres naturales o ambientales, dificultades económicas y a sus consecuencias negativas.

Inmigración: “Proceso por el cual personas no nacionales ingresan a un país con el fin de establecerse en él”⁸.

Migración: “Desplazamiento geográfico de individuos o grupos generalmente por causas económicas o sociales”⁹.

Migrante irregular: Persona que se desplaza al margen de las normas del país receptor y no cuenta con los documentos requeridos para el ingreso.

Migrante regular: Persona que migra a través de canales regulares y legales.

⁵ Organización internacional para las migraciones. Glosario sobre migración. [Internet] Ginebra: OIM; 2006 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf>

⁶ Dirección de Epidemiología y Demografía Observatorio nacional de migración y salud. [Internet] Bogotá: Minsalud; 2020 [Revisado 2022; Consultado 2022 Jul 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/doc-base-observatorio-nal-migracion-salud.pdf>

⁷ Campo C, Peris M. Factores protectores y de riesgo en alumnos de una institución pública y otra privada. Scielo [Internet]. 2011 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]; 8 (1): pag 4. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v8n1/a12.pdf>

⁸ Organización internacional para las migraciones. Glosario sobre migración. [Internet] Ginebra: OIM; 2006 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf>

⁹ RAE. Diccionario. [Internet]. Madrid; 2021 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://dle.rae.es/migraci%C3%B3n>

Mortalidad materna: Grave problema de salud pública cuyas causas en su mayoría son evitables

Perspectiva de género: “Punto de vista a partir del cual se visualizan los fenómenos de la realidad de las relaciones de poder entre los géneros”¹⁰.

Regularización: Proceso por el cual un país permite obtener un estatus regular a un extranjero en situación irregular.

Retorno: Proceso de regresar a su país de origen el cual se da de manera voluntaria, forzoso, asistido y espontáneo.

Rutas de atención en salud: “Instrumento que contribuye a que las personas, familias y comunidades alcancen resultados en salud positivos”¹¹.

Tasa global de fecundidad: “Número de hijos que nacerían por mujer si la mujer tuviera sus hijos en todos sus años reproductivos”¹².

Trata de personas: Captación, transporte, traslado, acogida, recurriendo a la amenaza, fraude, fuerza, coacción de una persona en situación de vulnerabilidad.

Violencia basada en género: “Violencia del hombre o la mujer por razones de género”¹³.

Xenofobia: Odio, repugnancia u hostilidad hacia los extranjeros.

¹⁰ UNICEF. Perspectiva de género. [Internet]. 2017 [Revisado 2022; Consultado 2022 Jul 30]. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf

¹¹ Ministerio de salud y protección social. Rutas integrales de atención en salud – RIAS. [Internet]. 2016 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

¹² Ramírez H. Indicadores de planificación familiar. [Internet]. 1999 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3211tgf.htm>

¹³ Organización internacional para las migraciones. Glosario sobre migración. [Internet] Ginebra: OIM; 2006 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 15]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/sitios/Observaciones/11/Anexo4.pdf>

1. INTRODUCCIÓN

“La migración mundial se estimó en alrededor de 244 millones de migrantes para el 2015 equivalente al 3,3% de la población mundial, el 48% de estas migraciones internacionales corresponde al género femenino”(1). Esta cifra representa un número determinado de mujeres migrando en el mundo con su cultura, comportamiento, genética, antecedentes patológicos etc.; dicha migración conlleva una serie de eventos y se realiza por múltiples causas asociadas a la educación, economía, salud, retorno o unificación familiar etc. En este contexto internacional las mujeres representan una carga importante asociada a la migración, debido a su alta vulnerabilidad física, social y emocional etc.

Según Acuña y colaboradores (2) dentro del proceso migratorio, el trabajo, acceso a la educación, acceso a la salud y la perspectiva de género, son los derechos básicos que el estado debe considerar cuando una persona ingresa al país de destino independiente de su situación migratoria, con el fin de favorecer el acceso en igualdad de condiciones con la comunidad receptora. En particular y teniendo en cuenta que el acceso a salud se considera prioritario, este debe ser equitativo, sin barreras para la atención ni discriminación por situaciones de género o condición migratoria; además, se debe garantizar una atención con calidad basada en los protocolos y guías de manejo así como en las rutas de atención vigentes en el territorio.

En Colombia la migración no es un fenómeno aislado al resto del mundo. El MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL¹⁴, en adelante Minsalud a catalogado a Colombia como el país que más venezolanos alberga con alrededor de 25 a 35% de inmigrantes (3). Según el análisis de situación de salud (ASIS), en Colombia para el 2016, parte del incremento anual de las poblaciones se vio reflejado en relación al crecimiento exponencial, el cual estimó una migración de 15 personas por cada 1.000 habitantes, así mismo el tamaño y volumen poblacional está dado por la población femenina con un 50,63%. Teniendo en cuenta los últimos acontecimientos migratorios en el país estas proyecciones pueden cambiar significativamente sobre todo en lo relacionado a indicadores como tasa global de fecundidad, mortalidad materna con alrededor de 57 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, mortalidad neonatal con alrededor de 21 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y otras condiciones asociadas al proceso migratorio en contextos migratorios adversos y de población con altos índices de vulnerabilidad (4).

Las políticas migratorias colombianas, ponen de manifiesto la necesidad de una atención de la población inmigrante basada en los derechos humanos. Para el año 2014, el territorio colombiano no fue un destino inicial de asentamiento para la población inmigrante venezolana. Sin embargo, para el año 2015 como lo manifiesta Ciurlo A (4),

¹⁴ Es una entidad pública del gobierno nacional colombiano que corresponde al sector salud y se encarga del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, desarrollar lineamientos en salud y generar política pública: <https://www.pidamazonia.com/content/ministerio-de-salud-y-proteccion-social-minsalud>

un aumento del flujo migratorio se hizo evidente, esto repunta a que las condiciones en el territorio están dadas para iniciar y/o continuar planes o estrategias que aborden en especial la salud del inmigrante, bajo los preceptos de políticas, convenios o planes¹⁵ acordes a las necesidades del territorio. Yañez A. y colaboradores (5) reconocen que dentro del contexto migratorio, las mujeres presentan mayor vulnerabilidad y necesidades de atención; en consecuencia, para esta población el impacto de la migración depende en gran medida de la forma en que se haya realizado el proceso.

Otros datos importantes sobre población inmigrante surgen en Colombia, a partir de REGISTRO ADMINISTRATIVO DE MIGRANTES VENEZOLANOS (RAMV)¹⁶, en el cual (7) se estableció la cantidad de venezolanos registrados que correspondió a 442.462 personas en todo el territorio nacional, con un porcentaje de 49,7% correspondiente a mujeres y 50,2% a hombres. En Nariño, según el RAMV se registraron un total de 1.045 personas que corresponden al 0,1% de la población del departamento según proyección DANE(6). La finalidad del registro fue la recolección de características básicas de la población inmigrante venezolana para establecer parámetros iniciales y a partir de ellos y con otros datos generados de acuerdo al contexto de cada comunidad receptora, establecer una política pública que incluya a la población inmigrante y sus características particulares.

En el departamento las y los inmigrantes venezolanos que ingresaron, enfrentan diversas dificultades, debido a la divergencia entre las características, costumbres y estilos de vida con la comunidad de acogida; en Ipiales particularmente por ser una ciudad fronteriza, que presenta múltiples dinámicas migratorias y aspectos que la caracterizan de las demás ciudades del departamento: zona especial de frontera, diversidad poblacional, altos niveles de necesidades básicas insatisfechas¹⁷, cooperación fronteriza, presencia de grupos armados ilegales¹⁸, dificultades en el acceso, etc., la adaptación de la población venezolana ha sido difícil y agravada por la no aceptación de esta nueva dinámica por parte de la comunidad receptora. la última ola migratoria trajo consigo miles de ciudadanos venezolanos a ubicarse en la frontera, por lo tanto, el gobierno local en colaboración con la cooperación, adelantó varias acciones alrededor de la atención a la

¹⁵ Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio, cuyo objetivo se centra en gestionar la respuesta en salud a las situaciones generadas por la migración en las entidades territoriales receptoras: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

¹⁶ Instrumento para caracterizar a la población con condición irregular y vocación de permanencia.

¹⁷ NBI Ipiales: Para el año 2018 las necesidades básicas insatisfechas (NBI) en la ciudad fronteriza de Ipiales correspondieron al 30,66%, cifra que está 2,96 puntos por encima de la cifra nacional que corresponde a 27,7%. Las NBI, tienen relación con indicadores como: viviendas y servicios inadecuados, hacinamiento, alta dependencia económica y hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela: <file:///D:/Descargas/ESTUDIO%20ECONOMICO%202018.pdf>

¹⁸ En el municipio de Ipiales así como en otros municipios del departamento de Nariño, las FARC y el ELN son los principales grupos armados ilegales que centran su actividad político militar en busca de control en la zona: https://info.undp.org/docs/pdc/Documents/COL/00058220_Analisis%20conflictividad%20Nari%C3%B1o%20PDF.pdf

población inmigrante, creando varias mesas de reunión y debate para poner en marcha y aterrizar a nivel local el plan de respuesta del sector salud (3).

Es así como para el año 2018 la inmigración se convirtió en un tema relevante para la frontera colombo ecuatoriana, al concentrarse la población venezolana en esta zona ya sea para ingresar al vecino país o para buscar medios de vida en la ciudad fronteriza: Ipiales; durante este proceso al menos en una ocasión, la población solicitó los servicios de salud en el municipio. Es así como de acuerdo a indagaciones en una institución de salud de primer nivel¹⁹, se tiene para el año 2019 que los inmigrantes atendidos en salud son en su mayoría venezolanos/as (72%), resaltando dentro de estas atenciones, las realizadas a la población de mujeres gestantes y lactantes. Con respecto al porcentaje restante (28%), corresponde a atenciones realizadas a usuarios de otras nacionales que transitan por la frontera principalmente ecuatorianos y en una menor proporción usuarios de nacionalidades correspondiente a: estadounidenses, haitianos, brasileños, argentinos etc.

Es perentorio señalar que Ipiales (ciudad que alberga alrededor de 151.533 habitantes) por ser zona de frontera ya presentaba dificultades particulares y necesidades en salud de sus residentes (8). Por otra parte, el fenómeno migratorio en esta zona es evidente, así por ejemplo para el 2019 alrededor de 500 (OIM 2019)²⁰ personas venezolanas vivían en el municipio, quienes se encontraban en permanencia en el territorio y presentaban características particulares asociadas a su cultura, modos y hábitos de vida, costumbres, así como situaciones particulares asociadas a salud y aspectos que al igual que en la comunidad de acogida generan igual o mayor vulnerabilidad en esta población. De ellos, un número importante eran mujeres inmigrantes venezolanas en período de gestación y lactancia²¹, las cuales requieren cuidados y atención prioritaria y diferencial por parte de las instituciones principalmente salud²². Dichas instituciones, tienen la responsabilidad de evidenciar cuales son las condiciones, las demandas y vulnerabilidades asociadas a salud de esta población en particular .

Sabemos de antemano que las autoridades sanitarias así como instituciones prestadoras de servicios de salud, se encuentran en un proceso de aprendizaje continuo en torno a la atención de la población inmigrante venezolana y desconocen algunos aspectos importantes asociados a su salud, así como las condiciones de salud en las que entran

¹⁹ La IPS municipal es una institución de primer nivel de complejidad que se encuentra en el municipio de Ipiales y que presta servicios básicos de atención.

²⁰ Población total estimada en la atención durante la primera jornada preventiva de salud realizada por IPS municipal en el mes de Abril de 2019.

²¹ Alrededor de 120 mujeres inmigrantes gestantes y lactantes, este número puede variar dadas las condiciones migratorias actuales.

²² Desde el mes de Abril 2019 a la fecha se ha atendido a 120 mujeres gestantes y lactantes quienes en su mayoría son inmigrantes venezolanas y se atendieron mediante jornada preventiva en salud para este tipo de población, quienes requieren de cuidados y atención diferenciada.

al territorio las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes venezolanas y su trayectoria dentro de las instituciones de salud del municipio.

En estos últimos años, se han elaborado varios estudios asociados con la población inmigrante venezolana en diferentes regiones de Colombia, que intervienen de manera precisa atenciones y cuentan con datos estadísticos relacionados con población en permanencia y otros temas de interés asociados a: planificación familiar, violencia basada en género, desigualdades en salud, derechos humanos etc. Sin embargo no se identificaron otros estudios que aborden el fenómeno migratorio basados en la población de mujeres gestantes y lactantes en el ejercicio del derecho a la salud en las instituciones de salud del municipio. En consecuencia se hace necesario indagar cualitativamente procesos sobre las particularidades de la atención en salud a la población de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, lo cual en primer lugar nos brindará información necesaria para el reconocimiento de las necesidades en salud, barreras de acceso, factores de riesgo, factores protectores, limitantes y potencializadores de este proceso; en segundo lugar nos proporcionará elementos para contribuir a los programas asociados principalmente a los relacionadas con el derecho a la salud y finalmente nos proporcionará información relevante para emitir recomendaciones sobre pautas de atención en salud para las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en el municipio de Ipiales.

Acorde a lo anterior, este trabajo de investigación buscó indagar en las particularidades de la población priorizada y en consecuencias se desarrollaron tres capítulos que se encuentran relacionados con: en el primer capítulo se realizó una **caracterización de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes**, describiendo quiénes son las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, como viven y permanecen las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, como se acogen a la regularidad en Colombia, con el fin de formalizar en un país extranjero y poder acceder a sus servicios, como el sistema de salud acoge a las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes y el comportamiento en los momentos de vida: gestación y lactancia; el capítulo dos analiza las **experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el acceso a los servicios de salud**, identificando 5 momentos claves en torno a: condiciones en el ingreso al país, estatus migratorio, atención en salud en la ciudad de destino, atenciones en la ciudad de origen, aseguramiento en salud, atención en los servicios de promoción y mantenimiento de la salud y acciones de promoción y prevención durante la pandemia y finalmente el CAPÍTULO tres en el cual se establece una **correspondencia entre el derecho a la salud y las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el sistema de salud colombiano**, analizando la garantía del derecho a la salud en torno a aspectos como atención en la ciudad de destino, estatus migratorio de las usuarias, aseguramiento al SGSSS y acceso y la atención en el sistema de salud.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Explorar las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el ejercicio del derecho a la salud en la ciudad de Ipiales, departamento de Nariño, en el período 2020 – 2021.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar social y demográficamente a la población de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en la ciudad de Ipiales.
- Relatar las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en los procesos de atención en salud recibidos en el municipio de destino, estableciendo sus facilitadores así como limitantes del acceso a los servicios de salud.
- Establecer la correspondencia entre la garantía del derecho a la salud y la experiencia en los diferentes contextos y situaciones donde se garantiza este derecho a las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en la ciudad de Ipiales.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO DE ANTECEDENTES EMPÍRICOS

3.1.1 La migración una mirada internacional: Cuello y colaboradores (7), se refieren a la migración como un fenómeno que se ha presentado históricamente y ha llevado incluso a la población a un estatus de refugiado debido a las condiciones en las que salen de su lugar de origen, enfrentándose a situaciones inadecuadas de supervivencia, vivienda, educación, salud, protección etc. Tal es el caso de la población Siria quienes durante la guerra civil tuvieron que salir de manera masiva y enfrentarse a los retos de un país extranjero, en este contexto las mujeres inmigrantes, por sus condiciones y vulnerabilidad en la mayoría de ocasiones no recibieron atenciones o lo hicieron en condiciones inadecuadas; sin embargo, Chile como el principal país receptor de población Siria al sur del continente americano, enfocó sus esfuerzos en identificar y atender las necesidades de la población, disminuir la discriminación, recalcar el buen trato y establecer una atención integral en salud.

Dentro del campo laboral, las migraciones en los países latinos han constituido un sector de la economía como una vía de ascenso social que difícilmente encontraban una posibilidad de movilidad, a pesar de los bajos salarios. Las mujeres inmigrantes aceptan trabajar en la economía de enclave durante una temporada, muchas de ellas alcanzan la superación personal, aprenden de la profesión para poder establecerse posteriormente por cuenta propia e iniciar, así, su propio ascenso social (9).

Ahondando en el sector sanitario, Almeida y colaboradores para el año 2014 (8), identificaron que la asistencia sanitaria de las mujeres principalmente gestantes inmigrantes no solo depende de la accesibilidad, sino también de actividades que se realizan teniendo en cuenta la justicia social. Los determinantes sociales en salud al igual que otros procesos, influyen para que la población mejore sus condiciones en salud; bajo estos conceptos la población inmigrante se encuentra en franca desventaja debido a las condiciones en las que se da la migración.

De acuerdo a lo anterior, donde se ha hecho énfasis en la mujer y su papel dentro de los contextos migratorios, se adopta el término “feminización”, el cual según lo refiere Bastia T, (11) es un fenómeno que está tomando auge a nivel mundial, nacional y local. La feminización dada por ese apogeo que experimenta la mujer en cuanto a su desarrollo en diferentes áreas que tienen que ver con las sociales y económicas, quedando por fuera las tradicionales asociadas al cuidado. Un ejemplo de ello se da durante la migración masiva de población Siria, donde muchas mujeres migraron en busca de refugio, así como también con miras a mejorar su calidad de vida. Para este caso, varios

países en especial Chile (7), adoptaron medidas especiales enfocadas en la salud de la población migrante especialmente gestantes y lactantes, dado que son sujeto de especial atención por cuanto su vulnerabilidad las hace susceptibles a enfermar o morir debido a las particularidades propias de sus condiciones fisiología y contexto.

Otros conceptos relacionados con el modelo de mujer migrante según refiere Acuña (2), relacionan las realidades compartidas, teniendo en cuenta que cada mujer que migra representa un sinnúmero de mujeres que viven una misma situación, es así como a partir de esta realidad se evalúan contextos fundamentales que aportan una significativa experiencia en torno a los sucesos que vive la mujer migrante y a su vez dan cuenta de las problemáticas asociadas así como evalúan las condiciones que enfrentan y reconocen que la vulneración de los derechos es evidente en esta población, especialmente el derecho a la salud teniendo en cuenta que la morbilidad asociada al género es mayor y presenta realidades propias del mismo.

A partir de estos precedentes podemos señalar como principales aportes a la propuesta, la categoría de feminización de la migración dado la participación cada vez mayor de la mujer en los fenómenos migratorios en el mundo, así como la inclusión de género en este proceso por las particularidades de esta categoría y asociadas a una población con necesidades específicas en salud, con mayor vulnerabilidad dentro del contexto migratorio. Una evidente vulneración de los derechos en salud de las mujeres inmigrantes y las condiciones de desigualdad es el acceso a servicios de un sistema de salud diferente al de su país de origen que trae consigo fallas en la atención debido a trámites administrativos y otras condiciones asociadas y por último diferentes necesidades y temáticas asociadas a las mujeres inmigrantes identificadas y que se deben abordar en torno al derecho a la salud.

3.1.2 Una mirada hacia el territorio: Para Harold Banguero (12), es importante recalcar las innumerables razones que tienen los inmigrantes para ingresar a territorio colombiano. Algunas de estas razones que se presentan en las ciudades de destino tiene que ver con: trabajo, educación, servicios de salud, percepción de bienestar con relación a la ciudad de destino y mayor oportunidad para acceder a diferentes servicios incluidos los de salud; así como también, resalta los innumerables retos en salud pública que tiene para la comunidad de acogida y la población que ingresa incluyendo a la mujer inmigrante. Para este caso, la migración, es más relevante, así como el incremento en los porcentajes de los indicadores de salud pública, donde el informe del Congreso de la República 2018-2019 (13), reporta eventos de interés en salud pública en la población venezolana con un incremento de casos para el 2018 de:

- sífilis gestacional (147 casos)
- morbilidad materna extrema (92 casos)
- desnutrición aguda (82 casos)
- bajo peso al nacer (76 casos)
- mortalidad infantil (10 casos)

- mortalidad materna (5 casos)
- mortalidad por desnutrición (5 casos).

Otras indagaciones que dan cuenta del fenómeno en el territorio (14), se asocian a información que ha circulado en prensa, donde se ha mencionado que para el 2020 habría el doble de inmigrantes venezolanos en Colombia, por cuanto este es uno de los pocos países que no han endurecido sus políticas migratorias y donde la crisis humanitaria se ve reflejada por la magnitud de los caminantes que cruzan sus fronteras en busca de nuevas oportunidades y mejores condiciones de vida.

El informe de desarrollo humano 2019 (9) enfatiza que existen desigualdades en los países receptores, que se dan según el grado de desarrollo que el país tenga y a partir del desarrollo tanto de capacidades básicas como aumentadas. Dentro de este contexto la mujer incursionará como protagonista esencial dados los últimos acontecimientos y a partir del empoderamiento femenino en la sociedad actual.

Los diversos acontecimientos en torno a problemas asociados principalmente a salud, en las comunidades receptoras, se relacionan con escasos suministros y ausencia de atenciones básicas para la población inmigrante, siendo un factor de riesgo para enfermar o complicar su estado de salud; además, se debe tener en cuenta que si bien es cierto la población migrante en general se ve afectada, una alta proporción de mujeres gestantes y lactantes al no poder ser atendidas y presentar un alto grado de vulnerabilidad por sus condiciones de salud, sociales, económicas, migratorias, suelen sufrir igual o mayor afectación que la población en general.

En consecuencia y a partir de la recolección de estadísticas y datos, se realizan indagaciones precisas en el territorio relacionadas a situaciones que tienen que ver con el hecho de identificar de que se enferman las personas y de esta manera poder determinar medidas que logren paliar estas situaciones, así como direccionar las decisiones hacia acciones precisas y contundentes con el fin de garantizar una atención adecuada y oportuna de la comunidad que presenta la mayor vulnerabilidad asociadas al fenómeno migratorio y la disminución de barreras que se presentan para la atención.

3.1.3 Hablemos desde lo local: En un artículo extraído de DIARIO DEL SUR²³ la autora local Miriam Martínez, contrasta el fenómeno migratorio en Colombia con el de otros países europeos, que si bien no se equiparan en magnitud y gastos asociados, si se puede apreciar los diferentes impactos que generan. Reitera la autora que no en todas las zonas se va a presentar la migración de la misma forma e invita a diferenciar estas regiones con el objeto de brindar atención de acuerdo a cada contexto, reconociendo que si bien se encuentra un documento²⁴ que avala el inicio de las atenciones para los y las

²³ Periódico originado en la ciudad de San Juan de Pasto, de gran difusión local principalmente en el sur de Colombia, especializado en acontecimientos locales y regionales en el departamento de Nariño.

²⁴ Plan de respuesta del sector salud: brinda las pautas para la intervención de la población venezolana en salud pública, atención en salud, financiación y seguimiento.

inmigrantes venezolanos (as) también señala que se desconoce al municipio de Ipiales en dicho documento. Recalca que se requiere evaluar la capacidad instalada del municipio la cual ya fue superada por la alta demanda de servicios de salud de la población inmigrante; todo esto en aras de garantizar los derechos humanos de los y las inmigrantes venezolanos (as) en especial el derecho a la salud y a una atención digna y de calidad.

En el municipio de Ipiales se observa con preocupación que el fenómeno migratorio se encuentra en su estado más crítico y no sería suficiente la financiación de este fenómeno con recursos locales puesto que se requiere de una intervención mayor para poder realizar acciones en el plazo inmediato que logren de alguna manera suplir las necesidades principalmente en salud de la población que llega y poco a poco va estableciéndose en la zona y en consecuencia poder tener una buena calidad de vida como es menester de todo ser humano.

3.2 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

3.2.1 La inmigración: “Los seres humanos migran en busca de oportunidades, así como también migran por necesidades económicas, políticas, personales, culturales etc. (16)”²⁵ El proceso de asimilación que debe enfrentar la persona que migra no es fácil puesto que implica formas de vivir y desarrollarse en una sociedad ajena a la suya. La adaptación también depende de los diferentes tipos de migración, entre las cuales tenemos: migración temporal²⁶, migración permanente²⁷, migración interna (dentro de la nación), migración internacional, (cruce de límites fronterizos), los cuales en muchas ocasiones son traspasadas de manera irregular. Ahora bien, Bueno (17) aclara que las causas de la migración obedecen a explosión demográfica, desocupación, discriminación, clima, medio físico inhóspito y violencia. En contraste las consecuencias tienen que ver con aspectos positivos como mejores oportunidades, mejoramiento de la calidad de vida y las consecuencias negativas con pérdida de identidad cultural y costumbres.

Según el manual sobre migración, derechos humanos y gobernanza (18), la movilidad humana data de siglos atrás como un fenómeno global y frecuente donde los derechos deben manejarse de manera integral independiente de las razones de la migración. Los Estados tienen el deber de respetar, proteger y satisfacer determinadas obligaciones en materia de derechos humanos para los inmigrantes de su país, garantizando principios como el de no devolución, respeto por la vida familiar y privada, respeto por la libertad y la seguridad de la persona y la protección que se aplica también a los inmigrantes en situación irregular y la prohibición de la expulsión arbitraria y colectiva del país. Para el caso de los emigrantes igualmente el país debe garantizar la protección de los derechos y el bienestar de sus connacionales en el país de destino.

²⁵ Martha C, Chaparro M. Perspectivas de la Política Migratoria Global. dialnet. 2008. p. 11

²⁶ Circular o transitoria, la residencia habitual se mantiene, la persona realiza trayectos recurrentes con el fin de abastecerse de productos básicos.

²⁷ Hay cambio de residencia, las distancias dependen del sitio destino y radicarse en el mismo es un fin.

El fenómeno migratorio en las poblaciones, es percibido como amenazante para los individuos de las comunidades receptoras; sin embargo, la migración es un derecho humano (10). Para el caso de Colombia podemos afirmar que ha enfrentado a lo largo de su historia varias olas de migración. En los últimos años enfrenta una nueva ola migratoria a raíz de la decisión tomada por el gobierno de la República Bolivariana de Venezuela de cerrar la frontera, deportar y ocasionar el retorno de miles de colombianos, así como la salida de nacionales venezolanos hacia otros destinos del sur del continente incluido Colombia.

3.2.2 ¿Existe una feminización de la migración?: Bastia T. (11) nos habla de una posible feminización de la migración, la cual puede entenderse desde los primeros estudios asociados a este fenómeno, comenzando a prestar atención principalmente a datos estadísticos desagregados por género, teniendo como hallazgos relevantes que la participación de la mujer en los procesos de migración había aumentado, siendo los países industrializados los que más acogen a esta población y los sitios de destino más escogidos por ellas. En este sentido cabe destacar el aporte de América Latina y el Caribe a este fenómeno puesto que tuvieron la tasa neta más alta de emigración, siendo la primera región en alcanzar la paridad de ambos géneros. Los datos asociados a la feminización de la migración deben tratarse con precaución, además se debe tener en cuenta que es considerada como migración secundaria²⁸(11).

Las mujeres han adquirido un especial protagonismo debido a su participación en los flujos migratorios, constituyéndose en la mitad de la población que migra en el mundo, lo cual ha abierto espacios para algunas y en otros casos ha favorecido desigualdad de género para otras como lo explica Yáñez (12). Esto ha llevado a los gobiernos locales, nacionales e internacionales a prestar atención a este fenómeno a través de la identificación de dificultades, necesidades y en consecuencia a actuar a partir de compromisos, convenios y políticas que logren en esta población la garantía de los derechos humanos, atención en salud, servicios sociales, vivienda, educación, alimentación, trabajo etc., con el fin de promover el bienestar e integración de las comunidades así como propender por la creación de políticas públicas enfocadas en atención diferencial e inclusión de género.

El aumento de estas corrientes migratorias permite la permeabilidad de las fronteras, muchas mujeres migrantes hacen parte de la demanda de mujeres para el servicio doméstico. Actualmente nos encontramos con una corriente migratoria fuerte, con un peso de mujeres jefas de hogar que optan por la salida de su país de origen como una estrategia de mantenimiento del hogar transnacional²⁹. En efecto, para las mujeres la migración se constituye a veces en una estrategia del hogar dirigido por una mujer: Mujeres separadas, viudas, divorciadas, madres solteras, o casadas que dejan a sus

²⁸ Se consideraba que los motivos de migración de la mujer eran: matrimonio y/o reunificación familiar: https://www.fuhem.es/papeles_articulo/la-feminizacion-de-la-migracion-trasnacional-y-su-potencial-emancipatorio/

²⁹ Es el hogar en el que sujetos ubicados en diferentes países establecen o continúan sus lazos familiares así como elementos económicos sociales, culturales etc.: <https://www.redalyc.org/journal/814/81466865004/html/>

maridos en el país de origen abundan entre las mujeres que migran en búsqueda de una vida mejor para su familia y en estos escenarios también se visualiza la feminización (19). En otros contextos la inseguridad ciudadana como causa de la migración se ha convertido en una “psicosis”, de tal manera que el problema económico, la falta de salidas profesionales, la violencia y la inseguridad extensible a la salud pública, al sistema jurídico e incluso, al sistema monetario son escenarios perturbadores que deben documentarse para disponer de estrategias a largo plazo que permitan establecer conductas adecuadas para el manejo debido de las mujeres que migran.

Así mismo en el contexto sanitario según lo reporta la Universidad Industrial de Santander (20), las mujeres gestantes son una población priorizada quienes presentan mayores condiciones de vulnerabilidad y para las cuales algunas dificultades están asociadas a la consecución de alimentos, atenciones médicas periódicas, situaciones de salud asociadas a su suceso vital y salud mental y por último situaciones asociadas a violencia basada en género.

