

**LAURA DANIELA GONZÁLEZ ROZO**

**EL DERECHO A LA SALUD DE LOS MIGRANTES VENEZOLANOS EN  
COLOMBIA**

**(Tesis de Grado)**

**Bogotá D.C., Colombia**

**2018**

**UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE DERECHO**  
**TESIS DE GRADO**

**Rector:** **Dr. Juan Carlos Henao Pérez**

**Secretaria General:** **Dra. Martha Hinestrosa Rey**

**Directora Departamento  
Derecho Constitucional:** **Dra. Magdalena Correa Henao**

**Directora de Tesis:** **Dra. Alexandra Castro Franco**

**Presidenta de Tesis:** **Dra. Magdalena Correa Henao**

**Examinadores:** **Dr. Mario Andrés Ospina Ramírez**  
**Dr. César Mauricio Vallejo Serna**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN .....	iv
1. SITUACIÓN ACTUAL DE VENEZUELA EN TEMAS DE SALUD .....	1
A. INFRAESTRUCTURA, INSUMOS, MEDICAMENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS .....	1
B. ENFERMEDADES EPIDEMIOLÓGICAS.....	3
C. ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	4
D. PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EMBARAZO, Y MORTALIDAD DE MADRES GESTANTES Y NEONATOS .....	7
E. CRISIS ALIMENTARIA Y DE PRODUCTOS DE PRIMERA NECESIDAD.....	8
SITUACIÓN ACTUAL DE VENEZUELA EN TEMAS DE SALUD: CONCLUSIÓN .....	9
2. CONTEXTO COLOMBIANO DE ACOGIDA DE LOS VENEZOLANOS MIGRANTES EN EL SISTEMA DE SALUD: DISPOSICIONES NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIA.....	11
A. DISPOSICIONES NORMATIVAS .....	11
B. EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL.....	20
3. OBLIGACIONES INTERNACIONALES ADQUIRIDAS POR COLOMBIA, EN ASUNTOS DE SALUD.....	38
4. LA PRÁCTICA: ACOGIDA DE MIGRANTES VENEZOLANOS EN EL SISTEMA DE SALUD .....	48
A. IMPACTO DE LA OLEADA MIGRATORIA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.....	48
B. DIFICULTADES ENFRENTADAS POR LOS CIUDADANOS VENEZOLANOS PARA UTILIZAR EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO .....	58
5. RETOS Y RECOMENDACIONES AL ESTADO COLOMBIANO .....	64
CONCLUSIONES .....	71
BIBLIOGRAFÍA .....	72

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con cifras recientes de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2018), 2.3 millones de ciudadanos venezolanos, de un total de 32.8 millones de pobladores del país, han salido recientemente de Venezuela. Este fenómeno migratorio ha sido atribuido a varios factores, que se mencionarán de manera sucinta a continuación:

Por un lado, se encuentra como motivo del éxodo venezolano la crisis económica por la que atraviesa el país, al respecto, calcula el Fondo Monetario Internacional (FMI, 2018) que para finales del 2018, la tasa de inflación será de 1'370.000% (contrastada con el 1'085.500% de 2017). Aunado a ello, se encuentra una proyección del aumento de la tasa de desempleo al 34.3% en 2018, frente al 27.1% que hubo el año inmediatamente anterior. Además, de acuerdo con los resultados la Encuesta de Condiciones de Vida en Venezuela (ENCOVI) realizada por la Universidad Católica Andrés Bello, la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Simón Bolívar (2018), el nivel de pobreza total del país en 2017 fue del 87% (resultado de sumar 25.8% de pobreza más 61.2% de pobreza extrema), contra un 48.4% en 2014.

De otra parte, en lo atinente a los asuntos políticos del país, ha habido una gran tensión entre la oposición y el gobierno que se encuentra actualmente en el poder: el del Presidente Nicolás Maduro, quien se posesionó en 2013 y es sucesor del ex presidente Hugo Chávez Frías, que fue electo en 1998 y se mantuvo en el poder en virtud de reelecciones presidenciales<sup>1</sup>. Este mandato ha sido calificado por algunos como una dictadura, al acusársele de, entre otras cosas, violencia, tortura y persecución política contra sus opositores, como lo señaló Human Rights Watch (HRW, 2017).

---

<sup>1</sup> En virtud del referéndum constitucional de Venezuela de 2009, se permite la reelección indefinida y continua en los cargos de elección popular (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, con la Enmienda No. 1., 2009).

Adicionalmente, en materia de salud -tema objeto de análisis del presente escrito- existen graves falencias que se analizarán posteriormente y que llevan a que su mal estado constituya el tercer motivo de emigración venezolana, por ejemplo, se tiene que de acuerdo con la Asamblea Nacional y Médicos por la Salud (2018), hay una escasez del 88% de medicamentos y del 84% de insumos médicos esenciales, también han reaparecido y se están proliferando de manera desmesurada varias enfermedades epidemiológicas y además, las personas que padecen enfermedades crónicas han pasado al menos un año sin poder obtener la medicación necesaria para sus tratamientos (Codevida y Provea, 2017).