Otro aspecto particular asociado a la inmigración de la mujer en contextos difíciles y con alta vulnerabilidad es la desigualdad y la discriminación en el país de destino. En un estudio publicado por la Universidad Andina Simón Bolívar (21), se realizó un análisis con base en el principio de igualdad y no discriminación. El grupo de mujeres venezolanas concuerdan con su ingreso al país por motivos de reunificación familiar, sin embargo, asumen su llegada al nuevo país también como un reto y posibilidades de empleo lo cual se ve afectado por la discriminación y una cultura patriarcal que solo mira a las mujeres asumiendo labores de cuidado no remuneradas.

En síntesis, existe una tendencia asociada a la mujer y el papel que ocupa dentro de la migración, dado que ella no migra por sus intereses particulares, sino que lo hace a nombre de su grupo familiar; por lo tanto, la feminización de la migración se traduce como una visibilización de género con miras a buscar la igualdad de derechos y oportunidades en todos los contextos en especial el formado por mujeres gestantes y lactantes. El interés central de la migración y la influencia que la feminización ejerce en ella, radica en una migración de todo el potencial que tiene y su capacidad productiva y reproductiva; además, de ellas depende no solo la vida sino todo un contexto y tejido social. Para el caso de la migración venezolana en Colombia, las cifras nacionales reportadas por el RAMV (7) denotan que un 49,7 % de la población que migró era femenina.

3.2.3 El ejercicio del derecho a la salud: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (22), define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición es el resultado de una serie de conceptos predecesores que dieron paso a una definición más sólida y que aclara en su totalidad el concepto. Igualmente, este derecho está consagrado en el Plan Decenal de Salud Pública (23) y se define como: “Disfrute del más alto nivel de

bienestar físico, mental y social, en interdependencia con otros derechos, como un asunto de salud pública y desde una perspectiva de determinantes sociales”³⁰.

El derecho a la salud comprende una serie de acciones que el Estado garantizará al individuo a fin de preservar su salud y tienen que ver con el acceso a los servicios de salud los cuales se prestarán a todas las personas sin excepción y en igualdad de oportunidades(13). A partir de la Ley Estatutaria, la salud dejó de ser un servicio público para pasar a ser un derecho que debe ser respetado y garantizado a la población a partir de políticas adoptadas por el gobierno las cuales servirán de base para una atención oportuna, eficaz y de calidad. Dentro de este documento igualmente se toman en cuenta algunos principios entre ellos la universalidad: “Todas las personas que vivan dentro del territorio nacional tienen derecho a que todas las contingencias en salud sean cubiertas en todas las etapas de la vida y en especial grupos en condiciones de vulnerabilidad”³¹. Así mismo, para las mujeres, niños y niñas se tendrá en cuenta la implementación de medidas específicas para la atención integral durante su curso de vida y disminución gradual de barreras de acceso para la garantía del derecho.

Igualmente, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)³² (14), incorpora un enfoque de derechos el cual es finalidad esencial dentro del plan y se percibe como el goce efectivo del derecho a la salud. Este concepto va de la mano con otros derechos es decir es interdependiente de los mismos e igualmente depende de otras estructuras para que este concepto se cumpla.

Para dar a conocer los derechos y deberes a los usuarios de las instituciones de salud el Minsalud, emitió una circular externa 0013 de 2016, (24) la cual establece los mecanismos a través de los cuales las instituciones deberán informar a sus beneficiarios sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y para lo cual harán pública la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente en el portal web de cada institución. La carta contempla los siguientes derechos: atención médica accesible, idónea de calidad y eficaz, protección a la dignidad humana, a la información, a la autodeterminación, consentimiento y libre escogencia, a la confidencialidad, a la asistencia religiosa; y deberes: suministro de información veraz, clara, completa, suficiente y oportuna, pago de las cotizaciones y pagos moderadores que se establezcan en el Sistema, ejercicio de su actuación de buena fe; y al cumplimiento de las normas, reglamentos de la institución. Igualmente, durante la afiliación y/o atención se dispondrá en físico esta carta para los usuarios.

3.2.4 Derecho a la salud como garante de la salud pública: El PDSP (15), plantea un enfoque de derechos a partir del cual se enfatiza el concepto de salud e incorpora varios enfoques, para este caso el enfoque del derecho a la salud a partir de antecedentes como la Constitución Política y la Ley Estatutaria en Salud. Teniendo en cuenta el perfil

³⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública. Bogotá: MSPS; 2012 p. 61.

³¹ República de Colombia. Ley estatutaria de salud 1751 de 2015. Bogotá: 2015. p. 3.

³² Fue desarrollado a partir del Plan Nacional, su propósito es disminuir las inequidades en salud.

epidemiológico de cada territorio, se definen las metas y objetivos a conseguir en torno a este enfoque a fin de obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana; sin distinción y en aras de favorecer la dignidad humana, todos los seres humanos tenemos derecho a la salud y que este derecho se garantiza tanto con el acceso a los servicios de salud e igualmente con el cumplimiento de otras acciones esenciales para que el individuo viva en comunidad con los mínimos³³ requeridos para fortalecer su salud y dignidad dentro del contexto. Es allí donde cobra importancia el derecho a la salud, abarcando igualmente elementos como la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención en salud.

3.2.5 Poblaciones vulnerables por curso de vida: Según los conceptos desarrollados por el Minsalud (25), el curso de vida tiene que ver con los efectos de la salud y la enfermedad, ubica en el centro a la persona con el fin de fortalecer sus capacidades, favorecer oportunidades e identificar los riesgos de la población durante sucesos vitales como la gestación y la lactancia. Para efectos del presente proyecto, las mujeres gestantes y lactantes se incluyen dentro de los cursos de vida como poblaciones vulnerables sujetas de atención y con necesidades especiales que atender. La gestación corresponde a un momento significativo y/o suceso vital que se debe priorizar para su intervención y que depende del contexto, las experiencias e historias de vida para que se torne en positiva o negativa para el individuo y su grupo familiar según cada caso.

3.2.6 Hacia el análisis de las experiencias de vida: “El análisis de las experiencias surgió como un nuevo método de conocimiento y se desarrolló como un abordaje de la investigación cualitativa aplicada al estudio de fenómenos importantes” (16). Las situaciones de salud que vive actualmente la población inmigrante en el municipio de Ipiales generan una serie de datos y situaciones que se enmarcan en un proceso difícil para esta población y que cada situación particular refleja un fenómeno que si bien es cierto se antepone ante otros, manifiesta la importancia de la experiencia, percepciones y permite descubrir categorías que pueden ser analizadas para su comprensión. La representación de los fenómenos es una subjetividad del pensamiento y por ende el dilema filosófico le da carácter científico a la subjetividad del pensamiento.

De acuerdo a lo anterior, las experiencias de las mujeres inmigrantes, evidencian un fenómeno social así como un impacto del silencio y la represión sobre sus vidas afectadas por múltiples parámetros (económicos, políticos y sociales) y sacan a la luz la historia de su supresión y explotación sujetos a su origen y causa. Hacer visible la experiencia de este grupo de inmigrantes pone al descubierto la existencia de mecanismos represivos, pero no su funcionamiento ni su lógica internos: sabemos que la diferencia existe, pero no entenderemos cómo se constituye relacionamente hasta tener documentadas las experiencias. Esta investigación permitió dirigir nuestra atención a los procesos históricos basados en las experiencias a través del discurso. Al final, tenemos sujetos documentados que son constituidos por medio de la experiencia. En este orden de ideas,

³³ Servicios básicos como: alimentación, vivienda, agua, saneamiento básico, trabajo, servicios sociales.

la experiencia se convierte entonces en el origen de nuestras explicaciones basadas en los datos cualitativos proporcionados por el entrevistado.

Para Joan Scott (27), cuando la evidencia ofrecida es la evidencia de la “experiencia”, el relato propio de un sujeto puede apelar a la experiencia como evidencia incontrovertible y como punto originario para analizar impactos críticos y analizar puntos estratégicos que construye la historia. El “documentar la experiencia de otros, es una estrategia muy exitosa y limitante para los historiadores, el éxito radica en analizar las reglas para cuestionar narrativas antiguas cuando se descubre nuevas evidencias que posteriormente se convierte en una narración potencial, de manera que puede decirse que la narración determina la evidencia en el mismo grado en el que la evidencia determina la narración” ³⁴.

Finalmente, las mujeres que asumen procesos de migración interiorizan efectos estructurales enmarcados en movimientos sociales cuyas realidades basadas en las experiencias van ganando habilidades de imaginar el futuro. Diferentes historiadoras como Sara Evans describen a las mujeres en términos de “una pasión que absorbe la vida” con expectativas de compartir “nuevas palabras, nuevas ideas, y nuevas experiencias todas mezcladas” (28). El documentar dichas evidencias de estas poblaciones de mujeres inmigrantes, nos permite hacer una narrativa para justificar interpretaciones prevalecientes basadas en la noción referencial de la evidencia de un reflejo de la realidad que viven.

3.3 MARCO JURÍDICO DEL DERECHO A LA SALUD PARA LA POBLACIÓN MIGRANTE

MARCO JURÍDICO DEL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE	
Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948	Artículo 25. “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.
Constitución de la Organización Mundial de la salud (OMS)	Establece: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza,

³⁴ Scott J et al. Experiencia. La Vent. 2001. p. 47.

	religión, ideología política o condición económica o social”.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966	Artículo 12 “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1966	Artículo 2.1 “Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer 1980	Artículo 12 “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.
Convenio de la Organización Internacional del Trabajo No 143 1986	Obliga a los estados partes a respetar los derechos humanos fundamentales de todos los trabajadores migrantes, independiente de su situación jurídica.
Convención sobre los Derechos del Niño 1989	Artículo 2. “Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales”.
Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los	Artículo 28. “Se concede a los trabajadores migratorios y sus familiares el derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud, en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Es importante

trabajadores migratorios y de sus familiares 1990	destacar que esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo”.
Observación general N.º 20 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000	“Los derechos del Pacto son aplicables a todos, incluidos los no nacionales, independientemente de su condición jurídica y de la documentación que posean. La nacionalidad no debe impedir el acceso a los derechos amparados en el Pacto, como el derecho a la salud”
Consejo de derechos humanos. 2000	Dentro del cual se encuentran dos relatores especiales asociados al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y sobre los derechos humanos de los migrantes, que propenden por realizar acciones para promover una adecuada salud física y mental en las personas, así como el respeto, protección y evitar violaciones a los derechos humanos.
Reglamento sanitario o Internacional 2007	Se encuentra en relación a la vigilancia y control de enfermedades asociadas a la migración y define mecanismos y estrategias que previenen la propagación internacional de enfermedades, controlan y dan respuesta proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública. Todo esto respetando la dignidad, derechos humanos y fundamentales y la confidencialidad de los datos.
Resolución 61.17 de la Asamblea Mundial de la Salud 2008	Salud de los migrantes Establece la promoción de políticas de salud que tengan en cuenta a los migrantes, fomento del acceso equitativo a la salud, creación de mecanismos para mejorar la salud, establecimiento de sistemas de información sanitaria para evaluar y analizar las tendencias de la salud de los migrantes, creación de mecanismos para mejorar la salud de toda la población, incluidos los migrantes, promover entre los proveedores y los profesionales la sensibilidad a los factores culturales y las cuestiones de género al abordar los problemas sanitarios de los migrantes, realizar capacitaciones en el manejo de los problemas sanitarios asociados a los desplazamientos de población y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; entre otros.

Plan nacional de desarrollo 2010 – 2014 “Prosperidad para todos”	Se define la incorporación, de las áreas fronterizas, como elemento esencial de propósito nacional para el desarrollo. Promociona el diseño de políticas públicas que reconozcan las particularidades de las regiones fronterizas.
Ley 1438 de 2011	Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se detalla la atención de extranjeros solo por servicios de urgencias y para extranjeros que estén en permanencia y se encuentren con requisitos como regularización y cédula de extranjería se podrán afiliarse al régimen contributivo o subsidiado según sea el caso.
Ley estatutaria 1751 de 2015	El derecho a la salud se entiende como un derecho que se garantiza regula y protege, comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.
Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio	Regula el acceso a la salud y propenden por el cumplimiento de este derecho. Anteriormente, las normas o legislaciones concernientes a la atención en salud de los migrantes en Colombia, se supeditaban a la ley 100 de 1993: “Los extranjeros que en virtud de un contrato de trabajo permanezcan en el país y no estén cubiertos por algún régimen de su país de origen o de cualquier otro, deberán afiliarse voluntariamente al fondo de pensiones”.
Normatividad de atención a población migrante gestante y lactante	La mayoría de la población migrante venezolana no cuenta con afiliación al sistema de salud; sin embargo, las mujeres gestantes y lactantes tienen prelación en la atención independientemente de su nacionalidad y para su atención se acogerán a las normas y lineamientos vigentes en Colombia para su atención integral.
Observación general N.º 20 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000	Los derechos del Pacto son aplicables a todos, incluidos los no nacionales, independientemente de su condición jurídica y de la documentación que posean. La nacionalidad no debe impedir el acceso a los derechos amparados en el Pacto, como el derecho a la salud
Circular 025 de 2017	Fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela

Atención inicial de urgencias	Decreto 866 de 2017, establece la atención inicial de urgencias bajo las siguientes condiciones: Que corresponda a una atención inicial de urgencias. Que la persona no tenga subsidios, seguros y/o capacidad de pago. Que sea nacional de un país fronterizo.
Corte constitucional de Colombia Sentencia T-210/2018	Establece la atención inicial de urgencias como “obligatoria” en el territorio para todas las personas incluidas los migrantes; igualmente relaciona varios principios de la salud Salud preventiva con enfoque de salud pública
Circular 064 2020	Sistema transaccional de afiliación en salud

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 MÉTODO

El proceso investigativo corresponde a un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico de tipo descriptivo por cuanto se centra en explorar las experiencias de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes, cuyo propósito es la construcción de conocimiento sobre una realidad social, abordando el estudio y descripción de los fenómenos relacionados a las experiencias de vida de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes y a partir del enfoque hermenéutico darle una interpretación y significado social. Dentro del campo de la enfermería se pretende con la investigación cualitativa reforzar el conocimiento relacionado con la experiencia de una persona en el entorno de los servicios de salud y no solo enfocados en la parte física y patológica, lo cual implica conocer los significados culturales atribuidos a la salud, así mismo se adquiere experiencia para la consecución de información con relación a la calidad de la atención en salud, creando nuevas posibilidades para una asistencia integral y humanizada.

Se exploró la experiencia de las mujeres inmigrantes venezolanas en el ejercicio del derecho a la salud, comprendiendo e interpretando a partir de la confrontación de la información recolectada con la literatura existente, buscando información sobre las diferentes temáticas relacionadas con el problema de investigación, las cuales se enfocan en: inmigración, mujer inmigrante, derecho a la salud, acceso a la salud y atención a la mujer inmigrante gestante y lactante; así mismo se realizó un proceso de caracterización inicial que dio cuenta de un grupo poblacional emergente en el territorio y del cual no se tenían datos previos asociados a las características generales (información básica, situación migratoria, situación en el sistema de salud colombiano, actividad económica y aspectos sociales) y particulares (momentos de vida de gestación y lactancia); en consecuencia, estos datos se establecieron y analizaron con el fin de determinar pautas iniciales para la comprensión de un grupo poblacional que se abordó en aras de obtener resultados específicos en cuanto a sus experiencias, además esta caracterización sirvió de base para realizar un análisis que determinó quienes son las mujeres migrantes encuestadas, como viven y permanecen en el territorio, cuál es su estatus migratorio y como el sistema de salud que las acoge, realizando un análisis descriptivo de la caracterización sociodemográfica inicial.

4.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.2.1 Revisión documental: Según Valencia (17), la revisión documental es una técnica que le permite al investigador identificar anteriores documentos, discusiones, autorías,

bases de datos etc. y a partir de esta información se elaboran premisas para generar nuevo conocimiento, elaborar bases teóricas, relacionar información, observar otras metodologías, establecer diferencias y similitudes, categorizar experiencias y organización sistemática de los datos.

Para este estudio se realizó una revisión documental de temas relacionados con inmigración, mujer inmigrante para los cuales se consultó el documento perspectivas de la política migratoria global y Migración desde Venezuela a Colombia; para los temas de derecho a la salud, acceso a la salud e instituciones se tomó como documentos base la ley estatutaria en salud, plan decenal de salud pública, política de atención integral en salud y finalmente para los temas relacionados con atención al inmigrante se tomó como documentos principales: Plan de respuesta del sector salud, Registro Administrativo de Migrantes venezolanos y CONPES 3950. En cuanto a la revisión de estadísticas y bases de datos de la institución de salud de primer nivel del municipio de Ipiales, esta se realizó a partir de bases que contienen datos de población venezolana atendida por la institución y facilitada por la misma previo requerimiento de esta información a la entidad de salud (ver Anexo D).

4.2.2 Cuestionario de caracterización de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes:

Este cuestionario se elaboró con 6 módulos en su orden: módulo 1. Información general, módulo 2. situación migratoria, módulo 3. Sistema de salud colombiano, módulo 4. Actividad económica, módulo 5. Aspectos sociales, módulo 6. Momento de vida. Este instrumento particularizó cada grupo (gestantes y/o lactantes) teniendo en cuenta que los tópicos a profundizar son específicos en cada uno de ellos: gestante, donde se indaga semanas de gestación, número de embarazos y número de controles prenatales realizados y lactante donde se indaga edad del último hijo, lactancia materna, planificación familiar tipo de parto y afiliación del recién nacido a una EPS; además, se elaboró un formulario en Google haciendo uso de las herramientas informáticas, se utilizó para ello el siguiente link de enlace: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc_aN0R3TiJJCA6eLqfYpWCZRqgtMZ_erUOA6-Pt_zqYX8YsGQ/formResponse. Finalmente destacar que durante este proceso se seleccionó una muestra e igualmente se realizó una prueba piloto con el fin de validar la información contenida en el cuestionario; dichos procesos se desarrollaron de la siguiente manera:

Se incluyeron todos los casos de la población al aplicar el cuestionario. El universo estuvo conformado por 63 mujeres migrantes venezolanas gestantes y/o lactantes que accedieron a los servicios de salud en la IPS municipal de Ipiales, sin embargo la encuesta se aplicó únicamente a 52 gestantes y lactantes; 20 usuarias de manera presencial y 32 usuarias por medio de llamada telefónica dadas las restricciones asociadas a la pandemia por COVID 19; las 11 usuarias restantes no se encuestaron dado que al realizar la llamada el teléfono de contacto se encontraba en buzón de mensajes o fuera de servicio.

Prueba piloto: Previamente se validó el cuestionario por un experto el cual emitió algunas observaciones asociadas en forma y fondo del cuestionario, igualmente se aplicó una prueba piloto con el fin de evaluar la confiabilidad y validez del instrumento. Teniendo en cuenta las restricciones por la pandemia y acorde a las dinámicas actuales y teoría relacionada con el modo de aplicación del cuestionario se realizó una prueba piloto por medio de llamada telefónica, contando con la participación de 10 mujeres migrantes venezolanas residentes en Ipiales 5 de las cuales son gestantes y 5 lactantes.

4.2.3 Entrevista semiestructurada: Para los autores Denzin y Lincoln, la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”³⁵; en cuanto a la entrevista semiestructurada estos autores señalan que el entrevistador realizará un guion temático para que el informante exprese sus opiniones personales de su experiencia en el tema tratado (18).

La descripción de experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes de la comunidad receptora de Ipiales con relación al derecho a la salud se realizó a partir de entrevistas semiestructuradas las cuales tienen como informante principal a las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes respectivamente; las categorías de análisis correspondieron principalmente a: **mujer inmigrante gestante - lactante y derecho a la salud, sistema de salud colombiano, acceso a los servicios de salud, acceso a los programas de promoción y mantenimiento de la salud, experiencia con las EPS colombianas y conocimiento de la normatividad en salud** (Ver anexo B).

4.2.4 Grupos focales: “La técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos”³⁶. Por otra parte, Kitzinger define esta técnica como una entrevista grupal cuyo objetivo es obtener información, siendo esta muy útil para explorar el conocimiento de las personas sobre un tema a partir de la experiencia, esta exploración se realiza en una interacción de partes que tienen comprensión de un tema en particular (19).

Es así como para esta investigación la obtención de datos relativos al conocimiento de la correspondencia entre el derecho a la salud y las experiencias del proceso de atención en salud de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en la comunidad receptora de Ipiales, se realizó a partir de grupos focales con mujeres gestantes y lactantes venezolanas, con las cuales se validó la información. Las categorías de análisis para este apartado fueron: **mujer inmigrante gestante - lactante y derecho a la salud, sistema de salud colombiano, acceso a los servicios de salud, acceso a los**

³⁵ Vargas D. La entrevista en investigación cualitativa. Dialnet. 2012. p. 121

³⁶ Hamui-sutton A, Al E. La técnica de grupos focales. Elseiver. 2013. p. 56

programas de promoción y mantenimiento de la salud, experiencia con las EPS colombianas y conocimiento de la normatividad en salud.

Unidad de participantes: Se seleccionaron dos grupos focales a partir de las características principales asociadas a mujeres gestantes y lactantes que cumplieran con los criterios de participación planteados, el primer grupo focal estuvo constituido por 8 mujeres gestantes y durante el desarrollo del segundo grupo focal asistieron 10 mujeres lactantes.

Protocolo:

1. Se realizó a partir de la generación de dos grupos con afinidades comunes y teniendo en cuenta la información a profundizar: uno de lactantes con 10 participantes y uno de gestantes con 8 participantes.
2. La moderadora realizó una presentación y explicación del propósito del encuentro que previamente se había acordado con las participantes, igualmente solicita permiso para grabar (grabación de voz) el encuentro.
3. La moderadora (investigadora), a partir de una guía dispuso a las participantes de preguntas orientadoras en cada encuentro: plantea las preguntas, escucha y registra las respuestas.
4. Durante los encuentros la moderadora entabló un diálogo de doble vía con las participantes a partir de las preguntas orientadoras de la guía, tomó nota y retomó puntos significativos en cada pregunta, los profundizó y realizó nuevas preguntas de acuerdo a cada situación.
5. Una vez se abordaron todas las categorías teniendo en cuenta las preguntas orientadoras, se dio por terminada la sesión agradeciendo a las participantes y a la vez dejando un espacio libre de reflexión final.

4.3 PROCEDIMIENTO

4.3.1 Fase uno: Por medio de una carta, se solicitó una base de datos de la población a estudio a la institución de salud del primer nivel de atención que atiende población inmigrante. A partir de la revisión documental así como la revisión de la información suministrada se analizaron las características sociodemográficas de dicha población. Se subdividió el grupo en mujeres gestantes y mujeres lactantes con el fin de hacer un análisis diferencial de cada grupo. Igualmente, se realizó revisión documental relacionada con el fin de relacionar la información con las categorías de estudio.

4.3.2 Fase dos: Se realizó y documentó la caracterización sociodemográfica de las participantes a partir de la subdivisión en el grupo de mujeres gestantes y mujeres lactantes; la información se recolectó por medio de una encuesta de caracterización que se realizó en un formulario de Google y mediante un abordaje presencial al 38% (n=20) de la población y virtual al 62% (n=32), se logró realizar la caracterización a los dos

grupos de participantes; cabe destacar que, según las actuales condiciones de pandemia en el país, este trabajo se desarrolló con las normas de bioseguridad³⁷ estipuladas por el Minsalud, a las personas a las cuales se encuestó de manera presencial, esto con el fin de proteger a la investigadora y la población encuestada.

4.3.3 Fase tres: Se realizó recolección de información por medio de un trabajo de campo que incluyó entrevista semiestructurada y grupos focales, una vez se logró la saturación teórica³⁸ de la información, se generaron datos para la descripción de las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, la información recolectada en las entrevistas semiestructuradas se utilizó para complementar el análisis de los resultados obtenidos en la caracterización sociodemográfica. Cabe destacar que según las actuales condiciones de pandemia en el país, este trabajo se desarrolló de manera presencial y encuentros limitados teniendo en cuenta todas las normas de bioseguridad estipuladas por el Minsalud, para protección de la investigadora y de las participantes.

4.3.4 Fase cuatro: Una vez identificada la población y a partir de un ejercicio de análisis de estadísticas de bases de datos institucionales y oficiales, así como análisis de la información documental e información recogida en las entrevistas semiestructuradas y grupos focales, se complementó la información, se analizó, validó y se describieron las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el acceso a los servicios de salud e igualmente la información obtenida en los grupos focales sirvió para establecer la correspondencia entre la garantía del derecho a la salud y la experiencia en los diferentes contextos y situaciones donde se garantiza este derecho a las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en la ciudad de Ipiales.

4.3.5 Fase cinco: Se realizó la formulación de recomendaciones para las instituciones de salud, población migrante venezolana, comunidad de acogida y entidad territorial sobre pautas de atención a partir de las cuales se establecieron referencias para las instituciones, procesos de atención al inmigrante y entes administrativos de toma de decisiones sobre la atención de la comunidad de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en el municipio de Ipiales.

³⁷ Teniendo en cuenta la resolución 666 emitida por Minsalud las normas de bioseguridad que se deben adoptar son las siguientes: lavado de manos, distanciamiento físico, uso de elementos de protección personal (EPP), limpieza y desinfección de espacios de trabajo; para estas medidas se puede consultar el paso a paso en la citada resolución: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-666-de-2020.pdf>

³⁸ Se refiere al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas o grupos de discusión, el material cualitativo deja de aportar datos nuevos. En ese instante, los investigadores/as dejan de recoger información.

4.4 CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN

La población estuvo constituida por las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, con un tiempo de residencia en el municipio de Ipiales superior a 6 meses y no mayor de dos años.

4.5 CRITERIOS DE VALIDEZ

Los criterios de validez estuvieron relacionados con la triangulación de los datos en la cual se establecieron y contrastaron los hallazgos con fuentes de información y documentos relacionados con el tema a tratar; igualmente se tuvo en cuenta la revisión del proyecto por parte de un ente externo (colega) que leyó críticamente y estableció algunas anotaciones al respecto relacionadas con forma y fondo del escrito.

4.6 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Según Herrera (20), el análisis de datos es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos, es así como se logró categorizar, sintetizar, interpretar, comparar con el fin de obtener una realidad a partir de la experiencia de la población en estudio. La información del presente trabajo de investigación se analizó con el fin de generar una interpretación de los datos a partir de un proceso manual y sistemático de la organización de información por medio de categorías inductivas, los pasos que se siguió fueron los siguientes:

1. Transcripción de entrevistas e información de grupos focales.
2. Ingreso de la información obtenida al aplicativo atlas ti.
3. En primer lugar se establecieron subcategorías con la información contenida en las entrevistas semiestructuradas transcritas e ingresadas al aplicativo, se tomó en cuenta las categorías de análisis que se planteó indagar y que se relacionan en la descripción de cada herramienta utilizada (caracterización sociodemográfica, entrevista semiestructurada y grupos focales).
4. A través del aplicativo y una vez identificadas las subcategorías estas se agruparon según afinidad y se establecieron categorías asociadas a: experiencias en torno al ingreso al país, experiencias alrededor del status migratorio, experiencias alrededor de la atención en salud, experiencias en aseguramiento en salud, experiencias en torno a los servicios de promoción y mantenimiento de la salud.
5. Una vez establecidas las categorías se crearon familias por cada categoría principal, las cuales contienen las subcategorías asociadas que nos permitirán

iniciar con el análisis a partir de la comprensión de la información obtenida para establecer las experiencias en el acceso a los servicios de salud.

6. Igualmente se ingresa la información obtenida en los grupos focales la cual sustentó la correspondencia entre la garantía del derecho a la salud y la experiencia en los diferentes contextos y situaciones donde se garantiza este derecho a las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en la ciudad de Ipiales.
7. Triangulación de datos a partir de las fuentes de información consultadas y las herramientas empleadas para la recolección de información.

4.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 (33), la presente es una investigación sin riesgo, puesto que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio³⁹. Teniendo en cuenta esta resolución esta investigación tendrá en cuenta los siguientes principios:

4.9.1 Autonomía: Esto implica dentro del estudio actual la capacidad de elección que tienen cada una de las personas de participar voluntariamente o no, en el estudio previa información de los beneficios y riesgos del mismo; la decisión es respetada por la investigadora, cabe destacar que cada participante firmo un consentimiento informado donde declara que participa libremente en la entrevista.

4.9.2 Justicia: Se tiene en cuenta la selección equitativa de las personas a través de una serie de criterios de participación que ofrecen la oportunidad de participar, a menos de que existan factores de riesgo. La selección de sujetos estuvo diseñada para reducir los riesgos y maximizar los beneficios sociales e individuales de los resultados de la investigación.

4.9.3 Beneficencia: Este trabajo de investigación mediante el conocimiento de los resultados, benefició a la población inmigrante así como las instituciones que apoyan y aportan al proceso de salud de la población migrante venezolana principalmente gestantes y lactantes, aportando recomendaciones para la atención de la población inmigrante en el municipio.

4.9.4 Confidencialidad: Es el derecho de la persona que toda información que haya proporcionado, no podrá ser revelada ni utilizada sin su autorización expresa. Por lo tanto,

³⁹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430. (04, octubre, 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D.C., 1993. p. 2

para el caso del presente proyecto investigativo se garantiza la confidencialidad de la información a partir del uso de nombres ficticios para proteger la identidad de las participantes.

Finalmente, teniendo en cuenta que el desarrollo del proyecto de investigación implicó la interacción con mujeres gestantes y lactantes y que es posible detectar diferentes riesgos en su salud y bienestar, las acciones desde la responsable de esta investigación implicaron la identificación del riesgo y la remisión a las instituciones correspondientes para su atención según sea el caso; durante las sesiones tanto de entrevista individual como trabajo grupal no se detectaron casos que ameriten dicha remisión.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 CAPÍTULO 1. CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES INMIGRANTES GESTANTES Y LACTANTES

5.1.1 ¿Quiénes son las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes?: A partir de las recientes migraciones desde el vecino país de Venezuela, a raíz de la crisis política económica y social que atraviesa este país desde el año 2015 y que generó la salida inicialmente de 440.000 venezolanos de su país, así como de 2.232 colombianos deportados (3), la crisis humanitaria ha ido en aumento y ha favorecido los contextos de vulnerabilidad de esta población. En consecuencia las mujeres inmigrantes venezolanas son protagonistas de este fenómeno dadas sus características asociadas a: motivos de la migración (reunificación familiar, trabajo, matrimonio), labores en el sitio de destino (cuidado, artes, trabajo doméstico etc.), riesgos (trata, explotación, violencia) y finalmente migraciones como la forzada (34) en la cual las mujeres principalmente se ven expuestas a los riesgos mencionados y no hay garantía para su seguridad y condiciones de regularidad en el país de destino.

El cubrimiento de otras contingencias principalmente el derecho a la salud para estos grupos poblacionales en un momento vital⁴⁰ es de gran trascendencia puesto que se requieren atenciones periódicas con el fin de asegurar la salud del binomio madre e hijo/a; sin embargo, muchas mujeres carecen de la documentación necesaria para acceder al sistema de salud en Colombia.

Para el presente estudio, se destacó que en el municipio de Ipiales, se indagaron un total de 52 (100%) mujeres gestantes y lactantes, de las cuales el 55,8 % corresponde a mujeres gestantes y el 44,2 % a mujeres en lactancia, siendo el primer aspecto a destacar la edad de las inmigrantes encuestadas, la cual concierne a las comprendidas entre 17 a 23 años con un 48,1% y entre 24 a 30 con un 38,4%; en contraste, si observamos la caracterización realizada por PROFAMILIA (35) para el año 2020, la mayor proporción de migrantes se encuentra entre las edades de 20 a 34 años (36), lo mismo se identifica en otro estudio realizado en Chile con este mismo grupo poblacional donde la mayoría de las mujeres se encuentran entre las edades de 23 a 43 años. Estos datos tan similares con el presente proyecto, dejan apreciar que la población que está migrando se encuentra en un curso de vida⁴¹ de juventud y adultez, estas etapas en las cuales el ser humano despliega su máximo potencial y desarrollo humano. (ver tabla 1)

⁴⁰ “Eventos que provocan fuertes modificaciones en el curso de vida para este caso la gestación y la lactancia son dos sucesos vitales”. (Minsalud, 2015)

⁴¹ Aborda los momentos del continuo de la vida, con el fin de enfocar acciones en ciertas etapas trascendentales para el ser humano.

Tabla 1. Edad mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021

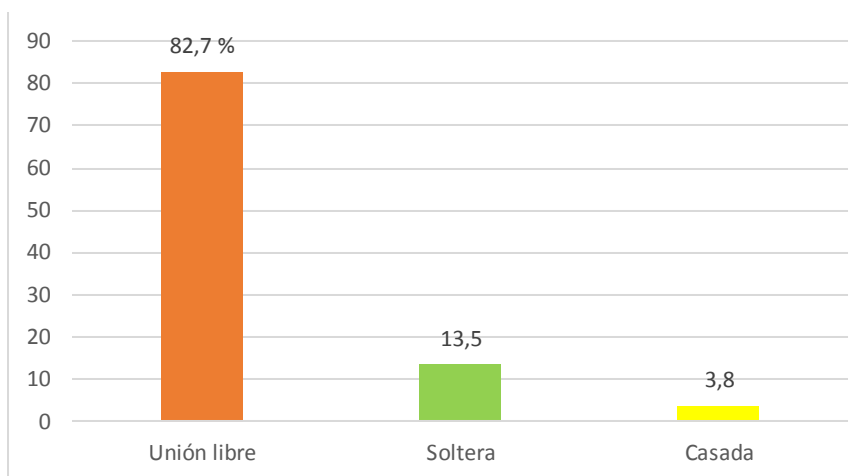
Edad	N	%
Entre 17 a 23 años	25	48,1
Entre 24 a 30 años	20	38,4
Entre 31 a 37 años	6	11,5
Mayor de 37 años	1	1,9
Total	52	100

Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

Las mujeres migrantes que llegan a la ciudad de Ipiales en un 82,7 % reportan que conviven con su pareja en unión libre, hecho que representa el estado civil de las mujeres que ingresan al territorio y las cuales se encuentran en estado de gestación y/o lactancia. En contraste un 13,5 % son solteras, lo cual denota que una minoría de mujeres transitaron solas y/o en compañía de otros miembros de su grupo familiar (hijos, padres, hermanos, amigas/os etc.) hasta llegar al territorio, donde se establecieron; por último, un 3,8 % reportan que su estado civil es casada.

Cabe destacar que en su mayoría las encuestadas reportaron iniciar su período de gestación en territorio colombiano, esto dadas las condiciones que si bien es cierto no son excelentes, habían mejorado con respecto a la ciudad de origen; además durante los inicios en un nuevo territorio, daban prioridad a otro tipo de sucesos como la subsistencia y el rebusque razón por la cual no consultaron oportunamente, no disponían de un método de anticoncepción desde el país de origen y la baja percepción del riesgo en el país de destino, trajo como consecuencia la concepción en el territorio de acogida. (ver gráfico 1)

Gráfico 1. Estado civil mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021

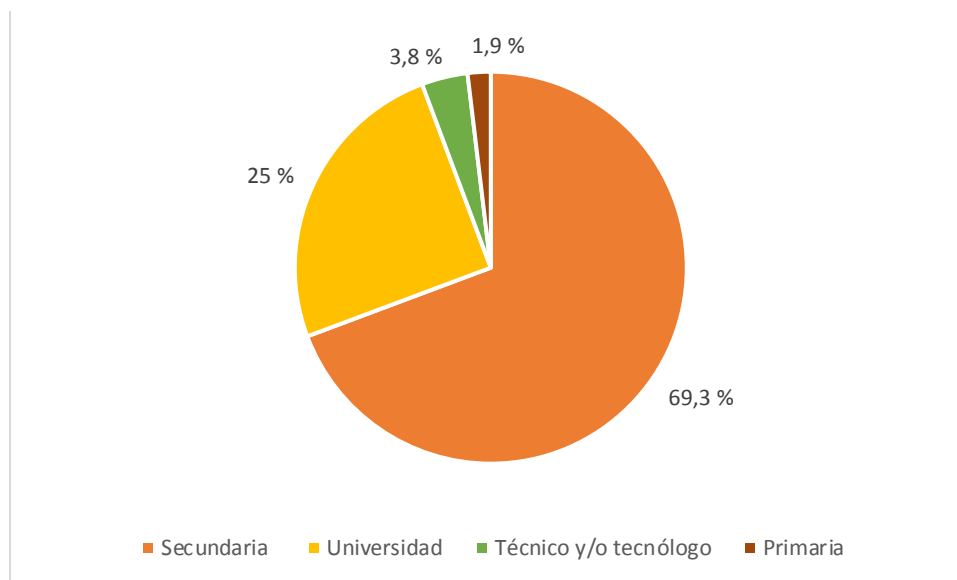


Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

Continuando con el reconocimiento de este grupo particular y en el reconocimiento de sus características, otro aspecto a destacar es el nivel educativo. El dato que nos proporcionó la caracterización del presente estudio revela que 69,3% de las mujeres estudiaron la secundaria, el cual tiene similitud con los resultados encontrados en el estudio de PROFAMILIA (35), en el cual el mayor porcentaje de migrantes reportó haber cursado como nivel máximo de estudios la secundaria. Es importante destacar este aspecto, puesto que ejerce influencia en las personas, favoreciendo el autocuidado así como la comprensión de algunos temas de salud importantes para el mantenimiento de la misma e igualmente el reconocimiento de los derechos en salud.

Dentro de la normativa relacionada con el documento de política económica y social del gobierno nacional CONPES (36), se creó un capítulo destinado a la atención en educación para la población inmigrante venezolana. El incremento en el número de inscritos en los diferentes establecimientos de educación primaria y media vocacional, hace que en consecuencia se planteen acciones para solventar las necesidades de recursos económicos y talento humano y así responder a esta demanda y los niños y niñas hijos de mujeres venezolanas puedan acceder a la educación y continuar sus estudios, esto con el fin de generar espacios de preparación en aras de garantizar el derecho a la educación y en un futuro mejorar el acceso a este servicio así como incrementar el nivel educativo de esta población. (ver gráfico 2)

Gráfico 2. Nivel educativo de mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

Sobre la participación en organizaciones institucionales, sociales y comunitarias el 7,7% (n=4) participa de actividades en las siguientes instituciones: Hogar FAMI, Ositos de Miel, gestando vida y aprendiendo en casa. Cabe resaltar que estas participaciones mencionadas por las mujeres inmigrantes, tienen que ver con instituciones de carácter público, así como organizaciones internacionales que crean estrategias con el fin de incentivar a las personas y en consecuencia establecer un vínculo que permita el acercamiento a la comunidad para la comunicación, orientación y posterior educación en temas prioritarios de salud, educación, alimentación, aprovechamiento del tiempo libre etc. Otro objetivo importante de estas estrategias es el de generar factores protectores en el individuo y sus familias y en consecuencia prevenir enfermedades y apropiarse de su salud a través del autocuidado.

En concordancia con la anterior, la evidencia señala la escasa participación en organizaciones consolidadas en el territorio y que ejercen liderazgo a partir de su conformación y el establecimiento de grupos como Juntas de Acción Comunal u otros colectivos organizados que en conjunto crean alianzas con el gobierno nacional para la resolución de sus problemas y el apoyo en procesos comunitarios con el fin de mejorar las condiciones de vida de su población. La participación comunitaria de acuerdo a la resolución 2063 de 2017 (37) reconoce la participación como un derecho humano que es codependiente del derecho a la salud y se enfoca en 4 niveles de comprensión que para este caso corresponde según lo expresa el autor a la vinculación de derechos y deberes,

enuncia textualmente: “cumplimiento de responsabilidades que lo hacen más activo e incluso propositivo y le permiten desempeñarse mejor en el sistema”⁴². (ver tabla 2)

Tabla 2. Participación en organizaciones sociales y/o comunitaria de mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021

Participación en organizaciones sociales y/o comunitarias	N	%
Si	4	7,7
No	48	92,3

Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

5.1.2 Como viven y permanecen las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales: La población inmigrante venezolana que llega a la ciudad de Ipiales, realiza grandes recorridos caminando desde la frontera norte de Colombia hacia el sur del país; muchos de ellos intercalan esas largas caminatas pidiendo “cola”⁴³ en carros de carga poniendo en riesgo sus vidas y las de sus familias. En este sentido, las mujeres inmigrantes venezolanas y en especial aquellas que se encuentran en gestación y lactancia, han tenido que sortear esta serie de travesías y peligros con el fin de llegar hasta su destino. Llegan en malas condiciones, cansadas, con hambre, muchas veces sin ropa o la poca que llevan en muy malas condiciones. Ipiales como una ciudad donde poder pasar unos días y continuar el viaje, se ha convertido en un lugar que alberga a muchas de estas mujeres que se quedan por unas horas, unos días, unos meses o incluso deciden establecerse en el municipio y luchar por obtener algunos servicios básicos, principalmente y en primer lugar alimentación, seguido de un techo donde estar y descansar.

De las mujeres que deciden establecerse en el territorio y buscan un sitio donde vivir, el 98 % se establecen en zona urbana, debido a las facilidades de acceso a los servicios básicos, así como otras particularidades que se facilitan en este contexto, las cuales tienen que ver con: ayudas humanitarias, servicios de salud, redes de apoyo, equipos psicosociales que apoyan su proceso de inserción y permanencia en el municipio etc. El tipo de vivienda en que viven actualmente corresponde en un 38,5% a un cuarto, seguido a un 32,7 que reportan vivir en un apartamento, esto debido a que su situación en la ciudad receptora es precaria por falta de dinero y confianza por parte de la población de acogida para ceder un bien inmueble, aún en arrendo; solo un 21,2% reporta vivir en una casa. Dicho espacio se encuentra ubicado en los estratos 1 y 2 con 28,8 y 46,2 % respectivamente, debido a los bajos costos de alquiler en estos estratos; ya Lefebvre

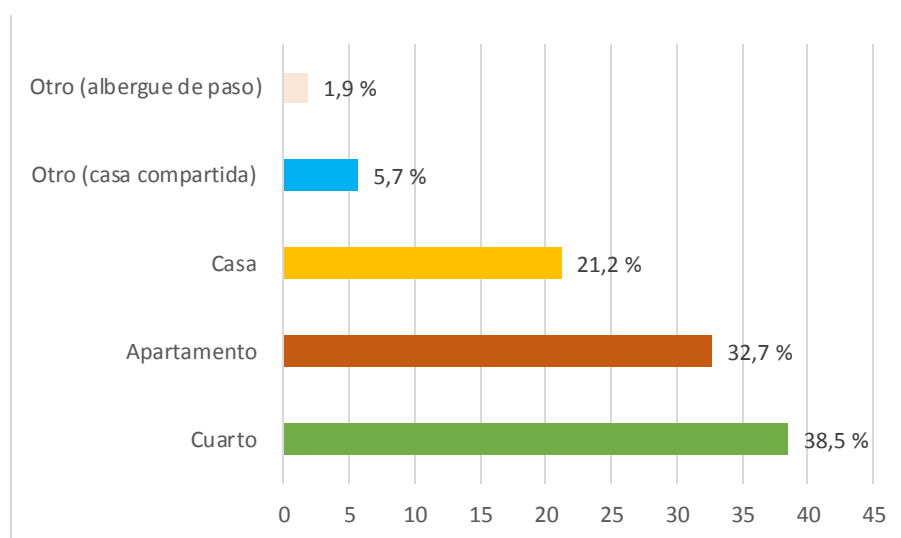
⁴² Resolución 2063 2017. Política de participación social en salud. Bogotá; 2017. p. 38.

⁴³ Brindar un aventón en carro.

(38), definía el derecho a la ciudad como la capacidad de la clase obrera de crear y producir la ciudad, existiendo muchos adelantos en cuanto a infraestructura y economía, lo cual ha permitido que surjan oportunidades (vivienda, ayudas, empleo etc.), que para el caso de los inmigrantes venezolanos en la ciudad los favorece y les permite surgir; pero a la vez vislumbrando la fragmentación social, la falta de construcción colectiva y la prevalencia de la construcción capitalista, lo que determina en algunos casos el retorno hacia su lugar de origen o el traslado hacia otras ciudades.

Finalmente, muchos inmigrantes en permanencia dada la última situación de pandemia, se vieron abocados a vivir en casas compartidas con un 5,7% así como también solicitar alojamiento temporal en los diferentes albergues del municipio, este tipo de vivienda se reporta en un 1,9% en el presente estudio. (ver gráfico 3)

Gráfico 3. Tipo de vivienda en que viven actualmente las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

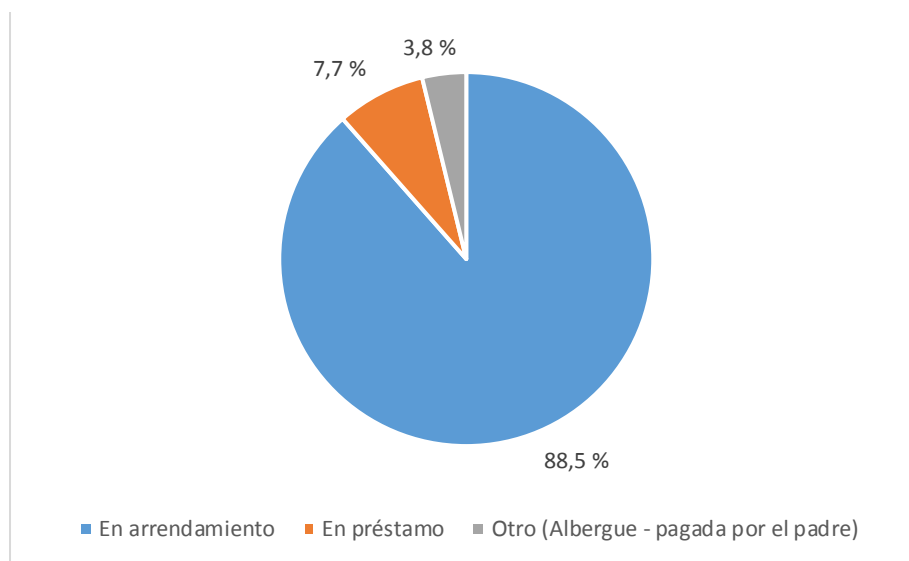
Continuando con la construcción de ciudad, en este estudio también se evidenció que en su mayoría los sitios de vivienda fueron arrendados, el 88,5% reportó vivir en arrendamiento. Esta acción de la población migrante por establecerse en un sitio de destino implica una toma de decisión consciente respecto a lo que compete como personas dentro de un territorio y con el firme propósito de habitarlo y en el cual prevalecen intereses individuales sobre los colectivos; en consecuencia el estar, permanecer y adaptarse en una ciudad les ha sido difícil e implica un proceso en el cual se presentan limitaciones respecto a la autonomía que pueden ejercer en el territorio, más aún si las personas que habitan el mismo establecen connotaciones negativas y participan en escenarios de discriminación y estigma de los inmigrantes que ocupan un espacio en común.

Llama la atención que un 7,7 % de la población encuestada vive en sitios que eventualmente fueron prestados por sus propietarios a los y las inmigrantes y en este caso a mujeres gestantes y lactantes, lo cual permite apreciar que si bien es cierto la población de acogida ha sido renuente al ingreso de nacionales venezolanos y ha tenido comportamientos negativos asociados al fenómeno migratorio, existen algunas personas que brindan apoyo, por otra parte los nulos ingresos económicos permiten que las mujeres venezolanas deban recurrir a este tipo de sustento (préstamo) por parte de la comunidad de acogida; por otra parte se evidencio que dentro del territorio un 1,9% afirmaron haber recibido ayudas para arrendamiento y en algunos casos principalmente en los inicios y/o durante la pandemia, ayudas con un albergue temporal con un 3,8%.

No obstante a lo anterior, el inicio en el municipio para algunas mujeres no fue fácil, es así como algunas mujeres manifestaron que tuvieron que refugiarse en la calle, lo cual hace que las y los migrantes se vean expuestos a riesgos principalmente para su salud y seguridad; es el caso de Katy, quien al no disponer de recursos tuvo que alojarse en un parque de la ciudad cuando llego a Ipiales: *“¡Cuando yo llegue no sabía ni a donde quedarme y a mí me tocaba quedarme en la plaza Santander, en el parque imagínese! con las niñas y a veces nadie a las 12 de la noche, como le digo yo pasé mucho trabajo”*. Esta situación implicó un riesgo para ella y sus hijas, así como situaciones de salud asociadas a patologías respiratorias al igual que riesgos a los que se encuentran expuestas por permanecer en condición de calle (atracos, asaltos sexuales, hipotermia, muerte etc.).

Un estudio realizado por el Banco Mundial (39), afirma que dentro de los municipios de zona fronteriza las condiciones en que viven sus habitantes son precarias dado que un 53% presentan déficit de vivienda, lo cual se traduce en un escenario no adecuado para alojarse de manera temporal o definitiva. Por otra parte, este estudio afirma que la migración ha generado una alta demanda de vivienda, que en muchos casos y dadas las circunstancias no han podido ser cubiertos y en consecuencia los espacios públicos serian otros escenarios para poder resolver una de las necesidades básicas al llegar al territorio. Igualmente, realizan un análisis donde la posibilidad de adquisición de vivienda está limitada a los nacionales y que la puesta en marcha de acciones para solventar esta necesidad aún está en un proceso de planeación, incluido las ayudas de arrendamiento. Las anteriores situaciones y experiencias, se traducen en inestabilidad habitacional, problemas de salud incluida la salud mental, hacinamiento en los sitios de concentración de migrantes, discriminación por parte de la comunidad de acogida etc. (ver gráfico 4)

Gráfico 4. Forma de pago de la vivienda en la que viven las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

Posterior a la consecución de lo más básico para su subsistencia en la ciudad (alimentación y vivienda), surge la necesidad de solventar el día a día. Para ello la mayoría de venezolanas y venezolanos que llegan a la ciudad de Ipiales, inician la búsqueda de un trabajo que les permita subsistir. En este estudio, se observa como de la totalidad de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes encuestadas que residen en el municipio de Ipiales, únicamente el 15,4 % (n=8) trabajan actualmente (trabajo informal); sin embargo, de las mujeres que afirman no trabajar por su estado de gestación y/o lactancia el 84,6% afirman dedicarse a las labores del hogar y el cuidado de los niños. De acuerdo a la actividad económica, un estudio de PROFAMILIA (35) revela un empleo informal correspondiente al 30%; vemos como en relación a la demanda de trabajo este tiende a ser informal en los dos estudios, sin embargo en cuanto al porcentaje de personas ejerciendo una labor hay diferencias dado que en el estudio actual se reduce a la mitad, lo cual nos hace apreciar que ese menor porcentaje pudo presentarse debido al estado de gestación y/o lactancia de las personas encuestadas, hecho que implica que las mujeres no trabajen en la informalidad y se dediquen temporalmente al hogar.

El 84% de la población encuestada se dedica a las labores domésticas sin pago remunerado, en consecuencia basan su sustento en el trabajo de la pareja o personas cercanas como padres, hermanos, amigas etc. Por lo anterior se torna difícil subsistir en un territorio desconocido donde los ingresos son bajos y la carestía de lo necesario para la subsistencia empieza a tener efecto en su estado de gestación y/o lactancia; es así como, tenemos altos índices de mujeres gestantes en estado de desnutrición e igualmente niños y niñas menores de dos años que presentan dificultades nutricionales: el ICBF reporta que para el año 2020 se atendieron 2.921 niños y niñas y mujeres

gestantes con bajo peso y 830 nacimientos de niños y niñas venezolanas corresponden a bajo peso al nacer (40).

Otra consecuencia tiene relación con la imposibilidad de alimentar al bebe con leche materna debido al estrés, que ocasiona baja producción de leche e igualmente se dificulta la consecución de fórmula láctea por los costos que tiene dentro del sistema, la calidad de la alimentación igualmente desmejora dado que el costo de la canasta familiar en el municipio no les permite obtener alimentos con alto valor nutricional y deben reemplazarlos por carbohidratos de bajo costo pero de limitado aporte para el estado en que se encuentran las mujeres; aunado a lo anterior la frecuencia de las comidas también disminuye de 5 que es lo ideal a 2 y en casos extremos a 1 comida por día (41).

Finalmente, del bajo porcentaje de mujeres que trabajan en la informalidad es probable que la mayoría tengan dificultades y problemas en sus trabajos. Así lo refleja un estudio del observatorio de género en Nariño, (42) el cual ahonda en la problemática asociada a la explotación laboral y las condiciones no adecuadas de trabajo de la población inmigrante residente en dos ciudades principales: Pasto e Ipiales. En este estudio cualitativo, se evidencia que la mayoría de las inmigrantes venezolanas que encuentran trabajo en Nariño, sortean diversas dificultades, entre las cuales se enumeran las siguientes: acoso sexual, reflejado por la contratación para unas labores, pero durante las cuales debían permitir tocamientos; explotación laboral debido a la contratación para muchas labores y en jornadas extremas y pesadas y tráfico y trata de mujeres con fines de explotación sexual y explotación laboral; fenómenos que deben ser tenidos en cuenta en el marco de la política de atención a la población migrante en Colombia. (ver tabla 3)

Tabla 3. Trabajo actual de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021

Trabaja actualmente	No	%
Si	8	15,4
No	44	84,6
Total	52	100

Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

Para el presente estudio la principal fuente de ingresos corresponde al trabajo del esposo y rebusque con un 48,1%, percibiendo en su mayoría ingresos por debajo del salario mínimo (82,7 %), gastos mensuales entre 400 y 600 mil pesos (32,7%) que corresponden en su mayoría a alimentación y vivienda (35,2 y 34,5 % respectivamente). Estos datos recopilados presentan similitud con el estudio realizado por el observatorio de género, principalmente en el ingreso de una cantidad mínima de dinero al hogar; por otra parte, los gastos cubren algunas necesidades básicas, más no todas y en consecuencia la precariedad hace que tengan que recurrir a medidas extremas como es realizar trabajo informal y/o apelar a la caridad de los transeúntes.

Otro problema asociado al trabajo tiene que ver con las diferencias en los pagos, evidenciando en el estudio del observatorio de género, que las inmigrantes venezolanas perciben un sueldo inferior a la comunidad de acogida o bien son contratadas por unas actividades con un salario menor, pero durante el transcurso de sus actividades adicionan más. (ver tabla 4)

Tabla 4. Ingresos, egresos y gastos mensuales promedio de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021

INGRESOS PROMEDIO	%	EGRESOS PROMEDIO	%
Menos de \$822.000	82,7	Entre 400 y 600 mil pesos	32,7
Gastos mensuales más frecuentes: • Alimentación • Vivienda • Cuidados y gastos de los niños • Servicios públicos • Remesas al exterior			

Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

5.1.3 De la irregularidad a la regularidad: un paso para formalizar en un país extranjero y poder acceder a sus servicios: Mientras transcurre el tiempo en un país extraño, poco a poco las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, miran la forma de poder obtener bajo los términos de regularización, los servicios básicos, incluido el de salud; sin embargo, en la ciudad de Ipiales un 78,8% de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes encuestadas portan cédula venezolana como único documento de identificación y en algunos casos únicamente denuncia por pérdida; en consecuencia las mujeres presentan dificultad para el acceso a las atenciones principalmente de las instituciones de salud del estado, incluso en el servicio de urgencias. Se destaca que las Organizaciones Internacionales presentes en el territorio ofrecen sus servicios, siendo de gran ayuda y aportando a la salud de los migrantes que no están regulares en el municipio.

Esta situación permite apreciar que si bien es cierto el derecho debe ser cubierto por las instituciones de salud, portar un documento no válido en el territorio hace que no hayan resuelto su estatus migratorio y en consecuencia tengan muchas barreras de acceso para los servicios básicos.

Por otra parte, teniendo en cuenta las características migratorias del 100% de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes encuestadas, la mayoría reportan estar en permanencia en el municipio 98,1%, con un tiempo de permanencia en su mayoría entre 12 y 24 meses con un 55,8% (n=29); sin embargo, el 82,6% (n=43) de las que permanecen en el territorio tienen un status migratorio irregular⁴⁴. Las estadísticas de migración para Colombia en el año 2020 son semejantes a las del presente estudio dado que el 66% de los inmigrantes que residen en el país son irregulares, no existen datos de estatus migratorio para Nariño, sin embargo, para el año 2019 la cantidad de inmigrantes venezolanos/as residiendo en el municipio ascendía a 991 personas (43), se presume que la gran mayoría no habían legalizado su situación migratoria.

Actualmente se han generado varias directrices a nivel nacional con el fin de regularizar a los y las inmigrantes venezolanos (as), especialmente gestantes y lactantes; para ello se cuenta con varios decretos⁴⁵ que se establecieron a partir del 2017 generando acciones para entregar un permiso especial de permanencia (PEP) (44) a nacionales venezolanos bajo ciertas condiciones y finaliza con el decreto 064 del año 2020, que establecen la afiliación de oficio al régimen subsidiado y el Decreto 216 del año 2021, por el cual se adopta el estatuto temporal de protección de venezolanos (ETPV) (45), dato histórico que representa un precedente en la historia de este país dados los alcances del mismo que están relacionados con un mecanismo especial de protección de los derechos humanos, el cual establece varias condiciones para la regularización, una de las cuales y que es específica para la población del presente estudio es: encontrarse en territorio colombiano de manera irregular a 31 de Enero del año 2021 y que se presume que ese 82,6% de mujeres gestantes y lactantes que están de manera irregular van a acceder a este beneficio.

Durante la migración otro tema relevante fue el proceso de embarazo y/o lactancia y en qué momento de la migración se dio, encontrando que el 84,6 %, reporto vivir estos momentos cuando se instaló en la ciudad de Ipiales; por ende, el hecho de embarazarse o tener un hijo en otro territorio implica un proceso que se da en un contexto diferente, pero con las mismas prioridades que implican estos sucesos en la vida de las personas. Una minoría 3,8% reportó haber transitado por estos procesos durante el recorrido; si miramos el estudio relacionado con la percepción de las mujeres inmigrantes gestantes en una IPS de la ciudad de Armenia (46), podemos apreciar como las mujeres refieren la salida de su país de origen para solventar de alguna manera todas las necesidades de salud dada su condición, en consecuencia muchas de estas inmigrantes, ya estaban en embarazo cuando llegaron a Colombia; contrario a ello el presente estudio únicamente reporta un 3,8% de mujeres que ya estaban embarazadas cuando salieron de su país e ingresaron al país de destino. (ver tabla 5)

⁴⁴ Migración irregular: Consecuencia del desequilibrio entre la demanda laboral en los países de destino y la capacidad o voluntad de los gobiernos a establecer los canales legales de migración: <http://www.scielo.org.mx/pdf/myd/v8n15/v8n15a2.pdf>.

⁴⁵ Decreto 1288 de 2018 por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el RAMV a la oferta institucional
Decreto 216 2021 Por el cual se adopta el estatuto temporal de protección para migrantes venezolanos.

Tabla 5. Análisis de la situación migratoria de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021

Análisis situación migratoria, Gestantes y lactantes, Ipiales, 2020		
Tipo de población	N	%
Migrante venezolano en permanencia	51	98,1
Migrante venezolano en tránsito	1	1,9
Total	52	100
Tiempo de permanencia en Ipiales	N	%
Menor de 6 meses	3	5,8
Entre 6 y 12 meses	8	15,4
Entre 12 y 24 meses	29	55,8
Más de 24 meses	12	23,1
Total	52	100
Situación migratoria	N	%
Regular	9	17,3
Irregular	43	82,6
Total	52	100
Gesto y/o lactó ¿??cuando (se refiere al momento de vida actual)	N	%
Cuando se instaló	44	84,6
Cuando llegó	3	5,8
Durante el recorrido	2	3,8
Cuando salió del país	2	3,8
Otra situación	1	1,9
Total	52	100

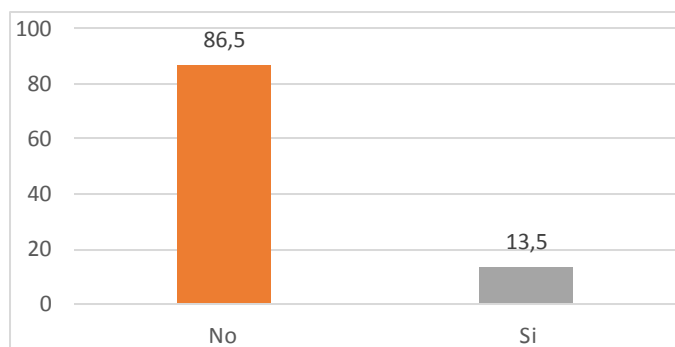
Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

5.1.4 Como el sistema de salud acoge a las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes: Las mujeres inmigrantes enfrentan muchas dificultades en las ciudades de tránsito y destino, más aún si son gestantes y lactantes, dado que requieren de manera continua e integral atenciones en salud. Para el caso de la comunidad en

permanencia, la afiliación al sistema de salud se ha convertido en un tema controvertido dadas las condiciones y criterios para que esta se realice. En primer lugar y de acuerdo a la normatividad⁴⁶ vigente en Colombia se requiere que los inmigrantes se encuentren en un estatus migratorio regular y porten la documentación correspondiente para poderse afiliarlos a través del sistema transaccional (47).

Durante la encuesta realizada a mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes que residen en la ciudad de Ipiales, el 13,5 % (n=7) reportó encontrarse afiliada al sistema, cifra que denota el bajo porcentaje de inmigrantes que se afilian a salud que comparado con las cifras a nivel nacional establecen una similitud dado el 7,6 % para Colombia; este bajo porcentaje de afiliados puede deberse al alto número de venezolanos que tienen dificultad para el acceso en su gran mayoría por la falta de los documentos mínimos exigidos para la afiliación, hecho que ya se evidencia en el presente estudio el cual reporta un porcentaje de 78,8 % mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes que tienen como único documento la cédula venezolana. (ver gráfico 5)

Gráfico 5. Afiliación al SGSSS de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

De acuerdo a la EPS asignada o seleccionada por el usuario, el presente estudio reporta que un 7,7 % se encuentra afiliado a la empresa Mallamas, las cifras correspondientes al municipio denotan igualmente un bajo porcentaje de personas afiliadas al sistema, dado lo anteriormente descrito y relacionado con la irregularidad de las inmigrantes venezolanas que se encuentran en permanencia en el municipio de Ipiales; en cuanto al SISBEN, al 1,9 % les han realizado la encuesta, requisito básico para permanecer dentro del sistema.

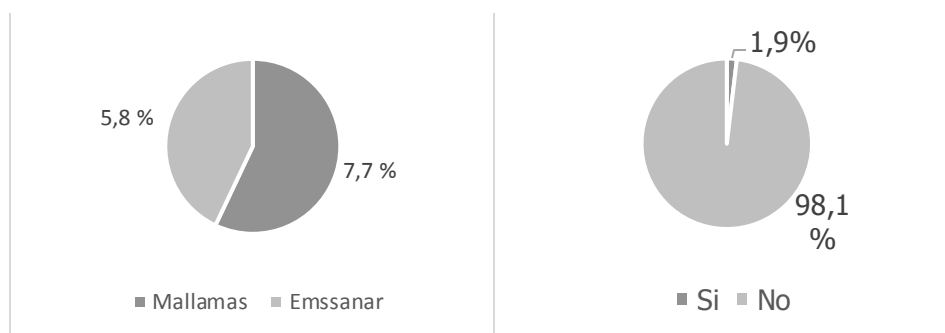
Para Colombia es perentorio poder contar con la afiliación de la población migrante venezolana especialmente de mujeres gestantes y lactantes puesto que es esta población la que presenta mayor vulnerabilidad asociada a morbilidad y mortalidad de acuerdo al momento significativo de gestación y/o lactancia. En el año 2020, la población migrante venezolana gestantes y lactantes, tuvieron un incremento en el porcentaje de

⁴⁶ Decreto 064 de 2020

eventos asociados a salud sexual y reproductiva (muertes maternas y perinatales, bajo peso al nacer, sífilis congénita, violencia basada en género) (35). Es preciso destacar que la población que se encuentra afiliada tendrá garantía en la prestación de los servicios de salud según ruta de atención y en consecuencia una atención oportuna y de calidad tendrá como resultado la disminución de los porcentajes asociados a morbilidad y mortalidad por causas asociadas a la gestación y/o lactancia, en estas últimas principalmente las relacionadas a complicaciones en el postparto o con el recién nacido.

La afiliación al sistema de salud colombiano es por tanto requisito importante para la población migrante venezolana dentro del municipio, puesto que igualmente demandan un sinnúmero de atenciones de primer y segundo nivel; la afiliación de oficio por tanto, se convirtió en el eje fundamental para el cubrimiento de esta demanda y en consecuencia de la garantía del derecho a la salud del que deben gozar toda la población que se encuentre en territorio colombiano sin discriminación por su nacionalidad. (ver gráfico 6)

Gráfico 6. EPS y encuesta SISBEN de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



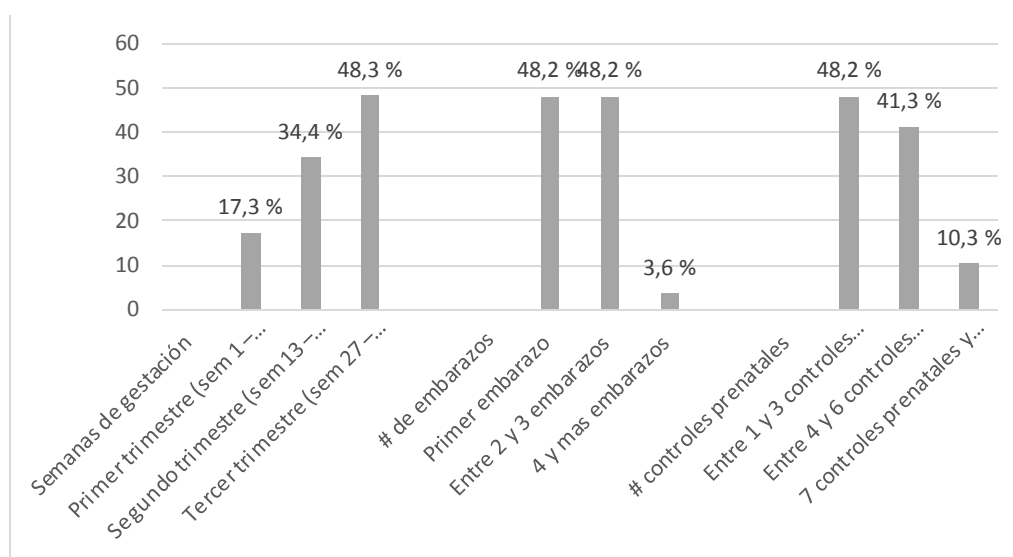
Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

5.1.5 Momentos de vida: gestación y lactancia, una nueva oportunidad en medio del fenómeno migratorio: En cuanto a los momentos de vida, tenemos que, de las mujeres que se encontraban en gestación 54,7% (n=29) de la población total, un 48,3% (n=14) se encontraban en su tercer trimestre de embarazo (semana 27 a 40); el 48,2 % (n=14) reportó que se encontraba en su primer embarazo y el 48,2% (n=14) manifestó haber asistido a entre 1 y 3 controles prenatales.

Las mujeres gestantes residentes en Ipiales, tienen bajo acceso a los servicios de salud, pobre seguimiento por parte del ente territorial y barreras de acceso: afirma Katy, *“como gestante aquí en Colombia pues se trata de dar prioridad de que pasen primero de que tengan la citas con prioridad, a veces si pasa a veces como que no”*, que impiden la atención efectiva e integral para algunas actividades relacionadas con atenciones de diagnóstico, así como de promoción y mantenimiento de la salud.

A pesar de las atenciones realizadas por normativa en materia de salud materna, la gran falencia se encuentra en la ruta de atención materno perinatal, dado que la mayoría de acciones en salud dispuestas en esta ruta no se aseguran si la paciente no está vinculada al sistema; en este sentido la cooperación internacional cobra gran importancia dadas las acciones en salud que aporta a través de los convenios de atención en salud con las instituciones presentes en el territorio.

Gráfico 7. Momento de vida de las mujeres inmigrantes gestantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

De acuerdo al análisis del momento de vida: lactantes, tenemos que de las mujeres que se encontraban en período de lactancia 44,2% (n=23) de la población total, el 69,5% (n=16), manifiestan que tienen hijos con edades entre 1 y 6 meses. En cuanto a la lactancia materna de la población menor de 6 meses 82% (n=19), únicamente el 57,8 % (n=11) tienen una lactancia materna exclusiva, el 42,1 % (n=8) consumen fórmula láctea; con respecto a la afiliación de los menores el 56,5% (n=13) reportan pertenecer a una EPS que en su mayoría corresponde a la empresa Emssanar con un 46,5% (n=6); el 100% (n=23) nacieron en una institución de salud. En este apartado el tema sensible tiene relación con la afiliación en salud de los recién nacidos, donde únicamente la mitad de los niños se encuentran afiliados; esto en contraposición con el Decreto 064, que estipula que los niños y niñas nacidos en Colombia de padres venezolanos tendrán derecho a la afiliación en salud.

Otra acción relevante en esta etapa de la vida es la lactancia materna, Miriam manifiesta: *“Me han orientado con los talleres que hicimos de lactancia materna, todos esos tips que me pudieron dar allí yo lo tengo en un cuadernito anotado que como lo podían asistir a uno”; estas acciones de salud pública* influirán positivamente en los indicadores

relacionados con la mediana de lactancia materna; es así como dentro del plan decenal de lactancia materna se tiene que la duración mediana de la lactancia materna exclusiva corresponde a 2,2 meses en el año 2005, sin embargo la recomendación de la OMS⁴⁷ es de 6 meses.

Tabla 6. Momentos de vida de las mujeres inmigrantes lactantes residentes en Ipiales. UDENAR. Ipiales. 2020 - 2021

LACTANTES	N	%
Edad del último hijo: Entre 1 y 6 meses	16	69,5
Lactancia materna exclusiva (menores de 6 m)	15	65,2
Planificación familiar	16	69,5
Afiliación a salud (Emssanar)	13	56,5

Fuente: Cuestionario caracterización mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, 2020

5.1.6 Reflexiones finales capítulo 1: Con relación a la caracterización de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes y luego de ahondar en los datos estadísticos suministrados por la encuesta realizada, podemos afirmar lo siguiente:

Las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes que viven en el municipio de Ipiales, son mujeres jóvenes entre 17 a 23 años, en su mayoría en unión libre, el máximo nivel educativo alcanzado es la secundaria, participan en organizaciones institucionales, sociales y comunitarias con las siguientes instituciones: Hogar FAMI, Ositos de Miel, gestando vida y aprendiendo en casa y en su mayoría las encuestadas reportaron iniciar su período de gestación en territorio colombiano.

Las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes viven y permanecen en el municipio de Ipiales principalmente en zona urbana debido a las facilidades de acceso a los servicios básicos, la mayoría viven en un tipo de vivienda correspondiente a un cuarto ubicado en los estratos 1 y 2, por los bajos costos de alquiler en estos estratos; estos sitios por lo general son arrendados, aunque un mínimo porcentaje reportan que viven en casas compartidas, solicitaron un alojamiento temporal y/o viven o vivieron en condición de calle debido a la precaria situación en la que se encontraban al inicio en el municipio.

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud: Organización de las Naciones Unidas que se ocupa de importantes temas de salud en todo el mundo, establece normas para la atención de enfermedades, la atención de la salud y los medicamentos.

Un pequeño porcentaje refirió trabajar de manera informal, las demás se dedican a las labores del hogar y el cuidado de los niños, basando su sustento en el trabajo de la pareja o personas cercanas como padres, hermanos, amigas etc; la principal fuente de ingresos corresponde al trabajo del esposo y rebusque percibiendo en su mayoría ingresos por debajo del salario mínimo y gastos mensuales que superan a las entradas y que corresponden en su mayoría a alimentación y vivienda

En cuanto a los procesos de regularización, las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el municipio de Ipiales, siempre han mirado la forma de poder obtener bajo los términos de regularización, los servicios básicos; sin embargo, la gran mayoría portan cédula venezolana como único documento de identificación y en algunos casos únicamente denuncia por pérdida; la mayoría reportan estar en permanencia entre 12 y 24 meses en el municipio, lo que puede significar un requisito importante para optar a la regularidad. También reportaron que su estado de gestación y/o lactancia se dio cuando se instalaron en la ciudad de Ipiales y una minoría reportó haber transitado por estos procesos durante el recorrido hacia el país de destino.

Con respecto a la afiliación al sistema de salud en Colombia un mínimo porcentaje reporta haberse afiliado a una EPS, debido a un alto número de venezolanos que tienen dificultad para el acceso principalmente por la falta de los documentos mínimos exigidos para la afiliación, la EPS asignada o seleccionada por el usuario fue Mallamas; en cuanto al SISBEN, un pequeño porcentaje, ha realizado la encuesta, requisito básico para permanecer dentro del sistema. Se destaca que la población que se encuentra afiliada tendrá garantía en la prestación de los servicios de salud según ruta de atención.

Teniendo en cuenta los momentos de vida: gestación, tenemos que, de las mujeres que se encontraban en embarazo más de la mitad cursaban su primer embarazo, se encontraban en su tercer trimestre de embarazo (semana 27 a 40) y habían asistido a la fecha de la encuesta a entre 1 y 3 controles prenatales; esto debido al bajo acceso a los servicios de salud, pobre seguimiento por parte del ente territorial y barreras de acceso. De acuerdo al análisis del momento de vida: lactantes, tenemos que de las mujeres que se encontraban en período de lactancia, la mitad manifiestan que tienen hijos con edades entre 1 y 6 meses y la alimentación de sus bebés se basa únicamente lactancia materna exclusiva; los demás consumen fórmula láctea. Con respecto a la afiliación de los menores un poco más de la mitad reportan pertenecer a una EPS que en su mayoría corresponde a la empresa Emssanar; todos nacieron en una institución de salud.

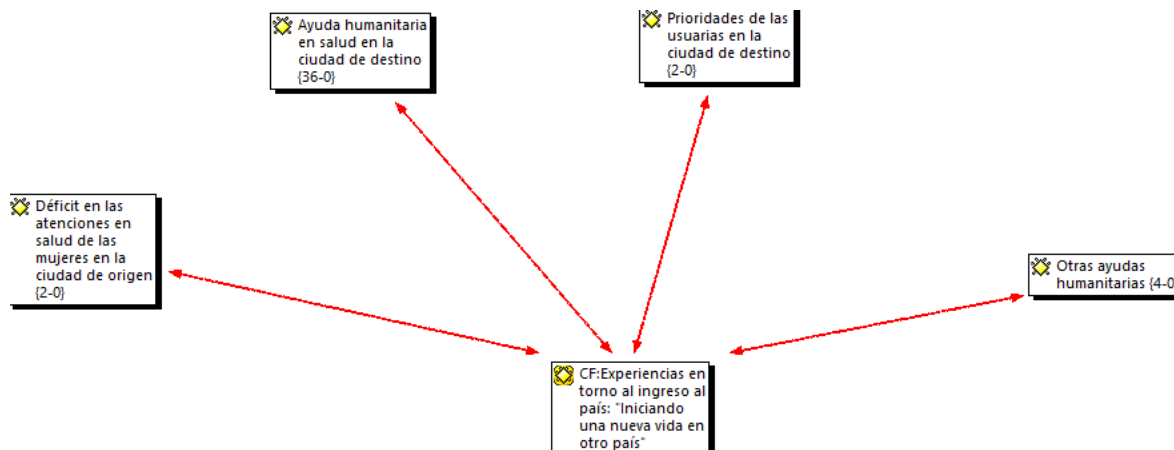
5.2 CAPÍTULO 2. EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES VENEZOLANAS GESTANTES Y LACTANTES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Ante el inminente fenómeno migratorio, Colombia ha emitido algunos documentos⁴⁸ donde se establecen pautas para la atención de la población inmigrante, así como su inclusión a mediano y largo plazo. Los sustentos normativos se generan a partir de documentos nacionales como la Constitución Política de Colombia, CONPES 3950, plan de respuesta del sector salud, así como internacionales relacionados con: Reglamento Sanitario Internacional, Objetivos de Desarrollo Sostenible, declaración de Nueva York para migrantes y refugiados entre otros.

Teniendo en cuenta las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el sistema de salud en el municipio de Ipiales, se destacan 5 momentos claves que tienen que ver con esos facilitadores, así como dificultades que giran en torno a: la atención al ingreso al país, estatus migratorio, aseguramiento en salud, acciones de promoción y mantenimiento de la salud, atención en salud en la ciudad de destino y acciones de promoción y prevención durante la pandemia.

5.2.1 Primer Momento. Experiencias en torno al ingreso al país: “Iniciando una nueva vida en otro país” El desarrollo de este primer momento en torno a las experiencias al ingreso al país, es presentado mediante la gráfica inicial que contiene todas las categorías que fueron clasificadas mediante el programa Atlas ti; posterior a la gráfica se describe y analiza de manera sucinta cada una de las categorías presentes en la misma:

Gráfico 8. Familia: Experiencia en torno al ingreso al país de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Unidad hermenéutica Atlas ti, Familia “Experiencia en torno al ingreso al país”, 2021

⁴⁸ Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio, CONPES 3950, Decreto 064 de 2021, Decreto 216 de 2021.

Déficit en las atenciones en salud de las mujeres en la ciudad de origen: El acto de migrar es un complejo articulado de acciones enmarcadas en un entramado de oportunidades, donde los seres humanos migran por necesidades económicas políticas o sociales, buscando mejorar las condiciones socioeconómicas de las familias (16). En el caso particular de los inmigrantes venezolanos, esta migración se da por la coyuntura económica política y social del vecino país, donde miles de ciudadanos y ciudadanas venezolanas se vieron abocados a abandonar su país, dadas sus actuales condiciones (36) y en especial las asociadas a la salud. Algunas necesidades de este grupo poblacional giran en torno a las atenciones de salud; las usuarias entrevistadas relatan que las acciones en salud realizadas en la ciudad de origen (Venezuela), son insuficientes.

La anterior aseveración se contrasta con la información consignada en la revista Lancet (48), donde su autor manifiesta que la actual situación del país es crítica, incluyendo la crisis en el sistema de salud el cual se encuentra colapsado, hecho reflejado por la escasez de insumos, medicamentos, agua y alimentos así como el no reporte de indicadores que vislumbren la situación actual; en consecuencia las mujeres se sienten más seguras en el país de destino para tomar la decisión de embarazarse y/o criar a su bebe dado que ofrece mejores condiciones asociadas a atención y/o posibilidad de regularización y consecución de servicios de salud y sustento diario para su familia.

Otras experiencias en este tema relatadas por las usuarias venezolanas, tienen que ver con los altos costos de las atenciones médicas e insumos y difícil acceso a los servicios en su país de origen: *“En Venezuela si había métodos de planificación, pero con precio elevado entonces uno se dejó de cuidar”*, relata Miriam⁴⁹, quien tuvo que prescindir de los métodos de planificación dado su alto costo. Otras respuestas de las mujeres venezolanas gestantes y lactantes giran en torno a las experiencias sobre la decisión de embarazo principalmente, es así como Katy⁵⁰ manifiesta: *“me embaracé cuando estaba acá porque si aquí yo aquí ya me sentí como más tranquila”*.

Continuando con las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en los servicios de planificación familiar, debido al alto costo de los métodos anticonceptivos y la falta de recursos, las mujeres dejaron de utilizarlos y tuvieron embarazos no deseados; así lo expresa Miriam: *“Había muchas muchachitas en Venezuela de 13 o 14 años que no sabían nada de eso que ya estaban embarazadas porque ya en ese momento los métodos anticonceptivos son demasiado caros, entonces ya la calentura estaba ahí”*. En contraste y teniendo en cuenta las experiencias de las mujeres lactantes en el municipio de Ipiales y dada su necesidad de planificación familiar, algunas de ellas refieren sentir mayor seguridad y confianza en la comunidad de acogida, dado que las organizaciones e instituciones siempre están disponibles para ofertar los servicios de salud sexual y reproductiva. Dentro de la normativa colombiana los servicios

⁴⁹ Nombre cambiado para proteger la identidad de la usuaria y acorde al principio de confidencialidad según resolución 8430 de 1993.

⁵⁰ Ibidem

amigables⁵¹, se establecen con el fin de intervenir de manera integral a la población con el propósito de prevenir embarazos no deseados, así como planear la familia respondiendo a las necesidades, realidades y con enfoque diferencial. (49)

En síntesis y al hablar con las entrevistadas sobre las experiencias en el sistema de salud de la ciudad de origen, ellas se enfocaron en temas de salud sexual y reproductiva dado que es un tema sensible para las mujeres por las altas implicaciones para su salud y la de sus hijos. Otros estudios concuerdan en lo mismo; por ejemplo, el informe de mujeres en Venezuela en tiempos de COVID19 (50) hace referencia a este suceso como un contexto que debe examinarse en el marco de la crisis económica que vive Venezuela y que ha tenido efectos negativos en los derechos de las personas incluido el derecho a una planificación segura y de calidad. En otro informe: “Mujeres al límite” (51), el 72% de las mujeres encuestadas, manifiesta no haber encontrado métodos en el último año y el 19% lo adquirió mediante el mercado informal a altos costos y riesgo.

Ayudas humanitarias en salud en la ciudad de destino: Si bien es cierto el ingreso e inicio de sus vidas en un país diferente ha representado un reto para las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, lo es aún más el hecho de subsistir en otro país; es ahí donde cobran gran importancia las Organizaciones Internacionales dispuestas en el territorio las cuales a través de su oferta apoyan y acompañan a las mujeres. Algunas ayudas humanitarias para la salud tienen que ver con: atenciones en salud, medicamentos, kits (gestantes, aseo, escolares, alimentación), exámenes de laboratorio, citas especializadas, acompañamiento con gestores comunitarios, inclusión a grupos de ICBF, planificación familiar, atenciones en salud mental, vacunación atenciones de promoción y mantenimiento de la salud, curso de maternidad y paternidad responsable, educación para la salud, apoyo en afiliación en salud. La carestía de servicios básicos (principalmente salud), insumos y demás, así como la falta de ayudas humanitarias en la ciudad de origen afectan la calidad de vida de manera alarmante; el boletín de prensa de la pastoral social (52) nos habla sobre la salida de los venezolanos de su país de origen por falta de medicinas, comida, violencia y persecución.

Liliana⁵², nacional de Venezuela es una mujer gestante que brinda su testimonio sobre como las ayudas humanitarias en salud le ayudaron en su proceso de gestación: *“Bueno, toda mi barriga fue gratis en todo en las consultas, yo no pague los ecos, no, pague las consultas, no pague las vitaminas nada para lo único que sacaba plata era para el taxi pero del resto no de hecho me venían, me buscaban también me llevaban, me traían”*. Es el testimonio de una gestante venezolana residente en Ipiales quien fue orientada para

⁵¹ Buscan que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y contribuir a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Servicios-de-salud-amigables-para-adolescentes-y-jovenes-SSAAJ.aspx>

⁵² Nombre cambiado para proteger la identidad de la usuaria y acorde al principio de confidencialidad según resolución 8430 de 1993.

recibir ayudas en salud a través de la OIM⁵³ organización que dentro del territorio ofrece a la población sin aseguramiento atención integral dentro del sistema de salud y da prioridad a mujeres en período de gestación y/o lactancia; hecho que relata a profundidad Liliana en su testimonio.

Prioridades de las usuarias en la ciudad de destino: A lo largo de las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en la ciudad de destino desde su ingreso hasta el establecimiento en la ciudad, la integración social ha sido una prioridad inminente, dado su alto grado de interés principalmente para evitar situaciones de estigma, discriminación y xenofobia. Es el relato de Diana⁵⁴ quien nos dice lo siguiente: *“Ahora yo siento ya como un poquito de integración y de aceptación dentro de la comunidad, pero todavía hay gente que necesita ser sensibilizada y orientada con respecto a todo lo que está pasando aquí en Ipiales con la población venezolana”*. La feria de integración colombo venezolana fue un espacio para la integración de las dos comunidades a partir de actividades como la danza, música, actividades lúdicas y pedagógicas. (53)

Otro aspecto importante que se ha convertido en prioridad para las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes es el acceso a salud; al respecto podemos afirmar que gracias a las rutas de atención integrales en salud establecidas en Colombia por la resolución 3280 de 2018 (54) y específicamente la ruta materno perinatal, las mujeres gestantes presentes en el territorio tienen la garantía del acceso al sistema de salud por parte de convenios entre IPS y organizaciones internacionales, para la atención y se garantiza su universalidad, identificando de manera precoz sus vulnerabilidades factores de riesgo y potencializando sus factores protectores que servirán para afectar positivamente los indicadores de salud asociados con la salud materna; en consecuencia todas las mujeres gestantes que se encuentran en el territorio acceden a los servicios de salud sin tener en cuenta su estatus migratorio, por tratarse de una población en condición de extrema vulnerabilidad y con necesidades particulares en salud.

Es así como, Diana lactante venezolana que reside en el municipio de Ipiales hace 3 años nos manifiesta: *“Los primeros controles del bebé fueron en la Cruz Roja, dónde me atendieron para saber cómo estaba el bebé y eso; después de allí por medio de los programas de los talleres que hacen en Pastoral Social, me fueron dando la orden para el Hospital Civil, allá me hicieron las ecografías”*

Otras ayudas humanitarias: En otro ámbito otras ayudas humanitarias que se encuentran en el territorio se asocian a: recursos económicos, víveres y enseres, emprendimientos, útiles escolares, kits de aseo, kit de abrigo entre otros, en palabras de Miriam, *“la otra vez nos dieron como un mercado y a los niños como yo no he tenido niños*

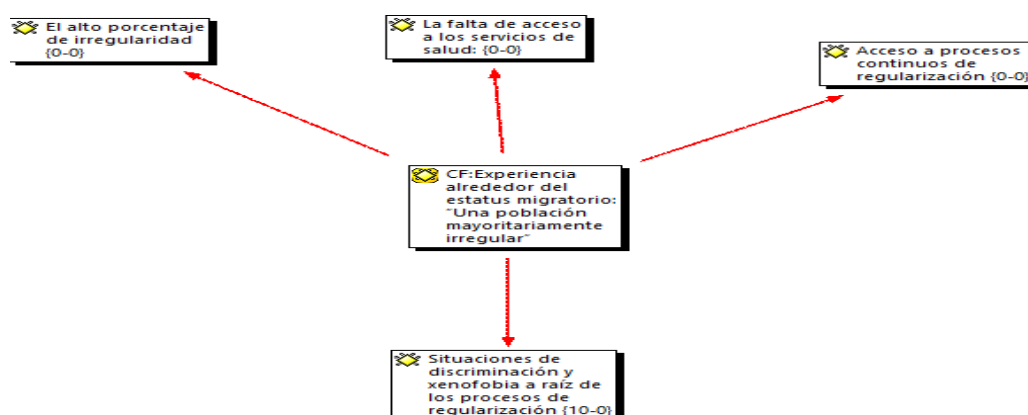
⁵³ Organización intergubernamental que aboga por una gestión ordenada y humana de la migración: <https://www.iom.int/es/quienes-somos>

⁵⁴ Nombre cambiado para proteger la identidad de la usuaria y acorde al principio de confidencialidad según resolución 8430 de 1993.

a ellos si le dan sus pañales útiles escolares y cosas así”. En el municipio de Ipiales, las organizaciones presentes en el territorio en especial la Pastoral Social ofrece ayudas y programas que cubren las necesidades básicas de los migrantes en el territorio como: refugio, alimentos, medicamentos etc. (52)

5.2.2 Segundo Momento: Experiencia alrededor del estatus migratorio: “Una población mayoritariamente irregular” El desarrollo de este segundo momento en torno a las experiencias alrededor del estatus migratorio, es presentado mediante la gráfica inicial que contiene todas las categorías que fueron clasificadas mediante el programa Atlas ti; posterior a la gráfica se describe y analiza de manera sucinta cada una de las categorías presentes en la misma:

Gráfico 9. Familia: Experiencia alrededor del estatus migratorio de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Unidad hermenéutica Atlas ti, Familia “Experiencia alrededor del estatus migratorio”, 2021

Durante el proceso migratorio llevado a cabo por las inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes al ingresar y permanecer en el municipio de Ipiales, se han presentado diversas situaciones asociadas a:

El alto porcentaje de irregularidad: De acuerdo a Migración Colombia para el año 2021 (55), el 56,4 % de los y las inmigrantes que ingresaron al país lo hicieron de forma irregular; las mujeres ocuparon un 49% de esa migración irregular. Así lo manifiesta Kelly⁵⁵: *“La OIM tiene un deber de atenderme a mí, que soy migrante venezolana y como tal no estoy legal en el país”*; gestante inmigrante venezolana con estatus migratorio irregular y que dada su situación afirma y conoce sobre las organizaciones que apoyan a la población con servicios de salud de primero y segundo nivel de atención y en consecuencia conoce la ruta por la cual debe acceder a estos servicios a través de la organización.

⁵⁵ Ibidem

En el estudio actual ese porcentaje de irregularidad corresponde a 82,6%, cifra que supera las estadísticas nacionales y que pone en evidencia el estatus migratorio de la población que ingresa al país y por ende todas las dificultades que conlleva no estar de manera regular en el país: falta de acceso a servicios de salud, dificultad para obtener un trabajo formal, barreras de acceso en el nivel educativo, nula actividad financiera en bancos y dificultades para acceder a derechos como el registro civil de los niños y por ende el derecho a una nacionalidad; en un estudio realizado por La Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD (56) evidencia que 4 de cada 10 migrantes venezolanos llegan indocumentados a la ciudad de Ipiales o con documentos que no acreditan una condición regular y con los cuales se presentan dos situaciones: si están de paso, deben cruzar hacia el sur del país por pasos ilegales lo cual incrementa el riesgo de sufrir accidentes y los cuales se han presentado y han requerido de intervención de los servicios de urgencias en el municipio así como de equipos de rescate; si deciden permanecer en el territorio, el panorama aún es más incierto dado que no tendrían garantía del derecho a la salud dada su situación de irregularidad; a pesar de ello los servicios de urgencias están cubiertos de acuerdo a resolución 866 (57).

De acuerdo a lo anterior en los siguientes apartados del segundo momento, se pondrá en evidencia algunas situaciones tanto positivas como negativas asociadas a las dificultades que las inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes presentan en torno a las atenciones en salud y que tienen que ver con su estatus migratorio.

La falta de acceso a los servicios de salud: Es el caso de Katy, quien manifiesta: *“yo dure allá y no había nada, yo dure como 4 meses por allá como en el 2018 y no atienden a los venezolanos para nada, yo me estaba muriendo de una intoxicación y me llene de toda Pepa y a mí no me atendieron por ser venezolana”*, testimonio que según la entrevistada corresponde a una experiencia que tuvo en la ciudad de Medellín cuando estaba de paso y se dirigía al sur del país. En contraste, el decreto 866 de 2017 (57) contempla la atención inicial de urgencias como un derecho en salud de la población venezolana en el territorio de manera gratuita, oportuna, sin barreras; la cual establece la atención principalmente para población que provenga del cordón fronterizo de Colombia, que no tenga capacidad de pago ni seguro médico, que presente una condición de urgencia como tal y que no tenga afiliación en salud; esta atención será cubierta por las entidades territoriales según corresponda.

La situación de salud de muchas mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, se agudiza por su condición de irregularidad en el país, dado que no es posible la afiliación a salud y únicamente se cuenta dentro del territorio con la atención de urgencias a partir del decreto 866 que establece lo siguiente: *“En cumplimiento de la garantía prevista en el artículo 10 literal b) de la Ley 1751 de 2015, toda persona tiene derecho a recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición*

*amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno, lo cual incluye a los nacionales de países fronterizos”.*⁵⁶

Sin embargo, como le sucedió a Katy y a pesar de que el decreto es claro en la garantía del acceso a servicios de urgencias, la usuaria no fue atendida según manifiesta ella por ser venezolana y en parte por el desconocimiento de las instituciones de salud sobre la normativa asociada a la atención de la población venezolana principalmente gestantes y lactantes. Los funcionarios de las instituciones tienen escaso conocimiento alrededor de este tema, en consecuencia, lo que no conocen no lo implementan; en otras situaciones no tienen claridad respecto a la normativa y muchas veces las instituciones no tienen conocimiento y al desconocer y para no comprometerse, niegan el derecho.

Para otras situaciones de salud no urgentes, las Organizaciones de Cooperación Internacional establecen varias atenciones de acuerdo a los perfiles de las mismas. Para el caso de las ayudas humanitarias relacionadas con salud se encuentran las atenciones de primer nivel relacionadas principalmente con promoción y mantenimiento de la salud y atenciones basadas en la morbilidad del paciente y servicios de segundo nivel como consultas especializadas y ayudas diagnósticas relacionadas con: ecografías, radiografías, paraclínicos, monitorias fetales, electrocardiogramas.

Diana, nos manifiesta: *“Cuando yo llegué aquí estaba embarazada y tenía 14 semanas de embarazo. Al principio cuando llegue no sabía cómo era el manejo acá y no sabía dónde asistir al primer control del bebé, porque nada más tenía la cédula de identidad y el permiso”*, a partir de las remisiones de estas pacientes realizadas principalmente por las instituciones y/o líderes y lideresas comunitarias, las gestantes y lactantes se atienden en los diferentes servicios de atención ofertados por las organizaciones⁵⁷. Los líderes y lideresas comunitarios, son voluntarios de la población con vocación de permanencia que han sido previamente capacitados en temas de salud tanto física como mental, así como entrenados para realizar algunas acciones en campo como son: identificación de casos en salud que requieren de una remisión a las organizaciones de acuerdo al perfil de cada una; estas acciones realizadas con el grupo de líderes y lideresas comunitarios genera acciones en la comunidad relacionadas con la transmisión del conocimiento aprendido a sus connacionales así como la remisión de algunas personas principalmente mujeres gestantes y lactantes que requieren atenciones en salud.

Acceso a procesos continuos de regularización: A lo largo de todo el fenómeno migratorio se han venido realizando constantes esfuerzos por parte de las entidades del orden nacional⁵⁸ asociados a la regularización de la población en el país y en consecuencia en el municipio, esto implica la inclusión de la población en el sistema, así como la posibilidad de atención de las contingencias asociadas a salud que presenta la

⁵⁶ Presidencia de la república. Decreto 866 de 2017. 2017. p. 1.

⁵⁷ Algunas organizaciones que se encuentran en el territorio y que brindan atenciones en salud son: OIM, Médicos del mundo, Save The Children, Comité Internacional de Rescate.

⁵⁸ Las instituciones que tienen a su cargo la regularización de migrantes en Colombia son principalmente Migración Colombia y Ministerio de Relaciones Exteriores.

población, principalmente mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes. Los mecanismos de regularización en el país, así como las condiciones para que ese proceso se lleve a cabo han permitido que a la fecha más de 19.863 venezolanos y venezolanas estén regulares en Colombia a través de la entrega de los permisos por protección temporal (58). Esta situación se ve reflejada a nivel local donde a través del tiempo y la necesidad de permanecer en el municipio, las migrantes en el territorio han pasado por varios procesos para regularizar su situación migratoria; es así como podemos ahondar en estos con el fin de comprender la cronología del evento y su importancia:

Entre los años 2017 y 2019, el país hizo viable para la población venezolana la solicitud de un Permiso Especial de Permanencia, el cual tuvo varias etapas y plazos de consecución, cuyo propósito era regular a los inmigrantes venezolanos en el territorio con el fin de que tuvieran acceso a varios servicios básicos. Particularmente las inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes que pudieron acceder a este mecanismo, tuvieron muchas ventajas sobre todo en el sistema de salud; Miriam así lo manifiesta: *“Me atendieron en facturación me pidieron mi número de PEP, ahí me dijeron que espere unos minutitos que ahí me va a atender la médica general, la médica general se presentó me dijo que porque no había acudido antes a un centro, le dije porque no tenía el carnet de salud sino recién fue que me llamaron y como me llamaron fue que opte a dirigirme allá, ahí la doctora muy cordialmente me hizo mi chequeo la atención miro el corazón del bebe los latidos y reviso todos los documentos que yo tenía anteriormente.”*

Otro mecanismo de regularización importante es el Estatuto Temporal de Protección de Venezolanos (ETPV)⁵⁹. Las últimas disposiciones del orden nacional lo establecen en el territorio, para lo cual las inmigrantes en permanencia deberán aportar documentación regular y/o pruebas sumarias que den cuenta de su permanencia en el municipio; al respecto la lactante Liliana refiere: *“Bueno en Colombia como tal tengo 5 años, imagínese, yo con los papeles de la beba de la barriga se dan cuenta que yo estoy aquí desde esa fecha”*. En este sentido, el proceso que debe realizar la usuaria es solicitar las pruebas a las entidades competentes para este caso la Institución Prestadora de Salud e iniciar el proceso de registro que en primera instancia será electrónico pasando a un registro presencial (59). Posterior al proceso el usuario quedará regularizado en el país por 10 años lo cual busca desincentivar la migración irregular⁶⁰ y aportar un proceso continuo de inclusión y acceso a los principales derechos de que goza un ciudadano colombiano principalmente salud.

En síntesis, todos estos esfuerzos del país por instaurar unos mecanismos de regularización para la población venezolana favorecen y dan garantía para que los derechos humanos se cumplan sin excepción.

⁵⁹ ETPV: Estatuto Temporal de Protección de Migrantes Venezolanos, establecido en Colombia a partir del decreto 216 de 2021

⁶⁰ Migración irregular: Consecuencia del desequilibrio entre la demanda laboral en los países de destino y la capacidad o voluntad de los gobiernos a establecer los canales legales de migración: <http://www.scielo.org.mx/pdf/myd/v8n15/v8n15a2.pdf>.

Situaciones de discriminación y xenofobia a raíz de los procesos de regularización:

A partir del continuo flujo de inmigrantes venezolanos, principalmente mujeres gestantes y lactantes, hacia los principales municipios de Colombia, así como zonas de frontera, la población de acogida ha presentado diversas reacciones hacia los y las inmigrantes venezolanas. Con las nuevas disposiciones nacionales se han generado diversas afirmaciones no fundamentadas, así como comentarios principalmente en redes sociales que lo único que generan son posturas xenófobas⁶¹ que estigmatizan a la población a través de diferentes palabras como: “venecos”, “castrochavismo”, y que en últimas genera odio y desinformación en la comunidad de acogida y en consecuencia la falta de solidaridad y apoyo con los ciudadanos venezolanos residentes en el municipio.

La trascendencia de la población inmigrante venezolana y su permanencia en el municipio, igualmente dio pie para que la comunidad de acogida “se acostumbrara” a mirar a la población en mención en diversas actividades de trabajo informal como: limpiavidrios, espectáculos en los semáforos, venta de comestibles, servicio doméstico y de aseo, cuidado de menores de edad e incluso y en la peor de las situaciones mendicidad. Sin embargo, la regularización de los inmigrantes en el país y la posibilidad de que esta población engrosara aún más las filas de desempleo y carestía con que ya cuenta el municipio, despertaron nuevamente el temor de los habitantes de Ipiales, generando todo tipo de comentarios que daban pie para la rivalidad con los nacionales venezolanos y la imposición de barreras que aportaban a la segregación y oposición a todas las actividades que los beneficiaran entre ellas el permiso por protección temporal; puesto que esto implicaba según comentarios de los residentes del municipio, quitarles algo que les pertenecía por derecho a ellos y no a los foráneos.

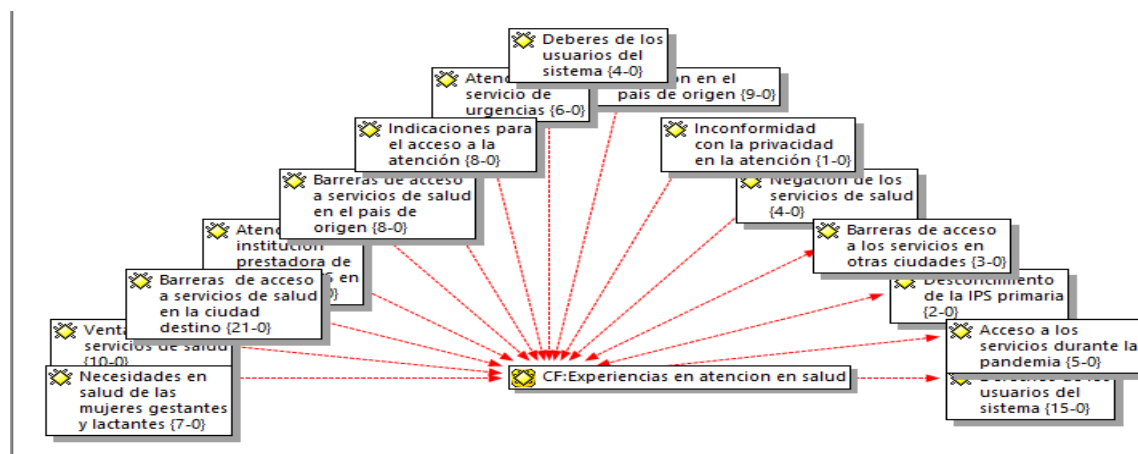
La respuesta de Katy quien vivió de cerca las diversas situaciones de discriminación de la población venezolana presente en el municipio y por ende corrobora lo fundamentado anteriormente, es la siguiente: *“Ahora yo siento como un poquito de integración y de aceptación dentro de la comunidad, pero todavía hay gente que necesita ser sensibilizada y orientada con respecto a todo lo que está pasando aquí en Ipiales con la población venezolana.”* Con respecto al comentario de Katy, ella percibe como a pesar de algunas situaciones particulares, la aceptación es mayor con respecto a las circunstancias y a los inicios del fenómeno, esto denota que la comunidad de acogida ha venido evolucionando continuamente con relación a la manera como integran a la población inmigrante en el territorio. Es decir, paso de una pobre tolerancia que se fundamentaba en comentarios como: “nos vienen a robar lo que es nuestro (trabajo, estudios, alimentación etc.)” a una flexibilización continua y paulatina que implicaba la ayuda a las inmigrantes venezolanas

⁶¹ En cada situación en la cual se ven involucrados los migrantes venezolanos, no se dejan esperar los discursos de odio, es así como el barómetro de la xenofobia reporta un 576% de aumento en las publicaciones discriminatorias en Marzo de 2021 a causa de las declaraciones de la alcaldesa Claudia López por el fallecimiento de un patrullero a manos de delincuentes dos de ellos de nacionalidad venezolana. <https://www.eltiempo.com/cultura/gente/xenofobia-contra-venezolanos-en-colombia-asi-funciona-en-redes-sociales-572853>

principalmente con: vivienda, alimentación y orientación para el acceso a otras ayudas y subsidios a los que podían optar como población vulnerable en el municipio.

5.2.3 Tercer Momento. Experiencias alrededor de la atención en salud: “La atención en salud un proceso continuo que implica humanidad” El desarrollo de este tercer momento en torno a las experiencias alrededor de la atención en salud, es presentado mediante la gráfica inicial que contiene todas las categorías que fueron clasificadas mediante el programa Atlas ti; posterior a la gráfica se describe y analiza de manera sucinta cada una de las categorías presentes en la misma:

Gráfico 10. Familia experiencia en atención en salud de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Unidad hermenéutica Atlas ti, Familia “Experiencia en atención en salud”, 2021

Dificultades en la atención en el sistema de salud colombiano: Como ya se dijo anteriormente, las necesidades de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes presentes en el territorio, están relacionadas principalmente a salud por las implicaciones que tiene el hecho de estar embarazada o cuidar un niño o niña menor de dos años. Estos sucesos vitales generan una serie de condiciones en salud relacionadas que requieren de atenciones oportunas de acuerdo a la ruta maternoperinatal⁶² como: valoración integral de la salud, acciones de detección temprana y protección específica, diagnóstico, tratamiento y educación para la salud y a partir de las cuales la mujer y su familia recibirán estos tipos de atenciones de manera más frecuente con el fin de proteger su vida y la de sus hijos.

Las atenciones correspondientes a la ruta maternoperinatal, son garantizadas por las atenciones brindadas por las organizaciones de ayudas humanitarias⁶³ que coadyuvan

⁶² Garantiza la integralidad de la atención en salud de las gestantes sus familias y comunidades.

⁶³ Corresponden a los servicios de salud prestados por las Organizaciones Internacionales y que se contratan dentro de las instituciones de primer y segundo nivel de atención: consulta médica general y especializada, exámenes

con el derecho a la salud y que son entregadas por las Organizaciones Internacionales, a pesar de ello, aún hay muchos servicios desatendidos, esto dada la estructura del sistema de salud colombiano que oferta servicios a personas carnetizadas y los demás usuarios no pueden acceder por falta de esta afiliación que es un requisito esencial en el país para ser atendido en salud a excepción de los servicios de urgencias.

Tenemos el testimonio de una lactante que manifiesta ir a las droguerías para poder atenderse dado que no está regular en el país, es el caso de Diana: *“a mí me toca irme a la droguería o a la Cruz Roja, pues porque como no tengo carnet de salud, esos sitios son los únicos donde atienden sin carnet, Usted sabe; Médicos del Mundo⁶⁴ y OIM atiende también sin carnet; pero en caso de emergencias no siempre”*. Este tipo de casos deja ver a un sistema de salud hermético y estructurado de tal manera que los más vulnerables y en condición irregular, permanezcan por fuera del sistema de salud y deban recurrir a otras instancias para solventar sus problemas anteponiendo a esto el recurso económico que se dificulta conseguir por parte de estas familias; similar situación se presentó con las usuarias de los servicios de salud en un centro de atención de Chile donde según lo manifiestan las usuarias los servicios eran limitados y debían pagar algunas veces por los servicios que no se ofertaban en dicha institución (36).

La anterior situación se repite casi siempre cuando las personas enfrentan situaciones de salud que deben ser atendidas de manera urgente y las cuales no han sido abordadas por las instituciones dado el desconocimiento en cuanto a la normativa con relación a la atención por urgencias de la población migrante presente en el territorio, donde el decreto 866 de 2017 (57) establece a nivel de Colombia el derecho a la atención inicial de urgencias independiente del estatus migratorio.

El sistema de salud colombiano teniendo en cuenta sus características, tiene barreras de acceso para la población sin afiliación, es por ello que se considera hermético y estructurado en este apartado. Las instituciones de salud manejan un monto de dinero por cada usuario para la atención; monto del cual es responsable la entidad promotora de salud (EPS) que afilia a los usuarios que tienen las condiciones para hacerlo. En consecuencia, los y las usuarias que quedan por fuera del sistema tienen enormes dificultades de acceso debido a que el ente territorial únicamente puede apoyar situaciones de emergencia de la población que no está afiliada; para las demás atenciones la población debe disponer de afiliación, el no tenerla implica no cubrir las contingencias en salud e igualmente recurrir a otras instituciones que apoyan estas atenciones y como última medida la atención particular (pagada).

complementarios y ayudas diagnósticas, odontología, actividades de detección temprana y protección específica en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y atenciones de la ruta materno perinatal principalmente: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>

⁶⁴ Asociación independiente que trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas más vulnerables y en contextos migratorios, así como otras eventualidades relacionadas con catástrofes, conflicto armado etc.: <https://www.medicosdelmundo.org/quienes-somos>

El papel de las Organizaciones Internacionales en el sistema de salud: Las Organizaciones Internacionales en el territorio dan garantía del derecho a la salud a la población venezolana con vocación de permanencia que no tiene acceso al sistema mediante una afiliación en salud. Las Organizaciones Internacionales se han convertido en las salvadoras de la población y en un salvavidas financiero para las instituciones cumpliendo una acción de fortalecimiento a través del ingreso de recursos para atención así como insumos y equipos biomédicos y por otra parte por las diferentes articulaciones que realizan con las instituciones de salud en donde a partir de la contratación de servicios, ofrecen a los y las migrantes una atención integral, sin barreras, con calidad y sin discriminación y se vinculan en el proceso tanto asistencial como de salud pública al intervenir indicadores de eventos de interés en salud pública⁶⁵ a partir del abordaje de los mismos y su respectiva atención y seguimiento.

Costos y otras limitaciones de las atenciones en salud: Con respecto a la diferencia en los costos de las atenciones, las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes se inclinan hacia el alto costo de las mismas en su país de origen y la poca disponibilidad en las instituciones prestadoras de salud de insumos para su atención. Describen que la población inmigrante femenina en Colombia cuenta con mayores oportunidades y que sienten la acogida de organizaciones existentes dedicadas al apoyo de procesos de salud de los migrantes de manera gratuita. También resaltan la oportunidad que tienen cuando entran a formar parte del sistema de salud a través de la afiliación dadas sus condiciones de regularidad en el país, así lo refiere Miriam: *“Me dijeron que mi hija pertenecía a Emssanar, me dijeron que cada vez que yo la llevara diera el número de registro y que ella salía afiliada a ese carnet y me la atendían, pero me dijeron que no me la atendían en todas partes aquí, que cada carnet tenía su lugar específico donde la atienden”*

En cuanto a los servicios brindados, la preferencia de las usuarias se inclina hacia su país de origen destacando que allá prácticamente el usuario podía elegir como sería su atención en salud. Esto no sucede en otros países, puesto que al llegar como inmigrantes a Colombia, miran que la prestación del servicio de salud se rige al cumplimiento de normatividad de acuerdo a los procesos que implican una regulación de los servicios por parte del sistema, lo cual se encuentra normado por la ley 100 de 1993 (60) que establece: *“Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras, ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la*

⁶⁵ Eventos de interés en salud pública que más se presentan en la población migrante venezolana: sífilis gestacional, morbilidad materna extrema, VIH SIDA, mortalidad por SIDA, violencia basada en género e intrafamiliar, desnutrición, bajo peso al nacer, tuberculosis: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-circular-029-corte-julio.pdf>

*cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el Gobierno”.*⁶⁶

Las entrevistadas refieren que existe limitación en los servicios de salud brindados por las instituciones prestadoras de salud en el municipio y que las experiencias relacionadas con los mismos son algo negativas, así lo manifiesta la usuaria Diana: *“Creo que eso fue como una experiencia negativa. Yo dije, ¿volver a dar a luz aquí? no...!!!, porque mientras que en Venezuela tú dices yo quiero cesárea y a ti te preparan para una cesárea, porque tú pagas un seguro y el seguro te pone tú cesárea o sea no hay problema; mientras que aquí tienes que parir, tú tienes que parir”*. En Venezuela según relata la usuaria la situación es diferente puesto que existen casos en los que no se tiene en cuenta la pertinencia médica, esto quiere decir que quien elige es el paciente por encima del criterio médico, en este caso quien determinaría el tipo de parto es la usuaria aludiendo que lo solicita para evitar tener dolor de parto y no porque amerite una intervención quirúrgica como tal o que corra peligro la vida de la madre y/o hijo.

El SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO está estructurado de manera que las atenciones se basan en indicadores de salud. Un indicador importante dentro de las instituciones es el porcentaje de partos por cesáreas el cual para Colombia excede, pasando de 24 % en 1998 a 45% en el 2013 y a 52 % en el 2020 y los cuales superan la tasa establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que corresponde al 17% (61). De acuerdo al relato anterior, en Venezuela la usuaria decide si se realiza una cesárea, hecho que no sucede en Colombia, donde él o la especialista de acuerdo al estado de salud de la usuaria son quienes deciden y anteponen el parto por encima de la intervención quirúrgica, pretendiendo de esta manera mantener este índice dentro de lo establecido por la OMS (aunque actualmente lo supera ampliamente).

Diana igualmente manifiesta: *“Me parece extremo el cambio o por ejemplo en Venezuela si quiero ir al ginecólogo, voy al ginecólogo. Acá en cambio no, porque ese servicio también se regula. Tengo que ir al médico general y le explico que tengo una dolencia, bueno, que se yo, el determina si me envía o no para el ginecólogo si es necesario; es como un proceso más largo”*. Dentro del sistema de salud colombiano se establecen dentro de las rutas de atención un número determinado de servicios con el fin de regularlas y de esta manera mantener el costo de las mismas dado que al ser un sistema de carácter financiero regulado desde las instituciones, se establece la pertinencia de las atenciones para cada usuario y de esta manera no desgastar los recursos que podrían favorecer a otras personas y otros diagnósticos (62).

Atención en el servicio de urgencias: En cuanto a la atención en urgencias las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes relatan la forma en la que les han negado el servicio por el hecho de ser venezolanas. Describen en primer lugar que la falta de información de lo que es una urgencia médica ha hecho que los usuarios consulten a los

⁶⁶ Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. 1993. p. 66

servicios de urgencias por un dolor de muela y después de recibir la negativa se sientan enojados con el sistema dado que desconocen donde acudir en caso de urgencias dentales; en segundo lugar las experiencias con respecto a la atención inicial de urgencias de las mujeres con labor de parto, en donde la baja percepción del riesgo por parte de los médicos de las instituciones de salud para detectar un caso de urgencias en una mujer gestante, suelen suscitar complicaciones como el caso de Diana: *“Cuando yo voy al médico y ella me dijo que tenía que esperar hasta el 17 y digo yo que no voy a hacer caso a ella, me voy a la IPS de emergencias la que queda allá por el centro comercial. Llego que me hacen, ¡¡¡me colocan el aparato para ver los latidos del corazón de la beba y estaban disminuyendo y yo le digo no me voy a quedar aquí...!!!, yo me voy para el hospital o sea yo no voy a esperar hasta el 17 si ya los latidos de la beba están disminuyendo es por algo.... O sea, la que me atendió ahorita me dijo que esperara hasta el 17 y yo no le voy hacer caso a ella y me voy al hospital. ...En ese momento me pasan súper rápido porque yo sangraba, pero mi embarazo siempre fue así y cuando llegue al hospital, el doctor me dice tienes 4 centímetros de dilatación y los latidos de la beba están disminuyendo”*

De acuerdo al anterior testimonio, tenemos un claro ejemplo de la baja percepción del riesgo por parte del personal médico que realizó el control prenatal a la usuaria. La disminución de latidos cardiacos se asocia con casos de posible sufrimiento fetal en donde la falta de intervención ha hecho en el peor de los escenarios que él o la bebe fallezca dentro del útero de la madre; la misma usuaria nos relata que días atrás él bebe de una amiga había fallecido dentro del útero y ella estaba muy alterada por esta noticia y no quería que le pase lo mismo, razón por la cual hizo caso omiso a las recomendaciones de la médica, acudiendo a la institución de salud y salvando la vida de su primogénita.

Ante la anterior situación es preciso preguntarse si el personal médico está debidamente entrenado para atender este tipo de casos y poder detectar a tiempo posibles eventos que podrían llegar a complicaciones. La resolución 3280 de 2018 (54) contiene la ruta materno perinatal que maneja el personal médico en Colombia y es muy clara sobre como intervenir este tipo de casos; sin embargo, vemos dificultades en el proceso y en consecuencia la posibilidad de una instrucción al personal en lo referente a la atención de complicaciones, podría ser válida para este tipo de casos.

Finalmente resaltar algunas experiencias exitosas con relación a la atención en el servicio de urgencias donde los usuarios se sienten conformes con la atención dado que no tuvieron inconvenientes y los problemas de salud fueron resueltos en este servicio. Las situaciones anteriormente presentadas nos permiten apreciar que si bien es cierto muchas personas accedieron a los servicios sin inconvenientes, la gran mayoría de los usuarios tuvieron dificultades al ser negados los servicios de atención inicial de urgencias, en contraposición al decreto 866 de 2017 (57), que estipula la atención inicial de urgencias independiente del estatus migratorio.

Barreras de acceso a los servicios de salud: Se entiende por Barreras de acceso a toda situación física, administrativa, técnica o financiera que impide la atención integral de una persona en los servicios de salud ya sea por negación, dilatación o falta de prestación de un servicio de salud (63).

Para las mujeres migrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en el municipio, las barreras de acceso a servicios de salud en la ciudad de destino, tiene que ver con que el personal médico y paramédico de las instituciones desconocían los derechos e igualmente discriminaban a las usuarias por el hecho de ser venezolanas, no las atendían y vulneraban sus derechos manifestando que si requerían el servicio tenían que esperar hasta culminar la atención de los otros pacientes.

Otras barreras de acceso a los servicios de salud fueron las dificultades con la red de servicios de salud del municipio dado que existen IPS específicas para la atención contratadas por las EPS y que no es posible ubicarlas por parte de las usuarias lo cual limita las gestiones de las usuarias en cuanto a la consecución de citas médicas y búsqueda de instituciones de salud que no se referencian bien y los canales de comunicación como líneas telefónicas no son efectivos: *“Que me digan que no me pueden pasar la atención para Hierbabuena no importa, pero que me digan a donde me corresponde y ya, no importa, yo quiero que me digan a donde es y ya y que me den un número que me contesten; porque me dan este número y nunca contestan”*, manifiesta Liliana ante su impotencia por no tener claro el sitio de atención de su hija carnetizada por ser ciudadana colombiana (nació en el municipio de Ipiales).

En cuanto a la prestación de servicios en otras ciudades, las barreras de acceso tienen que ver con las experiencias negativas en los servicios de salud, dada la poca receptividad y la nula atención; es el caso de Katy, quien tuvo que salir de la ciudad donde estaba para trasladarse al sur de Colombia y así poder solventar su necesidad en salud relacionada con la atención de su embarazo: *“porque yo sentía como no nos ayudaban, por eso me vine de Medellín para acá, porque en Medellín no nos ayudaban, yo ya me estaba muriendo en Medellín y no quisieron atenderme en el servicio de urgencias”*.

Lo anterior es contraproducente dado que en los servicios de urgencias existe un mecanismo denominado Triage el cual es un “sistema de selección y clasificación de los pacientes en el servicio de urgencias basado en las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles” (64); así las cosas, la paciente en primer lugar tenía derecho a acudir a los servicios de urgencias de la institución y en segundo lugar debía ser clasificada por igual bajo este sistema con el resto de la población.

Finalmente, la restricción de citas en la IPS con solo una cita al mes, lo cual es desacertado dado que si requieren los usuarios más citas no podrían tomarlas y es un acto meramente administrativo de las instituciones, Diana manifiesta: *“Yo llamo al doctor para que me dé una cita y me dice que no que no se puede porque es una cita mensualmente, que si tanto me urgía que lleve a la niña al Hospital Civil o a urgencias.*

Yo le digo que no porque eso es exponer a mi hija que esta tan pequeña al Hospital donde hay tantos casos de COVID 19”.

Teniendo en cuenta el anterior testimonio, las precauciones tomadas por la usuaria en tiempos de pandemia obedecen a que en este período en el cual solicitó la atención para su hija, las estadísticas de la institución de salud de segundo nivel de atención (Hospital Civil de Ipiales), reportaba 76% de ocupación de cama UCI y una mortalidad de 98,9% por cada 100.000 habitantes (65), lo cual representaba un riesgo de contagio para ella y su hija. Por otra parte, las instituciones de salud establecen ciertas restricciones asociadas al número de citas por usuario, lo cual representa una barrera de acceso para la atención.

Gestión del riesgo para el acceso a la atención: La Política de Atención Integral en Salud PAIS, (66) establece la gestión integral del riesgo en salud (GIRS), como una estrategia transversal donde los agentes del sistema articulan con el fin de mejorar la salud, experiencia y costos de atención de los usuarios.

Para el caso particular del asegurador esta gestión del riesgo tiene que ver con un monitoreo de su población y otras acciones como tamización, caracterización, análisis del riesgo, seguimiento, con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad y/o el manejo integral de la enfermedad una vez se ha presentado; es así como la población afiliada está en contacto continuo con su EPS con el fin de identificar las necesidades en salud así como los riesgos derivados y en consecuencia realizar una intervención temprana.

Para las migrantes venezolanas no afiliadas la gestión integral del riesgo en salud para el acceso a la atención, se realiza por medio de las Organizaciones de Cooperación Internacional que ofertan servicios de salud y se apoyan en gestoras comunitarias para realizar el proceso; sin embargo hay una gran divergencia entre las acciones que realizan las organizaciones y el sistema de salud; esto dado que las primeras mantienen contacto estrecho con los usuarios mediante llamadas telefónicas donde orientan sobre las rutas de atención y citas médicas de acuerdo a cada necesidad, así lo relata Liliana: *“A mí nunca me ha llamado nadie de Emssanar, a mí los únicos que me han llamado más que todo es la OIM ellos son los que siempre me llamaban y que me llamó la gente de Acción contra el Hambre; ellos, pero del resto no”.*

Para el caso de las migrantes venezolanas que ya se encuentran afiliadas al sistema de salud y tuvieron experiencias previas con las organizaciones, refieren que el sistema no realiza este tipo de indicaciones y son ellas las que buscan las instituciones para poder acceder a los servicios. Cabe destacar que las principales instituciones que gestionan el riesgo de los usuarios son las EPS, la entidad territorial y otros sectores (educativo, protección, etc.) (67); sin embargo, durante las entrevistas solo se menciona a la empresa Mallamas como una de las instituciones que entra en contacto con sus usuarios para poder determinar el tipo de atención que necesitan dentro de las rutas de atención de promoción y mantenimiento de la salud.

Deberes y derechos de los usuarios: Mucha de la información que tienen los usuarios relativa a deberes y derechos en el sistema, la han adquirido durante la espera por atención en las instituciones de salud, sea de forma directa durante las charlas que realizan en las salas de espera o de forma indirecta mediante pendones y carteleros dispuestos en las instituciones. Muestra de ello son las publicaciones que reposan en los sitios de internet de las instituciones y que también se encuentran de manera física en la institución.⁶⁷ Los derechos que más conocen los usuarios son los siguientes: Derecho a ser atendidos, derecho a ser escuchado y no ser discriminado por su condición, derecho a que la enfermedad no sea divulgada, derecho a un trato amable, derecho a afiliación y a obtener información sobre la red de servicios que tiene la EPS en el municipio, derecho a que todas las contingencias en salud sean cubiertas y derecho a una atención inicial de urgencias.

Con respecto a los deberes, los que más reconocen los usuarios son los siguientes: Acudir a las citas médicas programadas y aportar la documentación requerida para la atención.

Trato humanizado: Con relación al trato humanizado, la usuaria Liliana refiere: *“Lo tuve allá, en el molino San Fernando. El doctor que me trató muy chévere, me trató muy bien, fue muy amable, no tuve ninguna dificultad; el doctor fue muy buena gente, porque recuerdo que me hospitalizaron un Sábado lo tuve el Domingo y ya el Lunes fui dada de alta. No tuve complicaciones en el parto y siempre cuando iba el doctor a revisarme cada vez más y a preguntarme si me sentía bien, estuvo siempre pendiente y del bebé también; sí, el bebé salió bien”*.

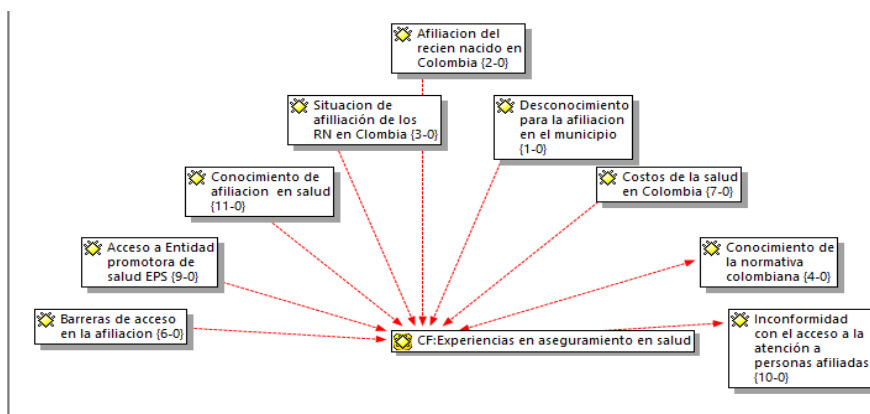
En otro contexto, Diana expresa: *“me trató muy feo y dije Ah bueno me voy, Usted no es mi papá para que me esté gritando... le dije yo y me fui”*. Teniendo en cuenta las anteriores experiencias respecto a la atención dada por el personal de salud de las instituciones, los tratos humanizados y dignos se deben dar en todos los contextos, es así como y de acuerdo a la política de calidad (68), la humanización en salud centra la atención en las personas y en consecuencia las instituciones deberán adoptar una política de humanización con miras al fortalecimiento del personal y las instituciones en el buen trato a sus usuarios, la no discriminación y atención a las necesidades inmediatas teniendo en cuenta la dignidad de los individuos. En contraste y teniendo en cuenta el último testimonio, evidenciamos falta de humanización así como discriminación lo cual se equipara con un estudio realizado en Chile en el cual también se reportan malos tratos por parte del personal de salud hacia las usuarias extranjeras (36).

5.2.4 Cuarto Momento. Experiencias en aseguramiento en salud: “La salud como un proceso que requiere la intervención del estado” El desarrollo de este cuarto momento en torno a las experiencias en aseguramiento en salud, es presentado

⁶⁷ En el portal web del Hospital Civil de Ipiales se encuentran publicados los derechos y deberes de los usuarios con acceso a cartillas para descargar con traducciones al inglés y al awa: <https://hospitalcivilese.gov.co/site/index.php/informacion-al-ciudadano/derechos-y-deberes>

mediante la gráfica inicial que contiene todas las categorías que fueron clasificadas mediante el programa Atlas ti; posterior a la gráfica se describe y analiza de manera sucinta cada una de las categorías presentes en la misma:

Gráfico 11. Familia experiencia en aseguramiento en salud de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes. UDENAR. Ipiales. 2020 – 2021



Fuente: Unidad hermenéutica Atlas ti, Familia “Experiencia en aseguramiento en salud”, 2021

Costos de la salud en Colombia asociados a la afiliación: Teniendo en cuenta la forma como se reparte el gasto en Colombia y a manera particular como el gasto en salud representa un 4,8 % del PBI⁶⁸, (61) los costos de la salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se encuentran financiados por recursos públicos a través del ADRES⁶⁹ que financia el plan de beneficios por medio de una unidad de pago per capita (UPC), que puede ser girada a las EPS, IPS o como gasto directo.

En ese orden de ideas todos los usuarios que se encuentran en el territorio nacional deben estar afiliados a una EPS, con el fin de que esta entidad asegure el riesgo en salud de las personas, en otras palabras, las personas que no se encuentren afiliadas no podrán hacer uso de los servicios del sistema. Es el caso de las mujeres migrantes venezolanas gestantes y lactantes, quienes para el momento de la entrevista no se encontraban afiliadas al sistema y consideran que el costo de las atenciones es muy elevado, así lo refiere Kelly: *“Hoy fui a hacerme la ecografía de detalle anatómico, cuesta 250 mil pesos, dinero que yo no tengo en realidad”* y algunas veces deben sacar de su propio dinero para hacerse los exámenes y demás, así como comprar medicamentos de pacientes crónicos para poder solventar esa necesidad en salud: *“todas las ecografía me las hicieron, la única que me hice paga fue en Medimas, que era para saber el sexo del bebé, porque ya tenía 7 meses y no se veía el sexo”*.

⁶⁸ Producto Interno Bruto: Valor de mercado de todos los bienes y servicios finales producidos en una nación durante un período, generalmente de un año.

⁶⁹ Administradora de recursos del sistema general de seguridad social en salud

Sin embargo y gracias a las Organizaciones Internacionales ese gasto es solventado por estas entidades principalmente para servicios de baja y mediana complejidad que no incluyan cirugías o procedimiento de alto costo, para estos últimos las entidades municipales y departamentales de nivel uno y dos en su orden serán quienes se hagan cargo de ese gasto en salud, dependiendo de cada caso y en consecuencia buscando como fin último la afiliación para la cobertura total de estas contingencias.

Conocimiento de afiliación en salud: A través de la ley 100 de 1993 (60) se crea el SGSSS, el cual establece la garantía de los derechos para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana y que las contingencias que lo afecten sean protegidas por el estado a través de la cobertura de las prestaciones de salud, económica y sociales por medio de un servicio público prestado mediante principios de eficiencia, solidaridad integralidad, unidad y participación. Es así como dentro de esta ley existe un capítulo destinado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual es descrito como un servicio público a cargo del estado, que debe crear las condiciones de acceso de toda la población en los diferentes niveles de atención e independiente de la capacidad de pago.

De acuerdo a los testimonios de las usuarias quienes enumeran a las Organizaciones Internacionales como entidades para su afiliación y hay quienes aseguran que este derecho solo lo pueden obtener quienes sean colombianos, Katy relata: *“yo tengo claro que afilian a los que son colombianos, cierto, no venezolanos”*. A partir de esta información, se evidencia el bajo conocimiento acerca del sistema de salud colombiano por parte de las mujeres migrantes venezolanas gestantes y lactantes, quienes se remiten únicamente a conocer el sistema por medio de la afiliación a EPS, afiliación como derecho cuando una persona nace en Colombia, asociada a continuidad de las atenciones desde OIM hasta atenciones con afiliación a salud, conocimiento de requisitos como SISBEN, documentos para afiliación y bajo conocimiento de la red de servicios la cual es dada a conocer a los usuarios al momento de formar parte del sistema y/o cuando requieren servicios de salud y desconocimiento de la afiliación de la población venezolana con permanencia en el territorio que cumple con los requisitos para afiliación según decreto 064 de 2021.

Afiliación y situación del recién nacido en Colombia: Con respecto a las experiencias de las mujeres migrantes venezolanas lactantes que tuvieron sus hijos e hijas en las instituciones de salud del municipio, en primer lugar refieren que sentían temor por el hecho de no obtener una nacionalidad y en ese sentido que sus hijos puedan tornarse en niños apátridas, que se define como: “una persona que no es considerada como nacional por ningún estado o no tiene la nacionalidad de ningún país”⁷⁰ (69), esto trae como consecuencia la no garantía de los derechos fundamentales como una identidad, salud, estudio, trabajo, prestamos, el matrimonio y expedición de certificados incluido el de defunción e incluso puede llegar a casos tan extremos como transmitir esa apatridia a sus futuras generaciones; actualmente, las mujeres radicadas en el municipio, se sienten

⁷⁰ UNHCR ACNUR. Que es la apatridia. [Internet] 2021. p. <https://www.unhcr.org/ibelong/es/que-es-la-apatridia/>

esperanzadas porque los niños y niñas van a tener una nacionalidad de acuerdo a las nuevas estipulaciones en Colombia. Al respecto, Liliana refiere: *“Fue bueno, una experiencia muy bonita porque nunca pensé que lo iba a tener aquí pues, sin embargo, yo antes de tenerlo yo pensaba regresarme a Venezuela por el problema de que en ese momento en ese tiempo estaba que los bebés que nacieron acá no tenían derecho a una nacionalidad entonces yo y mi esposo nos pusimos a pensar en eso”*.

Una vez resuelta la nacionalidad del niño o niña, las autoridades del nivel nacional emiten el decreto 064 de 2021 (47), que promulga: “la afiliación de recién nacido y de sus padres no afiliados: Cuando los padres del recién nacido no se encuentren afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud o se encuentren con novedad de terminación de inscripción en la EPS, el prestador de servicios de salud, en la fecha de su nacimiento procederá conforme a lo siguiente: afiliación al régimen contributivo y/o subsidiado según corresponda”⁷¹; En consecuencia se están garantizando dos derechos fundamentales de los niños y las niñas la nacionalidad y el derecho a la salud.

La afiliación se logra, mediante el sistema transaccional. Las EPS, IPS y la entidad territorial procederán a afiliar a los recién nacidos en Colombia hijos de padres venezolanos independiente del estatus migratorio de los padres y de otros requisitos como registro civil y SISBEN, para los cuales los padres tendrán un plazo de 3 meses para allegarlos a la EPS a la que fue afiliado el o la menor.

Las mujeres que han tenido que llevar a cabo el proceso, miran la afiliación de los niños y niñas nacidos en Colombia como un derecho, lo cual las impulsa a buscar oportunidades para sus hijos y sobre todo el cumplimiento de la afiliación como preámbulo a la adquisición de servicios de salud por parte del infante en el municipio, Damaris⁷² reconoce lo siguiente: *“Como le digo es como un derecho que él tiene ser afiliado, a un recién nacido si nació en el territorio colombiano y es un derecho que el recién nacido tiene eventualmente y pues por lo general va a necesitar muchos cuidados que crecimiento y desarrollo, qué vacunas, entonces no puede quedar desprotegido del sistema”*

En ese orden de ideas y luego de que los niños y niñas cuentan con afiliación a salud, las Organizaciones Internacionales que atienden a la población a través de sus convenios con las entidades de salud, dejan de atenderlos. Esta decisión obedece al hecho de encontrarse afiliados al sistema de salud colombiano y en consecuencia la afiliación es garantía de la atención integral del infante por parte de las instituciones de salud del municipio; por lo tanto las organizaciones se enfocan en la atención a la población sin afiliación, la cual sería la única forma de acceder para las y los migrantes en tránsito o con vocación de permanencia estos últimos que no se encuentran regulares en el municipio y en consecuencia no disponen de afiliación y se dificulta el acceso a los servicios ofertados en las instituciones; esta dificultad, denota un creciente desafío en

⁷¹ Ministerio de salud y de protección social. Decreto 064. Bogotá; 2020. p. 7.

⁷² Nombre cambiado para proteger la identidad de la usuaria y acorde al principio de confidencialidad según resolución 8430 de 1993.

salud pública para las comunidades de acogida, dado que genera la no atención y en consecuencia la complicación de algunas contingencias, generando un gasto adicional en el sistema.

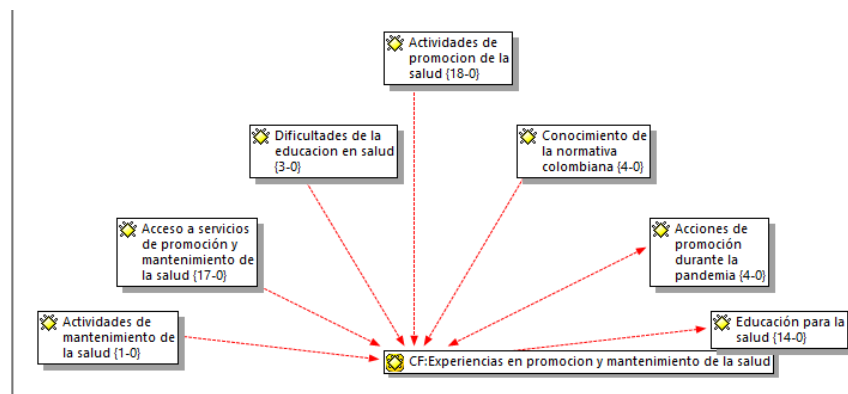
Algo muy importante que se reporta en las experiencias de las mujeres que realizaron los trámites de afiliación de sus niños y niñas, es la desinformación de las EPS al negar la afiliación de un recién nacido aduciendo que es hijo de padres venezolanos. Las mujeres recorrían todas las oficinas de las EPS existentes en el territorio encontrando siempre negativas para la afiliación a pesar de contar con los requisitos para la misma; esto como consecuencia de que antes de la vigencia 2021, el registro civil no era válido por tener características de apatridia, las cuales se evidenciaban en el documento el cual llevaba una nota: “No valido para nacionalidad”. Todas estas negativas llevaban a las mujeres a la apelación a instancias del orden municipal como la Secretaria de Salud para que esta entidad haga incidencia para que la EPS procediera a la afiliación de los recién nacidos a los cuales se les estaba negando este derecho.

La información hacia los actores del sistema, servirá para generar mayor conocimiento para que las EPS garanticen el derecho a la afiliación a salud de los recién nacidos. La sentencia T-178/19 (70), resuelve el derecho del acceso al sistema de salud de niños y niñas recién nacidos de padres migrantes en situación irregular, estableciendo el derecho a un menor al cual le fue negada la afiliación y que para ese entonces se podía acceder al derecho mediante tutela. A partir de 2021 el derecho a la afiliación de recién nacidos hijos de migrantes venezolanos en Colombia está configurado en el decreto 064 de 2021.

Cabe destacar que el Minsalud realiza actualizaciones continuas de los actores del sistema con el fin de que se mantengan al día en la normativa que rige para la población migrante en la nación; sin embargo, el desconocimiento de algunos funcionarios, así como algunas condiciones aun preexistentes de estigma, hacen que se niegue este derecho tan importante para proteger la salud de la población migrante venezolana en especial de sus mujeres, niños y niñas.

5.2.5 Quinto Momento. Experiencias en torno a los servicios de promoción y mantenimiento de la salud “Un reto hacia el camino de la prevención y el autocuidado” El desarrollo de este quinto momento en torno a las experiencias en los servicios de promoción y mantenimiento de la salud, es presentado mediante la gráfica inicial que contiene todas las categorías que fueron clasificadas mediante el programa Atlas ti; posterior a la gráfica se describe y analiza de manera sucinta cada una de las categorías presentes en la misma:

Gráfico 12. Familia experiencia en promoción y mantenimiento de la salud de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes. UDENAR. Iphiales. 2020 – 2021



Fuente: Unidad hermenéutica Atlas ti, Familia “Experiencia en promoción y mantenimiento de la salud”, 2021

Según la resolución 3280 del año 2018 las acciones de promoción y mantenimiento de la salud se establecen a partir de rutas integrales que se ejecutaran en los diferentes territorios, adaptando las mismas a los contextos con enfoque diferencial y garantizando las intervenciones en su totalidad y de manera integral a la población, con personal idóneo, con miras a promocionar la salud, prevenir la enfermedad y generar una cultura del cuidado para las personas, familia y comunidades, teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el estado. (54)

Dentro de las acciones realizadas con la población migrante venezolana radicada en el municipio y en especial con mujeres gestantes y lactantes, las intervenciones relacionadas con la aplicación de la resolución 3280 del año 2018, se garantizan de manera integral y son ofertadas y ejecutadas por las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios respectivamente, así como la atención realizada por las Organizaciones de Cooperación Internacional mediante convenios con instituciones de salud del territorio.

Cabe resaltar que dentro de la población existe la confusión de términos y que estos son nuevos para ellos, llegando a comparar las promociones como algo de tipo comercial buscando similitud como algo que se oferta igual que en los supermercados, como lo relata la gestante Miriam: *“paquetes de odontología o exámenes o cosas así, bueno como tal día está la promoción de que te vea el médico general el odontólogo o el psicólogo, así lo entiendo yo como promoción como que le suena promoción como 3 por 1”*.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo a la experiencia de las mujeres en este tipo de intervenciones en el sistema de salud colombiano, los aspectos a destacar son los siguientes:

Acceso a servicios de promoción y mantenimiento de la salud: Durante la travesía que supone el hecho de ser migrante y transitar por un país desconocido y establecerse en el mismo, suscitan grandes eventos de interés. Uno trascendental para la vida de las mujeres gestantes y lactantes implica las atenciones en salud.

Inicialmente las mujeres solicitan atenciones por urgencias, posteriormente y a medida que conocen el territorio esta oferta se amplía a las atenciones de morbilidad que suelen presentarse en las mujeres que se encuentran en gestación y lactancia y finalmente el acceso se inclina hacia esos servicios que implican el hecho de cuidar su salud y evitar la enfermedad a través de atenciones puntuales relacionadas con una identificación temprana de situaciones que podían llevarlas a una enfermedad activa, complicaciones e incluso la muerte y por otra parte acciones que implican una protección de la salud.

En el territorio las mujeres migrantes venezolanas gestantes y lactantes, identificaron algunas instituciones como la Cruz Roja que oferta servicios de planificación, vacunación, odontología etc.; otras mujeres realizaron gestión de atenciones de prevención de la enfermedad como la citología como medio para detectar tempranamente alteraciones y finalmente identificación de controles, jornadas de vacunación, otras acciones como control del adulto joven, cursos de preparación para la maternidad y paternidad responsable, como acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Todas estas atenciones están normadas por la resolución 3280 del año 2018 (54), en la cual se establecen intervenciones individuales, colectivas y para la comunidad; a continuación, se da mayor detalle de las dos primeras por ser las que más se ofertan y realizan a la población en mención.

Las intervenciones individuales para prevenir la enfermedad son un conjunto de acciones que se realizan por curso de vida y tienen como objetivo el detectar de manera temprana la enfermedad, acciones puntuales para prevenir la enfermedad en los individuos, la protección específica y la educación para la salud; al respecto, Diana relata: *“Si como le digo cuando el bebé tenía 3 días accedí a la primera vacuna, me llamaron me dijeron que tenía que ir por la mañana para que el bebé accediera a la primera vacuna de recién nacido”*

Las intervenciones colectivas, se realizan en la comunidad para promocionar el autocuidado y la salud de las personas, así como para identificar el riesgo, gestionarlo y direccionarlo hacia una atención oportuna y efectiva, de acuerdo a las necesidades del territorio y realizados con la mejor evidencia disponible para el logro de resultados positivos y la introducción paulatina de hábitos de vida saludable que le permita a la comunidad mantenerse sanos y evitar la enfermedad. Al respecto, Esperanza⁷³ reporta: *“Si, el curso que estábamos haciendo, también lo del embarazo, sobre lo de la maternidad y hasta el momento he hecho hasta ahí ese curso, del resto ninguno, así no”.*

⁷³ Nombre cambiado para proteger la identidad de la usuaria y acorde al principio de confidencialidad según resolución 8430 de 1993.

Estos dos tipos de intervenciones se dan en todos los ciclos de vida de las personas con talento humano idóneo, atención integral, rutas de atención establecidas, servicios contratados en las instituciones de salud y acciones de protección específica, detección temprana y educación para la salud. Algunas de las maneras que tienen las mujeres gestantes y lactantes para enterarse de estos servicios, son las redes de apoyo que funcionan en el territorio, las cuales se basan en grupos de WhatsApp que se usan para informar a los usuarios sobre actividades educativas, así como acciones de atención en salud.

Otras acciones por las cuales las usuarias se enteraron de las atenciones y que son realizadas por parte de las EPSs para acceder a los servicios de las instituciones de salud son las llamadas telefónicas realizadas a sus afiliados con el fin de realizar demanda inducida⁷⁴ a los servicios de salud contratados por las mismas y para los cuales se establecen metas de cumplimiento y de esta manera identificar precozmente alteraciones en salud y mantener la salud de sus afiliados. Miriam gestante carnetizada en el municipio manifiesta lo siguiente: *“La muchacha cuando me llamo de Mallamas, ella me comento que cuando me acercara allá me iba a explicar una de las promociones que había allí”*.

Educación para la salud y sus dificultades: Este proceso se desarrolló en su mayoría a partir de convocatorias realizadas por las organizaciones y fundaciones presentes en el territorio⁷⁵ las cuales ofertaban talleres comunitarios principalmente para la gestante, así como para otros grupos poblacionales asociados a jóvenes, mujeres, lactantes etc. En estos talleres se realizaba orientación principalmente relacionados con lactancia materna, cuidados del bebe, acceso a servicios de salud.

Otras instituciones que realizaban educación continua son las instituciones de primer y segundo nivel de complejidad del municipio, dichas actividades educativas se realizaban en todos los contextos de atención en salud: comunidad, salas de espera, pero a menor escala para la población migrante.

Un aspecto a destacar, es la realización de los cursos de maternidad y paternidad responsable los cuales eran ofertados por algunas organizaciones presentes en el municipio; las usuarias relatan que los talleres sirvieron para aprender sobre los cuidados de la madre y el niño; es el caso de Diana: *“yo fui a todos esos cursos, yo fui porque allí dan toda la información necesaria como tenías que ponerla, como tenías que acostarla y yo agradecida”*. Esta actividad es de suma importancia dado que es una actividad que está dentro de la ruta de atención materno perinatal (54) y su objetivo es el desarrollo de capacidades en las mujeres y sus familias con el fin de que se empoderen sobre su cuidado y el de sus hijos y de esta manera puedan disminuir el riesgo de enfermar o morir y puedan vivir la maternidad y paternidad de una manera positiva.

⁷⁴ Acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimiento e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

⁷⁵ Las organizaciones que ofrecen este tipo de intervención son: PROINCO, OIM, IRC, UNICEF, PMA, Cruz Roja Colombiana.

De acuerdo al relato de la usuaria podemos ver que estas acciones se tornan positivas para las mujeres gestantes, aprendiendo sobre cuidados básicos durante la gestación el parto y el puerperio. Cabe resaltar el hecho de que muy pocas gestantes realizaron el curso de gestantes en la IPS, la mayoría lo hicieron con Organizaciones de Cooperación Internacional, esto se debe a la falta de afiliación y/o estatus migratorio irregular de las usuarias.

La mayoría de gestantes enfatizaron en que la mejor orientación o la que más les llamó la atención fue la orientación relacionada con la lactancia materna y alimentación complementaria, esto dado que la mayoría de ellas no frecuentan dar el seno a sus bebés por mucho tiempo por razones estéticas es el caso de Diana quien refiere: *“Yo aquí fue que me enteré de los cursos e hice como 4 cursos, los hice en la casa Pastoral los hice con OIM, ¡¡también unos que estaban haciendo en un colegio por allá arriba hice varios cursos...!!! entonces ahí es como que te vas empapando. Porque yo decía: No, dar seno no, porque los senos se me van a caer y entonces entendí que esa primera leche es la más importante para tu bebé y fueron seis meses de lactancia exclusiva como tiene que ser”*.

Dentro de sus testimonios también incluyeron acciones de educación individual⁷⁶ realizadas al momento de la consulta donde recibieron instrucción sobre tratamientos de enfermedades crónicas como la diabetes, así como ellas mismas se volvieron replicadoras de la información al explicar a sus connacionales situaciones como la atención por urgencias, como es en el sistema de salud colombiano y cuando una persona puede acudir a las instituciones por una urgencia.

Finalmente, en cuanto a las dificultades con la educación se destacaron las siguientes: los expositores hablaban muy rápido y no dejaban entender la información que entregaban, la falta de información sobre los cursos hizo que muchas mujeres no se enteraran y por ende no los tomaran y la falta de inclusión de comunidad de acogida vulnerable que también requiere del servicio.

Acciones de promoción y prevención durante la pandemia: Las acciones educativas durante la pandemia fueron un reto para las mujeres migrantes venezolanas gestantes y lactantes, dado que muchas de ellas no disponían de conectividad para las sesiones virtuales a las cuales eran convocadas por las diferentes organizaciones; sin embargo, algunas de ellas pudieron gestionar servicios de internet y demás para poder conectarse y adquirir conocimientos de manera virtual.

Las mujeres que pudieron conectarse a internet, destacan que la educación sobre la pandemia las empodera en el cuidado de su salud y las responsabiliza de la misma. Por otra parte, las atenciones en salud también tuvieron grandes cambios, dado que el equipo

⁷⁶ Se realiza según los hallazgos necesidades e inquietudes generados durante la consulta médica, de enfermería, odontología, nutrición, psicología etc., donde se establecerán los contenidos de conforme a las directrices de educación para la salud.

de salud asistía a las casas de los usuarios y realizaba atenciones en cuanto a programas de protección específica y detección temprana, así como educación individual y grupal a las mujeres y sus familias. Elena⁷⁷ manifiesta: *“al control si, nosotros llamamos a una señora y nos vino a vacunar a la bebé aquí en la casa sin necesidad de nosotros salir. Esa señora con nosotros ha sido muy chévere, hay otras que dicen, no, que esa señora no, bueno conmigo ha sido bien”*.

Otros aspectos a destacar durante la pandemia por parte de las mujeres entrevistadas, son las acciones de promoción de la salud mediante talleres virtuales y posteriormente presenciales continuos donde se educaba con respecto a la prevención del contagio por COVID 19 a través de diferentes metodologías que incluían temas como: el lavado de manos, uso correcto del tapabocas, higienización con alcohol glicerinado y distanciamiento físico; así lo relata Miriam: *“sabemos que es mejor estarnos en la casa y cuidarnos del COVID 19 pero sí pero uno ya está bien por ejemplo yo en mi embarazo está todo bien”*.

Finalmente, gracias a la divulgación de las rutas de atención principalmente de atención en caso de sospecha de COVID 19 por parte de las organizaciones, las usuarias pudieron acceder a tomas de pruebas y otros procedimientos para el mantenimiento de su salud y el diagnóstico oportuno de esta enfermedad así lo manifiesta Diana: *“también me hice el de COVID 19, hay no que cosa tan maluca pero también me lo hicieron ellos con Médicos del Mundo en una jornada que hubo”*

5.3 CAPÍTULO 3. ¿EXISTE CORRESPONDENCIA ENTRE EL DERECHO A LA SALUD Y LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES VENEZOLANAS GESTANTES Y LACTANTES EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO?

Dentro de la constitución política de Colombia (71) en sus artículos 48 y 49, establece la salud como un servicio a cargo del estado a quien le compete organizar, dirigir, reglamentar la prestación de servicios de salud. Igualmente, dentro de la ley 100 del 93 (60) se establecen las condiciones para el acceso al SGSSS, a partir de entidades que regulan el servicio, así como del cumplimiento de reglas del servicio público de salud.

Posterior a estos documentos que establecen una atención en salud de la población en el territorio nacional y a partir del hecho de que esta es un servicio público; la Ley Estatutaria 1751 de 2015, establece la salud como un derecho fundamental en el territorio, la cual lo regula, ofreciendo garantía y mecanismos de protección; definiendo “el derecho fundamental de la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo” (72) A partir de este momento la salud es exigible en el territorio *per se* y no mediante la vía del derecho a la vida como se tutelaba antes de la puesta en vigor de la Ley Estatutaria.

⁷⁷ Nombre cambiado para proteger la identidad de la usuaria y acorde al principio de confidencialidad según resolución 8430 de 1993.

Dentro de los avances en materia de salud para Colombia existe un antes y un después trazado por la Ley Estatutaria, hecho que implica avances en el territorio respecto a condiciones de equidad, acceso, calidad y garantía de la atención en salud para los habitantes del territorio colombiano, lo cual implica mayores oportunidades para los usuarios que acceden a los servicios de salud independiente de su estatus migratorio y para lo cual estos últimos pueden acogerse mediante la figura de tutela para poder acceder al derecho fundamental de la salud. Existen varios casos en los cuales los inmigrantes venezolanos en el territorio han exigido el cumplimiento de este derecho vía tutela.

Otras acciones en materia de acceso a salud de la población inmigrante venezolana en el municipio de Ipiales, resultan igualmente de los grandes avances teniendo en cuenta los últimos acontecimientos migratorios y el contexto tan fluctuante en el territorio, es así como para la población inmigrante que se encuentra en Colombia, el decreto 064 de 2021 es clave para garantizar el acceso a partir de la afiliación de acuerdo a unos requisitos mínimos. El derecho a la salud entonces, se trata de un derecho fundamental que está regido por varios decretos en Colombia, como se trataron anteriormente y que son específicos para la población inmigrante y que la normativa preexistente los complementa y en consecuencia se debe garantizar a la población migrante venezolana dentro del territorio.

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en los servicios de salud en el municipio, podemos afirmar que estas experiencias en torno a la garantía del derecho a la salud se suscitaron en los diferentes contextos en los cuales tuvieron acercamientos al derecho; para ello, es importante describir de manera detallada estos contextos:

5.3.1. Garantía del derecho a la salud en la ciudad de destino: “Una ciudad incipiente en la atención al migrante”: La ciudad de Ipiales por ser zona de frontera presenta diversidad de población que llegan en busca de un sustento para sus familias. A esta población se agrega la comunidad migrante venezolana que, dado el fenómeno migratorio y la crisis política y social de Venezuela, se han visto en la necesidad de salir de su país y establecerse en un municipio cuyas características lo hacen diferente de las demás regiones del país. Por tanto, es para la población migrante venezolana un reto enfrentar las diferentes dificultades al ingreso a la ciudad.

El derecho en salud de los residentes es ejercido por medio de la afiliación, no obstante, para los usuarios que se asientan en este territorio, no existe garantía de este derecho, debido a los requisitos que deben anticipar para su atención. Estos requisitos tienen relación principalmente con un documento regular, con el cual puedan afiliarse a salud; esto y agregando la falta de experiencia de la ciudad en materia de garantía de derechos a la población migrante, hacen que las usuarias casi siempre tengan barreras de acceso en la atención en salud.

5.3.2 Garantía del derecho a la salud de acuerdo al estatus migratorio de las usuarias “El derecho a la salud en estrecha relación con la condición migratoria”: El estatus migratorio se define como una condición otorgada a las personas extranjeras

en razón de su ingreso y/o permanencia en el territorio nacional de acuerdo a sus intenciones de turismo, residencia temporal o permanente (73). El sistema de salud colombiano tiene características asociadas a la afiliación en salud como garantía del derecho, esto hace que las usuarias en su mayoría hayan experimentado una dificultad en el acceso sobre todo si presentan un estatus migratorio irregular; en consecuencia, regularizar la situación migratoria es fundamental para el cumplimiento del derecho a la salud e igualmente porque las leyes alrededor del fenómeno migratorio en Colombia se encuentran dadas para la población regular.

Tenemos entonces que para que una mujer migrante venezolana acceda a los servicios de salud en Colombia debe estar carnetizada. Este proceso es complicado en usuarias que tienen un estatus migratorio irregular en consecuencia y a través de varios mecanismos como la regularización a través del PEP, salvoconducto, pasaporte varias mujeres migrantes han tenido acceso a la afiliación; sin embargo, un gran porcentaje de mujeres que actualmente se encuentran en período de gestación y/o lactancia no poseen los mecanismos para el acceso a estos derechos en el territorio puesto que la documentación que presentan no es válida para su regularización. Actualmente se dispone de un nuevo mecanismo el ETPV, el cual beneficia a la gran mayoría de migrantes venezolanos que se encuentren en territorio colombiano a 31 de Enero de 2021 de manera regular o irregular y que puedan allegar documentación válida y/o pruebas sumarias y de esta manera accedan a la regularización y dar inicio al proceso de afiliación en salud.

5.3.3 Garantía del derecho a través del aseguramiento al SGSSS: “Opiniones y expectativas de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes frente a la afiliación” El aseguramiento en salud es un derecho dentro del territorio colombiano que es inherente e irrenunciable. Para la población en general el decreto 2353 de 2015 (74), define la afiliación como: “Es el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del registro en el sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud”⁷⁸, a partir de ahí se establecen los mecanismos para la afiliación de la población que cumpla con los requisitos para la misma.

Para la población migrante venezolana especialmente para las mujeres gestantes y lactantes, las organizaciones tienen un especial atributo dado que funcionan como entidades de afiliación equiparando la atención de estas con las IPSs primarias en el territorio, aseverando que las primeras son más efectivas. Esa efectividad a que las mujeres se refieren tiene que ver con los procesos que emplean dichas organizaciones para la atención, ya sea por medio de convenios con instituciones en el territorio y/o con equipos propios de atención en salud lo cual hace más eficiente la atención, acorta los procesos y evita la tramitología; hecho que no es posible con la afiliación en salud debido a los procesos administrativos que se generan cuando una persona está afiliada al sistema, esto como lo habíamos mencionado anteriormente teniendo en cuenta que el

⁷⁸ Ministerio de salud y protección social. Decreto 2353 de 2015. 2015. p. 4.

sistema es entre otras cosas financiero y por ende sujeto de control por parte de las entidades que determinan la pertinencia de las atenciones. Este proceso alarga los tramites y genera confusión con las personas que ya han sido atendidas por convenios de las organizaciones con instituciones de salud.

A manera particular, para la población inmigrante venezolana encontramos el decreto 064 (47) que establece la afiliación al sistema de afiliación transaccional (SAT)⁷⁹ para aquellos inmigrantes que cumplan con los requisitos de afiliación, así como también establece requisitos específicos para recién nacidos que nazcan en el territorio colombiano y para lo cual las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen el deber de ingresarlos al SAT.

En cuanto a las experiencias de una gestante en el municipio de Ipiales queda claro que, ella mira la afiliación como un derecho y la puerta de entrada a las atenciones en salud y en su experiencia las atenciones preventivas, Damaris manifiesta: *“Como le digo, es como un derecho que él tiene ser afiliado, si nació en el territorio colombiano y es un derecho que el recién nacido tiene eventualmente y pues por lo menos por lo general va a necesitar muchos cuidados que crecimiento y desarrollo que vacunas, entonces no puede quedar desprotegido del sistema”*.

En otro caso, la lactante manifiesta: *“Le digo a la muchacha: ¿y si yo no quiero sacar el carnet? le dije; me dice, no se puede porque es un requisito, es algo que a ella le pertenece es un derecho y estaría vulnerando ese derecho”*. Es el comentario de Liliana ante la alternativa de poder afiliar a su recién nacida al sistema, esto dado que ella manifiesta que en cuanto obtuvo su carnet de salud, tuvo más dificultades con la atención; ella llega a la conclusión de que es más rápido y efectivo sin tanta tramitología el servicio que prestan las organizaciones internacionales, ya sea directamente con equipos multidisciplinarios capacitados para la atención en salud o a través de convenios con instituciones de salud habilitadas para la atención; sin embargo, el hecho de que su hija haya nacido en territorio colombiano, automáticamente la hace beneficiaria de una afiliación en salud y a la vez la faculta para recibir la atención dentro del sistema con los pormenores que esto conlleva en cuanto a trámites ante instituciones como EPS o IPS y que en torno a las atenciones de los cooperantes presentan gran divergencia dado que estas últimas funcionan de una manera diferente.

Diana, manifiesta lo siguiente: *“Yo me referiría aquí en Colombia en la salud que es como un negocio que un derecho como tal; en Venezuela es un derecho gratuito y aquí si no tienes un IPS o EPS o sea no tienes salud y creo que no debería ser así ni para nosotros ni para los propios colombianos, porque aquí hay muchas personas que están en pobreza”* A partir de este testimonio deja claro su percepción frente al sistema, dado que la compara con la de su país natal y logra establecer una diferencia significativa relacionada con la financiación de este derecho en Colombia.

⁷⁹ Conjunto de procesos, procedimientos e instrumentos de orden técnico y administrativo para registrar y consultar los datos de información básica y complementaria de los afiliados al sistema.

Ante esta afirmación, podemos decir que el máximo ente rector de la financiación en salud es el ADRESS⁸⁰, entidad que recauda y regula el flujo de los recursos del sistema y a través del cual se gestiona el gasto en salud, así como la información de los usuarios con el fin de ejecutar el gasto ya sea a través de giros a entidades como EPS o IPS o a través de gastos directos en tecnologías en salud etc. Con esta información es preciso destacar que el recurso es finito y que las entidades cuentan con un sinnúmero de mecanismos para regular ese gasto y en esa medida favorecer a todos los usuarios del sistema; en consecuencia, los servicios se prestan en igualdad de condiciones pero con restricciones asociadas a autorizaciones para servicios así como cobros de copagos y/o cuotas moderadoras de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios, cuyo fin último es gestionar el riesgo pero a la vez regular el gasto en salud. A la usuaria le es imposible no comparar este sistema con el de su país; sin embargo, cabe destacar que el sistema es financieramente autosostenible y como tal una de sus mayores funciones es la regulación y austeridad de sus recursos.

De acuerdo a los casos expuestos anteriormente podemos decir que las experiencias de las mujeres gestantes y lactantes en el ejercicio del derecho a la salud en el municipio de Ipiales, específicamente en el acceso a la afiliación como derecho y puerta de entrada a las atenciones en Colombia, son concordantes teniendo en cuenta que para todos los casos el derecho se hace efectivo a través de la normativa establecida para la población inmigrante venezolana a nivel del territorio. Sin embargo, hay un descontento en la manera como se maneja el sistema dado que el hecho de estar afiliado no les garantiza una atención pronta y efectiva y en consecuencia se presentan varias dificultades en cuanto al acceso como podemos verlo en el siguiente apartado.

5.3.4 Garantía del derecho a través del acceso y la atención en el sistema de salud:

La gestante Miriam realiza las siguientes afirmaciones respecto del acceso y las atenciones en salud en las instituciones prestadoras de servicios: *“Después con mi embarazo fue que pude acudir a un centro de salud, pues los beneficios y los derechos que tenemos nosotros como venezolanos para que nos presten todos los servicios que aquí ofrecen”*

“Qué le falta mucho por saber porque tenemos nuestros derechos y deberes pues estamos en la obligación de acudir que seamos atendidos porque somos seres humanos igual que los colombianos que los ecuatorianos”

Kelly manifiesta: *“En mi caso casi 7 meses de embarazo, llevo nada más 2 ecografías, con la que me hice hoy. La primera ecografía fue para verificar si era o no era que fue cuando tenía 2 meses, de todo este tiempo imagínese del tiempo que me toco esperar para hacerme la ecografía de detalle anatómico, que se la hacía en las primeras semanas y esa ni me la hicieron y yo tuve que costear eso”*

Se puede afirmar que las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes conocen sus derechos en salud dentro del territorio, sin embargo no existe

⁸⁰ Administradora de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

correspondencia entre las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en torno al acceso a los servicios de salud dado que hay grandes dificultades de acceso que se ven afectadas por el hecho de la nacionalidad, la falta de afiliación a salud, el desconocimiento de las instituciones sobre los derechos y normativa de la población inmigrante en el territorio, el desconocimiento del personal de salud así como el estigma hacia los nacionales venezolanos y la falta de conocimiento y baja percepción del riesgo por parte de las inmigrantes venezolanas que hace que se dificulte el acceso y en otros escenarios se niegue la atención.

6. CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se pudo evidenciar que las mujeres inmigrantes venezolanas lactantes y/o gestantes entrevistadas en este trabajo, se encontraban entre las edades de 17 a 24 años, en su mayoría en unión libre, con un nivel educativo de secundaria, que al instalarse en el municipio de Ipiales en su mayoría viven en cuartos arrendados y no trabajan por encontrarse en período de gestación o lactancia, en consecuencia es difícil acceder a un trabajo que en la mayoría de las veces es informal. En cuanto a sus condiciones en el territorio la mayoría refieren ingresos económicos muy por debajo del mínimo legal para Colombia, situación migratoria irregular y no afiliación al sistema de salud colombiano.
2. Dentro de las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el proceso de acceso a los servicios de salud en la ciudad de Ipiales, se destaca lo siguiente:
 - Iniciar una nueva vida en un territorio desconocido no es fácil, máximo si eso conlleva traer una nueva vida a este mundo; es por ello que durante su estancia en el municipio las mujeres no pueden evitar realizar el comparativo entre su país y Colombia estableciendo que si bien es cierto es difícil acceder a los servicios de salud en el municipio, lo es aún más en su ciudad de origen dados los altos costos de las atenciones e insumos médicos, debido al colapso del sistema de salud en ese país.
 - Las ayudas humanitarias presentes en el territorio a través de la oferta de Organizaciones Internacionales, ha sido esencial para la subsistencia de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes, dado que las ha apoyado con las atenciones esenciales en salud para mejorar su calidad de vida, reducir indicadores en salud pública y generar el empoderamiento femenino en cuanto a la decisión de procrear.
 - Se describen así mismas como “ilegales” y con dificultades en el acceso a los servicios de salud en otros territorios, pero creen que las ayudas en el municipio han sido suficientes para suplir sus necesidades en salud a pesar de no contar con un estatus migratorio regular y en consecuencia no poder acceder al sistema de salud colombiano.
 - La atención en salud ha sido limitada, esto dada la estructura del sistema de salud colombiano, donde la afiliación es un requisito importante para una atención integral, aún más cuando hay condiciones de salud específicas para ser atendidas y estas requieren de seguimientos periódicos para garantizar el bienestar de las

- usuarias. Destacan la colaboración de las organizaciones pero limitada a los servicios contratados por las mismas, donde se deja de atender alto costo, cirugías, hospitalizaciones, lo cual es cubierto por las entidades territoriales, pero igualmente con dificultades dado que los pagos no suelen ser cubiertos en su totalidad y las IPS dejan de percibir recursos ya gastados en las atenciones y que suelen ser cifras considerables dada la complejidad de algunos casos.
 - Si bien es cierto la atención en el servicio de urgencias esta reglamentada por el decreto 866 de 2017, el desconocimiento de las instituciones y sus funcionarios, generan negación de los servicios de salud y discriminación en la atención principalmente por la nacionalidad, por otra parte las usuarias desconocen los signos y síntomas por los cuales consultar generando congestión en los servicios de urgencias.
 - Algunas barreras de acceso a destacar y que se han presentado con mayor frecuencia y han dificultado la atención de las mujeres en los servicios de salud son: negación de los servicios a causa de la nacionalidad, la negativa por no tratarse de un caso de urgencias, dificultades con la red de servicios de salud, restricción de citas en las IPS designadas para las atenciones a población que cuenta con afiliación.
 - La intervención del estado con respecto a la salud de las usuarias, ha tenido un gran despliegue normativo; sin embargo, el principal logro ha sido la afiliación de la población migrante en condición regular en el municipio. En este proceso se tuvo la participación de la entidad territorial, Organizaciones Internacionales y líderes y lideresas comunitarias, quienes identificaron, orientaron sobre la ruta de acceso y acompañaron en el proceso de aseguramiento principalmente de las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes y los niños y niñas que nacieron en territorio colombiano y en consecuencia tienen derecho a la seguridad social.
 - La prevención y el autocuidado son las banderas de la salud en Colombia. Estas acciones se encaminaron a las usuarias, enfocando primeramente al conocimiento de estos conceptos nuevos para ellas, en segundo lugar se facilitó el acceso a los servicios a través de las atenciones en primer nivel y finalmente se enfatizó en la educación para la salud como herramienta para el empoderamiento de las usuarias y en consecuencia el fomento de una vida sana y un ambiente protector.
3. El derecho a la salud y las experiencias en el proceso de atención en salud de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en la ciudad de Ipiales, no se corresponden dados los siguientes acontecimientos presentes una o más ocasiones en el proceso que las usuarias generan para su atención: gran dificultad de acceso a los servicios de salud ya sea por falta de afiliación, negación de los servicios de salud, tramitología ante EPS, estigma y discriminación en las instituciones de salud, desconocimiento de los procesos, sistema complicado,

poco conocimiento de las rutas de acceso a salud, poco conocimiento de la normativa relacionada con la atención a población migrante, descontento por la manera en que funciona el sistema etc.

7. RECOMENDACIONES

1. Para las instituciones de salud

- Capacitaciones continuas al personal de salud de instituciones de nivel 1 y 2 para sensibilizar y generar conocimiento respecto a la normativa para atención a población migrante y en consecuencia evitar la negación de los servicios a las usuarias y usuarios venezolanos en permanencia en el municipio.
- Fortalecer las capacidades cognoscitivas y el conocimiento de leyes normas y elementos jurídicos en los funcionarios de las instituciones públicas y privadas de salud que atienden a la población, haciendo un llamado a la Secretaría de Salud, para que en articulación con las IPSs realicen capacitaciones continuas para el personal médico y paramédico de las instituciones.
- Sensibilización y fortalecimiento de los mecanismos para la atención a la población migrante con el fin de disminuir barreras de acceso y prevenir la discriminación y xenofobia por parte del equipo de salud que atiende en las instituciones.
- Teniendo en cuenta las barreras de acceso a los servicios de urgencias por motivos administrativos y financieros se recomienda gestionar recursos ante la entidad territorial para la atención de urgencias de población migrante sin afiliación que acude a estos servicios por necesidades de salud específicas asociadas a problemas de salud que requieren una atención oportuna e integral.

2. Para la entidad territorial

- Generar espacios para ampliar el conocimiento en cuanto al SGSSS, con el fin de empoderar a la población e instituciones.
- Apoyo por parte de la entidad territorial para las atenciones en salud de los inmigrantes venezolanos residentes en el municipio.
- Realización de los cursos de maternidad y paternidad responsable los cuales actualmente son ofertados por todas las organizaciones presentes en el municipio; sin embargo, existe pobre oferta de este proceso por parte de las instituciones de la comunidad de acogida.

3. Población migrante venezolana

- Proceso de conocimiento y capacitación continuas sobre el mecanismo para la atención en salud por medio de la afiliación, así como los procesos de atención para las y los usuarios sin afiliación; esto con el fin de generar conocimiento y permitir la exigencia de los derechos en las instituciones de salud.
- Fortalecer el acceso a los procesos de regularización de la población en permanencia en el municipio con el fin de tener acceso a todos los servicios principalmente salud con acciones prioritarias como: afiliación, prevención, atención en salud, seguimiento y gestión del riesgo.
- Fortalecer el conocimiento de rutas de atención en salud principalmente la ruta maternoperinatal con el fin de lograr el acceso efectivo a los servicios de acuerdo a las necesidades de las usuarias.

4. Comunidad de acogida

- Generar espacios de participación comunitaria para que la comunidad migrante venezolana con vocación de permanencia pueda intervenir de manera activa en las decisiones de la comunidad principalmente las asociadas a salud.

5. Política pública

- Fortalecer acciones de salud pública en la población inmigrante venezolana gestantes y lactantes con el fin de disminuir la morbimortalidad en la población por causas evitables
- Realizar procesos de articulación con las instituciones que atienden a la población migrante y de esta manera poder identificar los problemas en salud maternoperinatal que más se presentan en las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes y en consecuencia generar acciones puntuales que permitan la resolución de los mismos y se ejecuten acciones para el mantenimiento de la salud de la población en mención.
- Reconocer y empoderar a las mujeres inmigrantes venezolanas y gestantes sobre la salud sexual y reproductiva a fin de lograr una sensibilización frente a factores protectores para que en consecuencia busquen atención por sí mismas y factores de riesgo para que puedan identificar tempranamente aquello que les está afectando la salud y puedan acceder a los servicios.
- Identificar las rutas de atención y canales de comunicación que con más frecuencia la comunidad utiliza para obtener servicios de salud y gestionar su difusión masiva para que la comunidad pueda saber dónde cuando y como acceder a los servicios.

8. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

1. La cultura, hábitos, pensamientos y formas de vida de las mujeres migrantes venezolanas gestantes y lactantes que participaron en la entrevista, permitieron establecer las siguientes fortalezas:
 - a. Un sinnúmero de experiencias que permitieron enriquecer los resultados del presente proyecto a partir de la exploración y análisis de las experiencias, sentimientos, percepciones de las entrevistadas y su contraste con otros estudios así como la identificación de pautas y generación de recomendaciones a partir de lo vivido por el grupo población entrevistado.
 - b. Identificación de aspectos y experiencias en salud que favorecen y coadyuvan a una salud materno infantil en el territorio: asistencia a controles, asistencia a cursos y capacitaciones, búsqueda de servicios de salud en el territorio de acuerdo a cada necesidad, conocimiento de las rutas de atención y sensibilización frente a procesos de mantenimiento de la salud.
 - c. La caracterización sociodemográfica que llevó a un conocimiento más profundo de la población y sus características asociadas a sus condiciones básicas y momentos de vida por los cuales transitaban: gestación y lactancia.
 - d. Abordaje de nuevo conocimiento durante las entrevistas, lo cual permitió aclarar varias dudas que las participantes tenían respecto del SGSSS.
2. Al ser una población migrante venezolana que se encuentra en vocación de permanencia y teniendo en cuenta la intención de algunas mujeres de retornar a su país por diferentes causas (reunificación familiar, asuntos económicos y familiares pendientes, temor a ser deportadas, temor a que sus hijos no tengan una nacionalidad etc.), así como su conocimiento incipiente sobre el SGSSS, se vislumbraron las siguientes limitaciones:
 - a. Ausencia de algunas mujeres que se caracterizaron inicialmente y que posterior a ello y al momento de ser abordadas para la recolección de datos cualitativos, no se encontraban en el territorio.
 - b. Durante el proceso de entrevista las mujeres venezolanas, manifestaron varias dudas respecto a los temas asociados a la entrevista semiestructurada, esto teniendo en cuenta que el sistema de salud colombiano es incipiente en la población venezolana presente en el territorio y en consecuencia genera dudas respecto de temas que aún no son conocidos por ellos en su totalidad.

- c. Durante el proceso de grupos focales se evidencio la baja participación de algunas usuarias respecto de otras, lo anterior dado por el desconocimiento de los temas tratados y por ende una de las principales recomendaciones es el abordaje de estos temas con la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo. Consejo N° 108. [Internet]. Geneva: 2018 [revisado 2019 consultado 2019 May 15]. Disponible en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_en.pdf
2. Acuña J. et al. Mujeres migrantes como sujetos políticos en el País Valencia: Creando estrategias frente a las violencias. Alianza por la solidaridad. [Internet]. Valencia; 2018 [revisado 2019 consultado 2019 sep 10]. Disponible en: <https://www.alianzaporlasolidaridad.org/axs2020/wp-content/uploads/ALIANZA-INFORME-MUJERES-MIGRANTES.pdf>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. [Internet]. Bogotá; 2018 [revisado 2019 consultado 2019 May15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la situación de salud de Colombia. [Internet]. Bogotá; 2016 [revisado 2019 consultado 2019 May 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
5. Ciurlo A. Nueva política migratoria colombiana: El actual enfoque de inmigración y emigración. Int Coop y Desarro. [Internet]. 2015 [consultado 2019 May 05]; 2(2); 205 -242. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/315989923>.
6. Yáñez A, De La Fuente L, Toffoletto M, Masalan M. Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. Medisur. [Internet]. 2018 [Consultado 2019 Jun 15]; 16 (6); 30 - 939. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v16n6/ms16616.pdf>
7. Organización Internacional para las Migraciones. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia. [Internet]. Bogotá: UNGRD; 27/03/2018 [revisado; 2019 consultado 2019 May 20]. Disponible en: http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx
8. Alcaldía municipal de Ipiales. Plan de Desarrollo 2020 - 2023. [Internet]. Ipiales: 2020 [revisión 2022; consultado 2022 Ene 21]. Disponible en: <file:///D:/Descargas/PDM%20Ipiales%202020-2023.pdf>

9. Cuello. M. Acceso a la salud un derecho universal independiente del origen o el destino: Qué debe tener presente el ginecólogo obstetra cuando atiende a una mujer migrante. Rev Chil Ginecol y Obs. [Internet] 2018 [Consultado 2019 Jul 25]; 83(4): 336–337. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000400336
10. Almeida L, Caldas J, Ayres D y Dias S. Evaluación de las inequidades en salud materna entre los inmigrantes: un estudio cualitativo. Rev salud pública. [Internet] 2014 [Consultado 2019 Jul 25]; 30(2): 333–340. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2014000200333&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Bastia T. La feminización de la migración transnacional y su potencial emancipatorio. Papeles. [Internet] 2008 [Consultado 2019 Agos 02]; 09(104): 1–11. Disponible en: https://www.fuhem.es/papeles_articulo/la-feminizacion-de-la-migracion-trasnacional-y-su-potencial-emancipatorio/
12. Banguero H. El proceso migratorio en Colombia determinantes y consecuencias. [Internet] Montevideo, Uruguay: Universidad de la República; 2013 [Revisado 2019; Consultado 2019 Jul 15]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/5391/EI%20proceso%20migratorio%20en%20Colombia%20Determinantes%20y%20consecuencias.pdf;jsessionid=9CE40AD0D697F702102863D0DCB903A0?sequence=1>.
13. Uribe J, Gonzáles I, Cardenas D, Burgos G. Informe al congreso de la república. [Internet] Bogotá: 2014 [Consultado 2019 Jul 25]; 30(2): 333–340. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Informe del Presidente al Congreso 2019 PUBLICADO.pdf>
14. Narvaez V. Mapa Conceptual Salud Pública y su relación con los servicios. [Internet] National college. 2020 [Consultado 2019 Agos 10]; Disponible en: <https://coggle.it/diagram/WUcB78NehAABkacN/t/tarea-6-1-mapa-conceptual-salud-p%C3%BAblica-y-su-division-online>
15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano. [Internet] Nueva York, 2019 [revisado 2019 Consultado 2019 Agos 10]; Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_spanish.pdf
16. Chaparro M. Perspectivas de la Política Migratoria Global. Dialnet. [Internet] 2008 [Consultado 2019 Agos 25]; (5): 1 - 27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3293484>.

17. Bueno E. Definiciones y conceptos sobre la migración En Apuntes sobre a migración internacional y su estudio. [Internet]. Oaxaca: Udlap; 2008 [Revisado 2019; 1 - 31 Consultado 2019 Agos 25]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/guzman_c_e/capitulo1.pdf
18. Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado. Migración, derechos humanos y gobernanza. [Internet]. Ginebra: Unión interparlamentaria; 2015 [Revisado 2019; Consultado 2019 Sept 15]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MigrationHR_and_Governance_HR_PUB_15_3_SP.pdf
19. Oso, L. Martínez R. Domésticas y cuidadoras: mujeres inmigrantes latinoamericanas y mercado de trabajo en España. Revue Tiers Monde [Internet] España: L'Ordinaire des Amériques; 2008; 146 - 161 [Revisado 2019; Consultado 2019 Oct 16]; Disponible en: <https://doi.org/10.4000/orde.3295>
20. Fernández J; Rojas M, Bojórquez I, Giraldo V, Sobczyk R, Acosta J, Flórez V, Rodríguez D. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Salud UIS. [Internet] 2019 [Consultado 2019 Oct 26]; 51(3): 208 - 219. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9685/9759>.
21. Diaz, D. Principio de igualdad y no discriminación de los derechos humanos de las mujeres inmigrantes venezolanas profesionales en Quito- Ecuador. Universidad Andina Simón Bolívar. [Internet] Quito; 2016 Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/5384/1/T2102-MDHAL-Diaz-Principio.pdf>
22. Organización mundial de la salud. Reglamento Sanitario Internacional. [Internet]. Ginebra: OMS; 2005. [Revisado 2019; Consultado 2019 Oct 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/reglamento-sanitario-internacional.pdf>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública. [Internet]. Bogotá: MSPS; 2012 [Consultado 2019 Oct 30]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsulud.pdf.
24. Ministerio de salud y protección social. Circular externa 000016 de 2013. [Internet]. Bogotá: MSPS; 2013 [Consultado 2021 Nov 28]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-conjunta-externa-0016-de-2013.pdf>

25. Ministerio de salud y protección social. Política de atención integral en salud. [Internet]. Bogotá: MSPS; 2016 [Consultado 2019 Oct 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
26. Martínez FT. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Rev Enfermería Neurológica. [Internet] 2012; 98 - 101 [Consultado 2019 Oct 16]; 11 (2) Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122h.pdf>
27. Scott J et al. Experiencia. La Vent. [Internet] 2001; 42 - 73 [Consultado 2019 Nov 16]; 13 (2) Disponible en: <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/ppperiod/laventan/Ventana13/ventana13-2.pdf>
28. Firor A, Scott J. "Women's History in the New Milleninium: A conversation across Three Generations": Part I, Journal of Women's History, [Internet] 2012; 199 - 220 [Consultado 2019 Oct 16]; 11 (2) Disponible en: <https://muse.jhu.edu/article/17264>.
29. Valencia V. Revisión documental en el proceso de investigación. Pereira: Univ tecnológica Pereira; 2010 [Consultado 2020 Feb 23]; Disponible en: <https://univirtual.utp.edu.co/pandora/recursos/1000/1771/1771.pdf>
30. Vargas D. La entrevista en investigación cualitativa. Dialnet [Internet] 2012; 119 - 139 [Consultado 2019 Oct 30]; 3 (1) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773>.
31. Hamui-sutton A, Al E. La técnica de grupos focales. Elseiver. [Internet] 2013 [Consultado 2020 Feb 20]; 2 (1) Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733230009.pdf>.
32. Herrera J. La investigación cualitativa. [Internet] 2017 [Consultado 2019 Sept18]; Disponible en: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/1167>
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430. [Internet]. Bogotá: MSPS; 1993 [Consultado 2019 Oct 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
34. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Colombianas, migrantes y refugiadas luchando juntas por una vida libre de violencia. [Internet]. Bogotá. 2020. [Consultado 2022 Ene 22]. Disponible en:

<https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/rotafolio-vbg-16-06-20.pdf>

35. Profamilia. Desigualdad en salud de la población migrante y refugiada venezolana. [Internet]. Bogotá; 2020 [Consultado 2021 Feb 09]. Disponible en: <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-manejar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
36. Padilla N. Percepciones y experiencias en salud materno infantil de la población migrante internacional perteneciente al Programa Chile Crece Contigo del CESFAM Violeta Parra en la comuna de Pudahuel; 2019 [Revisado 2022; Consultado 2022 Abr 17]. Disponible en: http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/705/Tesis_Natalia%20Padilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Consejo nacional de política económica y social 3950. Estrategia para la atención desde Venezuela. [Internet]. Bogotá. República de Colombia Departamento Nacional de Planeación; 2020 [Consultado 2021 Feb 09]. Disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/documento-conpes-estrategia-atencion-migracion-venezuela>
38. Uribe JP et al. Resolución 2063 2017. Política de participación social en salud. [Internet]. Bogotá; 2017 [Consultado 2021 Feb 09]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/politica-ppss-resolucion-2063-de-2017-cartilla.pdf>
39. Molano, F. El derecho a la ciudad: de Henri Lefebvre a los análisis sobre la ciudad capitalista contemporánea. Folios [Internet]. Bogotá; 2016; [Consultado 2021 Feb 15]. 44: 3 - 19 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3459/345945922001.pdf>
40. Banco mundial. Migración desde Venezuela a Colombia. [Internet]. Bogotá; 2019 [Consultado 2021 Feb 09]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/events/2018/10/25/migracion-desde-venezuela-a-colombia>.
41. Revista Semana. La desnutrición un mal que los menores venezolanos viven desproporcionadamente. [Internet]. Bogotá; 2020 [Consultado 2021 Nov 28]. Disponible en: <file:///D:/Descargas/Ana%CC%81lisis%20situacional%20primera%20infancia%20migrante%20SPA.pdf>
42. Del Castillo, C, Díaz, M, López, P. y Toro M. Análisis situacional de la primera infancia refugiada y migrante venezolana en Colombia. [Internet]. Bogotá; 2020 [Consultado 2021 Nov 28]. Disponible en:

<https://migravenezuela.com/web/articulo/la-desnutricion-un-mal-que-afecta-desproporcionadamente-a-los-menores-venezolanos-en-colombia/2817>

43. ACNUR, Observatorio de género en Nariño. Situación de las mujeres migrantes venezolanas en el departamento de Nariño. [Internet]. Pasto; 2019 [Consultado 2020 Nov 27]. Disponible en: <https://observatoriogenero.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2020/06/Informe-Situacion-mujeres-venezolanas-2018.pdf>
44. Departamento administrativo Nacional de Estadística DANE. [Internet]. Bogotá; 2021 [Consultado 2020 Nov 28]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=139&Itemid=117
45. Ministerio de relaciones exteriores Migración Colombia. Todo sobre Venezuela. [Internet]. Bogotá; 2018 [Consultado 2021 Feb 10]. Disponible en: <https://migracioncolombia.gov.co/documentos/comunicaciones/infografias/Todo%20sobre%20Venezuela.pdf>
46. Ministerio de relaciones exteriores Migración Colombia. ABC estatuto. [Internet]. Bogotá; 2021 [Consultado 2021 Feb 10]. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/abc-estatuto-temporal-de-proteccion-migrantes-venezolanos>
47. Gómez D, Gonzáles G, Tabares C. Embarazo y migración. Percepción de mujeres gestantes venezolanas sobre acceso a servicios de salud, red-salud Armenia - Colombia. Fundación universitaria del área andina. [Internet]. Armenia; 2019 Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3411/Embarazo%20y%20migraci%C3%B3n%20percepci%C3%B3n%20de%20mujeres%20gestantes%20venezolanas%20sobre%20acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20C%20Red-Salud%20Armenia%20%E2%80%93%20Colombi.pdf?sequence=1&isAllowed=1>
48. Ministerio de salud y de protección social. Decreto 064. [Internet]. Bogotá; 2020 [Consultado 2021 Feb 10]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20064%20de%202020.pdf
49. Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: Un paciente sin remedio?. Cuadernos de salud pública. [Internet]. Lisboa; 2018 [Consultado 2021 Jul 26]; 34 (3): 1 - 15. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PFRRksgBHCfMkDFM668YvfC/?lang=es&format=pdf>

50. Ministerio de salud y protección social. Compilación analítica de las normas de salud sexual y reproductiva en Colombia. [Internet]. Bogotá; 2013 [Consultado 2021 Jul 22]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/compilado-normativa-salud-sexual-reproductiva.pdf>
51. Centro de estudios de derechos sexuales y reproductivos. Mujeres en Venezuela en tiempos de pandemia por COVID 19. [Internet] Venezuela; 2018 [Consultado 2021 Jun20]; Disponible en: <https://www.cedsex.org/administrador/public/libros/Informe%20Mujeres%20de%20Venezuela%20en%20tiempos%20de%20COVID%2019.pdf>
52. CEPAZ. Mujeres al límite: El peso de la emergencia humanitaria: vulneración de los derechos de las mujeres en Venezuela. [Internet] Venezuela; 2017 [Consultado 2021 Jun22]; Disponible en: <https://cepaz.org/documentos informes/mujeres-al-limite-el-peso-de-la-emergencia-humanitaria-vulneracion-de-derechos-humanos-de-las-mujeres-en-venezuela/>
53. Pastoral social. Boletín de Prensa. [Internet] Bogota; 2017 [Consultado 2021 Agos28]; Disponible en: <https://caritascolombiana.org/sala-de-prensa/noticias/>
54. Cancillería de Colombia. Feria de integración colombovenezolana. [Internet] 2019 [Consultado 2021 Jun30]; Disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/cerca-500-personas-asistieron-feria-integracion-colombo-venezolana-cancilleria-ipiales>
55. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 de 2018. [Internet] Bogotá; 2018 [Consultado 2021 Jun18]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
56. Ministerio de relaciones exteriores Migración Colombia. Pagina principal. [Internet] 2021 [Consultado 2021 Jul13]; Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/>
57. Figueroa A, Gaviria J. Impacto Social de la Migración Venezolana en el Departamento de Nariño. [Internet] Pasto; 2020 [Consultado 2022 Ene 23]; Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/34922/jagaviriaf.pdf?sequence=1>
58. Presidencia de la república. Decreto 866 de 2017. [Internet] Bogotá; 2017 [Consultado 2021 Jul 18]; Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=81836>

59. Cancillería de Colombia. Estatuto temporal de protección para migrantes venezolanos. [Internet] Bogotá; 2022 [Consultado 2022 Ene 24]; Disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/estatuto-temporal-proteccion-migrantes-venezolanos>
60. Ministerio de relaciones exteriores. Decreto 216 de 2021. [Internet] Bogotá; 2021 [Consultado 2021 Sept 20]; Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20216%20DEL%201%20DE%20MARZO%20DE%202021.pdf>
61. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. [Internet] Bogotá; 1993 [Consultado 2021 Jul 24]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>
62. Ministerio de salud y protección social. Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia 2015 – Estudio piloto – Resultados de parto por cesárea. [Internet] Bogotá; 2015 [Consultado 2021 Jul 26]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Resultados-generales-atlas-salud-cesareas-2015.pdf>
63. Ministerio de salud y protección social. ADRES. [Internet] 2021 [Consultado 2021 Jul 28]; Disponible en: <https://www.adres.gov.co/>
64. Hernández J, et al. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2015 20(6) [Consultado 2021 Jul 30]; 1947-1958 Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1947-1958/>
65. Ministerio de salud y protección social. Resolución 5596 de 2015. [Internet] Bogotá; 2015 [Consultado 2021 Jul 30]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nueva/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf>
66. Instituto Departamental de Nariño. Circular externa 055. [Internet] Pasto; 2021 [Consultado 2021 Dic 03]; Disponible en: [http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/s_publica/2021/CIRCULAR_EXT ERNA 55 PANDEMIA Y SEMANA SANTA.pdf](http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/s_publica/2021/CIRCULAR_EXT%20ERNA%2055%20PANDEMIA%20Y%20SEMANA%20SANTA.pdf)
67. Ministerio de salud y protección social. Política de Atención Integral en Salud. [Internet] Bogotá; 2016 [Consultado 2021 Agos 05]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

68. Ministerio de salud y protección social. Gestión integral del riesgo en salud. [Internet] 2021 [Consultado 2021 Agos 05]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>
69. Ministerio de salud y protección social. Política de calidad en salud. [Internet] 2016 [Consultado 2021 Agos 07]; Disponible en: <https://fundacioncanguero.co/wp-content/uploads/2018/02/Pol%C3%ADtica-de-Calidad-Minsalud.pdf>
70. UNHCR ACNUR. Que es la apatridia. [Internet] 2021 [Consultado 2021 Agos 08]; Disponible en: <https://www.unhcr.org/ibelong/es/que-es-la-apatridia/>
71. Corte Constitucional República de Colombia. T 178/19. [Internet] 2019 [Consultado 2021 Agos 11]; Disponible en: <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2019/05/Sentencia-Corte-Constitucional-JJHM-menores-venezolanos.pdf>
72. República de Colombia. Constitución política de Colombia. [Internet] Bogotá; 1993 [Consultado 2021 Agos 10]; Disponible en: <https://pdpa.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>
73. República de Colombia. Ley estatutaria de salud 1751 de 2015. [Internet] Bogotá; 2015 [Consultado 2021 Agos 12]; Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nueva/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nueva/Ley%201751%20de%202015.pdf)
74. Presidencia de la República. Las políticas de Colombia frente a la migración proveniente de Venezuela. [Internet] Bogotá; 2020 [Consultado 2021 Dic 03]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/politica-migracion-acoger-integracion-crecer.pdf>
75. Ministerio de salud y protección social. Decreto 2353 de 2015. [Internet] Bogotá; 2015 [Consultado 2021 Agos 14]; Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nueva/Decreto%202353%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nueva/Decreto%202353%20de%202015.pdf)

ANEXOS

Anexo A. CUESTIONARIO CARACTERIZACIÓN MUJERES IMMIGRANTES VENEZOLANAS GESTANTES Y LACTANTES EN EL MUNICIPIO DE IPIALES

OBJETIVO: Caracterizar sociodemográficamente la población de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en la ciudad de Ipiales

Numero de cuestionario: _____

MÓDULO I: INFORMACIÓN GENERAL	
1. Tipo de documento	2. Edad
1. Acta Extranjería 2. Cédula de 3. Cédula Venezolana 4. Pasaporte 5. Permiso Especial de Permanencia 6. Salvo Conducto 7. Visa 8. Cédula colombiana	_____
3. Ubicación	3.1 Dirección
1. Cabecera municipal 2. Rural disperso	_____
4. Teléfono	5. Estado civil
_____	1. Casada 2. Soltera 3. Viuda 4. Separada 5. Unión libre
6. Estrato socioeconómico de ubicación la vivienda (se refiere a la clasificación socioeconómica en estratos de los inmuebles de la ciudad)	
1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5	
MÓDULO II: SITUACIÓN MIGRATORIA	
7. Tipo de población	8. Tiempo de permanencia en Ipiales
1. Migrante Venezolano en Permanencia 2. Migrante Venezolano en Tránsito	1. Menos de 6 meses 2. Entre 6 y 12 meses

	3. Entre 12 y 24 meses 4. Más de 24 meses
9. Status migratorio	10. Gesto y/o lacto. cuando ...? (se refiere al momento de vida actual de la usuaria)
1. Regular 2. Irregular	1. Salió de su país 2. Durante el recorrido 3. Cuando llegó 4. Cuando se instaló
MÓDULO III: SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	
11. Afiliación a salud	12. Empresa
Si _____ No _____	1. Comfamiliar 2. Emssanar 3. Mallamas 4. Nueva EPS 5. Sanitas 6. Sura 7. Ninguna 8. Otra _____
13. Le han realizado la encuesta SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales)? *	13.1 Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta 13, en qué nivel de SISBEN se encuentra?
1. Si 2. No	1. Nivel 1 2. Nivel 2 3. Nivel 3
MÓDULO IV: ACTIVIDAD ECONÓMICA	
14. Trabaja actualmente?	15. Actividad a la dedica la mayor parte del tiempo
Si _____ No _____	1. Trabajo independiente 2. Oficios domésticos 3. Asalariado 4. Trabajador por cuenta propia 5. Otra
16. Principal fuente de ingresos (puede escoger más de una opción)	16.1 Si su respuesta a la pregunta 16 fue la opción 1 (subsídios), por favor diligencia cuales son esos subsidios:
1. Subsidios 2. Apoyo familiar 3. Trabajo 4. Ninguno 5. Otro _____	_____ _____ _____
17. Salario mensual devengado	18. Promedio de egresos mensuales
1. Menor a \$822.000 2. Entre \$822000 y \$2.450.000	1. Inferior a 200 mil pesos colombianos

3. Más de \$2.500.000	2. Entre 200 y 400 mil pesos colombianos 3. Entre 400 y 600 mil pesos colombianos Más de 600 mil pesos colombianos
18. Promedio de egresos mensuales	
4. Inferior a 200 mil pesos colombianos 5. Entre 200 y 400 mil pesos colombianos 6. Entre 400 y 600 mil pesos colombianos 4. Más de 600 mil pesos colombianos	
19. En que gasta más mensualmente? puede escoger entre las siguientes opciones más de una:	
1. Vivienda 2. Ropa y accesorios 3. Tecnología 4. Alimentación 5. Salud 6. Educación 7. Entretenimiento 8. Transporte 9. Servicios públicos 10. Otro cual _____	
<u>MÓDULO V ASPECTOS SOCIALES</u>	
20. Nivel educativo (para el caso de que se hayan realizado en su totalidad)	20.1 Mencione el grado más alto alcanzado de acuerdo al nivel educativo seleccionado
1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico o tecnólogo 4. Universidad 5. Postgrado 6. Otro nivel educativo	_____
21. Tipo de vivienda en la que vive actualmente:	22. La vivienda en la que vive actualmente es:
1. Cuarto 2. Apartamento 3. Casa	1. En arrendamiento 2. En anticresis 3. Préstamo 4. Otro

4. Hotel 5. Otro tipo de vivienda	
23. Participa de alguna organización social y/o política.	24. Cual
1. Si 2. No	1. Juntas de acción comunal 2. Organizaciones de caridad 3. Cooperativa de trabajo 4. Grupo u organización religiosa 5. Organizaciones de base comunitaria 6. Organización campesina 7. Sindicato 8. Ninguna 9. Otra Grupos virtuales
<u>MÓDULO VI MOMENTOS DE VIDA</u>	
GESTANTE	LACTANTE
25. Semanas de gestación _____ 26. Número de hijos contando el embarazo actual ____ 27. Número de controles prenatales _____	28. Edad en meses del último hijo _____ 29. Lactancia materna exclusiva _____ 30. Lactancia materna complementaria _____ 31. Planifica con algún método anticonceptivo temporal o definitivo 31.1 Cual es el método con el cual planifica _____
¡MUCHAS GRACIAS POR SUTIEMPO! Le recordamos que toda la información que usted ha entregado es absolutamente confidencial y será utilizada únicamente con fines estadísticos.	

Anexo B. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha y hora de la entrevista	
Grupo	Gestantes y lactantes
Objetivo	Analizar las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el ejercicio del derecho a la salud en la ciudad de Ipiales, departamento de Nariño periodo 2020 - 2021.
Características:	Duración aproximada 1 hora Confidencialidad
Preguntas: ¿ Como es su experiencia en el sistema de salud colombiano? ¿ Conoce Ud. el sistema de salud colombiano?, Como accede a los servicios? ¿ Que conoce del sistema de salud colombiano? ¿ Quién los atiende? Como es esa atención ¿Cuál ha sido su experiencia con las empresas promotoras de salud EPS? ¿Cuáles fueron las principales ventajas del sistema de salud? ¿Qué inconvenientes tuvo con la atención? ¿Qué tipo de ayuda tuvo antes, durante y/o después de la atención? ¿Qué otras instituciones aportaron a la resolución de su problema de salud? ¿Ha tenido acceso a programas de promoción y mantenimiento de la salud? cuáles? ¿ Como accedió a los programas de prevención y mantenimiento de la salud? ¿Qué normativa alusiva a la atención en salud conoce? ¿Qué derechos en salud conoce? ¿ Como hace uso de estas normativas en salud?	

Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE NARIÑO. COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIONES.

EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES VENEZOLANAS GESTANTES Y LACTANTES EN EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA CIUDAD DE IPIALES, DEPARTAMENTO DE NARIÑO, EN EL PERÍODO 2020 – 2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ mayor de edad, identificado(a) con CC No _____ de _____, actuando en nombre propio, libre, espontáneamente y sin presiones indebidas,

DECLARO

Que he recibido toda la información clara y concreta en forma oral y escrita, por parte de Alba Jacqueline Ruano Jiménez y Ayde Magaly Tapia Bravo , el día _____ del mes de _____ del año _____, sobre el trabajo de investigación: **“EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES INMIGRANTES VENEZOLANAS GESTANTES Y LACTANTES EN EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA CIUDAD DE IPIALES, DEPARTAMENTO DE NARIÑO, EN EL PERÍODO 2020 – 2021 ”** que realizarán a su cargo, en representación de la Universidad de Nariño y el objetivo del proyecto es: Analizar las experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el ejercicio del derecho a la salud en la ciudad de Ipiales, departamento de Nariño, en el período 2020 – 2021 para formular una propuesta preliminar sobre pautas de atención en salud, este proceso de investigación tiene como alcance la construcción de conocimiento sobre una realidad social, donde abordaremos el estudio y descripción de los fenómenos relacionados a las experiencias de vida de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes residentes en el municipio de Ipiales, dándole una interpretación y significado social con el fin de formular una propuesta preliminar sobre pautas de atención en salud.

Me han advertido que, en el proceso de investigación, en ningún momento se hará público mi nombre y/o documento de identificación, salvaguardando la confidencialidad de la información suministrada y mi privacidad, como tampoco saldrán a la luz pública hechos relacionados que puedan identificarme y sobre los cuales se guardarán siempre y en todo el estudio, todas las reservas y discrecionalidades correspondientes.

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito del estudio aludido en el que se incluirá un total de _____ investigados y de las posibles implicaciones que podría tener, especialmente que no corro ningún riesgo.

He podido preguntar mis inquietudes al respecto y he recibido las respuestas y explicaciones en forma satisfactoria. También se me ha informado de mi derecho a participar voluntariamente en la investigación y la posibilidad de retirarme sin ningún tipo de consecuencias.

Se me ha informado que en caso de dudas, explicaciones adicionales o inconformidades de mi parte frente al estudio puedo comunicarme con el investigador principal. Alba Jacqueline Ruano Jiménez al teléfono 3186910900.

He sido interrogado(a) sobre la aceptación o no, de esta autorización para este estudio, por lo tanto

AUTORIZO:

Para que Ayde Magaly Tapia Bravo me realice una entrevista semiestructurada que se solicita en la información que previamente se ha entregado y que se anexa a este consentimiento. Esta autorización se concede por el término de (6 meses) a partir del día de la firma del presente consentimiento.

El grupo investigador se compromete a informarme de los resultados globales o parciales de la investigación, y/o de los que de manera positiva o negativa puedan influenciar en mi estado social o de salud.

En constancia, se firma el presente documento, en dos copias, una para el investigador y otra para el investigado, con sus anexos (si los hay) en (ciudad), a los _____ días del mes de _____ del año _____

Nombre del participante

Firma y cédula del participante

Nombre del investigador

Firma y cédula del investigador

Nombre del testigo

Firma y cédula del testigo

Anexo D. AVAL IPS MUNICIPAL

 IPS MUNICIPAL DE IPIALES E.S.F. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN	FORMATO COMUNICACIONES OFICIALES ENVIADAS	CÓDIGO	FO GDA 021
		VERSIÓN	1
		FECHA	04/05/2017

Ipiales, 9 de Diciembre de 2019

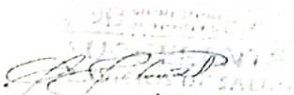
Señora:
AYDE MAGALY TAPIA BRAVO
Estudiante Maestría en Salud pública
Universidad de Nariño

Asunto: Respuesta solicitud

Cordial saludo

El suscrito subgerente científico de la IPS municipal de Ipiales, una vez revisado el proyecto de investigación denominado: **"Experiencia de la mujer migrante en el ejercicio del derecho a la salud en la ciudad de Ipiales, Departamento de Nariño, en el periodo 2018 – 2019"**, cuyo objetivo es: Analizar las experiencias de las mujeres migrantes venezolanas gestantes y lactantes en el ejercicio del derecho a la salud en la ciudad de Ipiales, departamento de Nariño, en el periodo 2018 – 2019 para formular una propuesta sobre pautas de atención en salud; y en su calidad de subgerente científico autoriza para que AYDE MAGALY TAPIA BRAVO identificada con cédula de ciudadanía No 59.801.337 de Pupiales (N), estudiante de la maestría en salud pública de la Universidad de Nariño, lleve a cabo el proceso investigativo y pueda utilizar la información suministrada en las bases de datos de la institución recalcando que la información contenida en las bases de datos solicitadas, serán utilizados únicamente con fines académicos e investigativos y de ninguna manera se vulnerará la confidencialidad de las personas que figuren en dichas bases, lo anterior se enuncia siguiendo los principios éticos consignados en la resolución 8430 de 1993.

Atentamente



JAVIER MARTÍNEZ
Subgerente científico
IPS municipal de Ipiales

Anexo E. AVAL ASESORA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Señores
COMITÉ CURRICULAR Y DE INVESTIGACIONES
Maestría en Salud Pública
Universidad de Nariño

Ref. Concepto y aval de proyecto de grado Estudiante Ayde Magaly Tapia Bravo

Cordial saludo

Por medio de la presente como asesora de la propuesta de trabajo de grado: "Experiencias de las mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes en el ejercicio del derecho a la salud en la ciudad de Ipiales, Departamento de Nariño, en el periodo 2018 – 2019", presentado por la estudiante Ayde Magaly Tapia Bravo, remito el concepto y aval del trabajo para continuar con el proceso correspondiente.

En su parte formal el documento cuenta con los componentes requerido para una propuesta de investigación en este nivel de estudios y cuenta con la coherencia necesaria en cada uno de sus apartados.

En el contenido la propuesta ha tenido avances en su formulación. En el planteamiento del problema se identifican las situaciones y el contexto del problema que se pretende desarrollar, así como la pregunta de investigación, la cual se encuentra formulada de manera clara y concisa. La propuesta, se justifica en razón de su importancia, pertinencia y viabilidad social y científica, destacando el aporte teórico y metodológico de la investigación al conocimiento y la importancia para la toma de decisiones, en particular en el campo de la Salud Pública de un grupo poblacional determinado, como lo son las mujeres inmigrantes gestantes y lactantes en el Municipio de Ipiales. Y en coherencia con el planteamiento del problema se formulan los objetivos, general y específicos.

El documento cuenta con antecedentes que dan razón de indagaciones científicas desarrolladas en contextos internacional, nacional y local, relacionadas con el tema central de la investigación, desde donde la estudiante fundamenta algunas de sus afirmaciones, que son fortalecidas en el apartado de marco teórico conceptual, desde donde se desarrollan las categorías de análisis de la propuesta como: Migración, feminización de la migración, mujeres lactantes y gestantes, derecho a la salud, salud pública y las experiencias de vida. Este desarrollo pretende darle sustento epistemológico, teórico y conceptual al problema planteado y a los objetivos de la investigación.



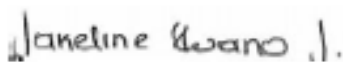
UNIVERSIDAD DE NARIÑO

En consonancia con el planteamiento del problema, con los objetivos y con el sustento teórico conceptual se propone el desarrollo metodológico mediante el cual se pretende el logro de los objetivos propuestos. Una metodología de carácter cualitativo y fundamentado en elementos de la fenomenología, acorde con los propósitos de la investigación. Se trabajará con un grupo de mujeres inmigrantes venezolanas gestantes y lactantes que residen en la ciudad de Ipiales entre 6 meses y dos años, además se trabajará con Instituciones Prestadoras de Salud y algunas instituciones que trabajan en la seguridad y protección de las personas migrantes dentro de la ciudad de Ipiales. Entre las herramientas de recolección de información se encuentra la revisión de bases de datos institucionales, entrevistas, grupos focales; a estas herramientas se suma la experiencia de la estudiante en su trabajo con la OIM y su vinculación profesional y laboral con el grupo poblacional focalizado.

Dadas las condiciones sociales y de salubridad actuales, por motivo de la presencia mundial de la Pandemia por COVID-19, será necesario ajustar el desarrollo metodológico a estas condiciones, cumpliendo con las medidas de bioseguridad para protección de la investigadora y de la población con la cual se trabajará.

Dicho lo anterior se aprueba el documento para continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente



ALBA JAKELINE RUANO JIMENEZ

Asesora

Docente – Departamento de Sociología

Universidad de Nariño

Anexo F. CRONOGRAMA

[illegible]