Todas las situaciones expuestas con anterioridad han llevado a que se declare que en la República Bolivariana de Venezuela hay una crisis humanitaria<sup>2</sup>, tal como lo han señalado organismos como Amnistía Internacional<sup>3</sup>, Human Rights Watch<sup>4</sup> y la Organización de las Naciones Unidas<sup>5</sup>. No obstante, el gobierno venezolano ha sido constante y enfático al señalar que en el país no existe una crisis de este tipo.

Sin embargo, la experiencia muestra que efectivamente en el país sí existe este fenómeno, prueba de ello es que, como se indicó al inicio, más de dos millones de personas han abandonado el país recientemente, señalando esos factores como la causa de su salida. De ellas, se estima que el 45% ha elegido Colombia como su destino, por ser un país fronterizo y por la similitud cultural que encuentra en él (Externado Radio,

---

<sup>2</sup> El Instituto de Estudios Internacionales de la Pontificia Universidad Católica del Perú (s.f.), define la crisis humanitaria como:

Situación de emergencia que amenaza la salud, la seguridad o el bienestar de una comunidad o grupo de personas de un país o una región. Este tipo de crisis se caracteriza por una extensa violencia y pérdida de vidas; desplazamientos de poblaciones; perjuicios a sociedades y economías; la necesidad, a gran escala, de asistencia humanitaria multifacética; el impedimento o prevención de ayuda humanitaria por restricciones políticas y militares; los importantes riesgos de seguridad para el personal de asistencia humanitaria en algunas zonas; entre otros.

<sup>3</sup> Desde 2016 así lo advirtió este Organismo desde 2016 (Amnistía Internacional, 2016).

<sup>4</sup> Human Rights Watch (2016) indicó que Venezuela enfrentaba una profunda crisis de este tipo.

<sup>5</sup> Mediante Resolución aprobada el 26 de septiembre de 2018, el Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (2018) instó al gobierno venezolano a aceptar asistencia humanitaria, con el fin de hacer frente a la escasez de alimentos, medicamentos y otras problemáticas que padece el país, considerando, entre otros factores, que cientos de miles de personas han tenido que dejar el país como consecuencia de la crisis política, económica, social y humanitaria que afecta sus derechos humanos de forma grave.

Programa Derecho a la Carta, 2018; Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario y la Fundación Konrad Adenauer Stiftung, 2018).

Es preciso señalar que las cifras acá mencionadas son solo un estimado cuantitativo, ya que, dada la naturaleza misma del fenómeno migratorio como dinámica permanente, resulta difícil establecer estadísticas exactas de las personas que han cruzado la frontera colombo-venezolana, máxime al comprender que una parte importante de los ingresos al territorio colombiano se ha estado dando de manera irregular.

Ahora bien, Colombia, como se dijo, es el principal destino del éxodo venezolano. Se han identificado cuatro etapas en el fenómeno migratorio proveniente de Venezuela, así:

Inicia por motivaciones eminentemente políticas entre 1999 y 2002; luego, en el periodo 2005 a 2009, tras los despidos masivos en Petróleos de Venezuela (PDVSA), expertos del petróleo y grandes empresarios de diversos sectores llegaron a Colombia, atraídos por un ambiente propicio para la inversión extranjera directa y la protección de su capital financiero y patrimonial; posteriormente, entre 2010 y 2014, lo que inició como una migración de élites, se extendió hacia un gran número de profesionales de diversas disciplinas y estudiantes universitarios de clases medias, que se asentaron en Colombia con el fin de garantizar su desarrollo personal y proteger su capital humano.

El cuarto y último momento es una diáspora de supervivencia que se ha desplazado a Colombia para proteger las condiciones más básicas de vida. A mediados de 2015, tras el cierre prolongado de la frontera, se identificó el crecimiento acelerado de una migración con una alta tasa de irregularidad e indocumentación que incluso presenta cuadros altos de desnutrición y, en algunos casos, enfermedades crónicas o infectocontagiosas, como sarampión, difteria, malaria, tuberculosis, escabiosis y VIH. Se trata de la movilidad de cientos de miles de personas que escapan del difícil contexto socioeconómico venezolano en donde las cifras son cada vez más preocupantes y hacen insostenible el proyecto de vida de la gente en condiciones dignas (Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario y la Fundación Konrad Adenauer Stiftung, 2018).

Esta última fue la primera experiencia como de Colombia como país receptor de una migración de tales dimensiones, que, como se mostró, estuvo precedida de numerosos antecedentes, pero para la que, pese a ello, no hubo una preparación suficiente del gobierno colombiano, lo que se evidencia, como se explicará posteriormente en este texto, en que por ejemplo se hayan decretado estados de excepción en ciertas zonas del territorio nacional y se haya hablado de la existencia de una crisis migratoria en el país y del colapso de algunas instituciones de salud en área de frontera.

Es dentro de este marco que se sitúa el presente escrito, con la pretensión de estudiar puntualmente el tema de la atención en salud de esta población en Colombia. Para ello, en primer lugar, analizará a grandes rasgos, a partir de cifras, noticias y entrevistas, cuál es el estado actual del sistema de salud venezolano, para entender por qué se considera que el deterioro de este constituye uno de los móviles que tienen sus nacionales para emigrar. Posteriormente, se estudiarán las disposiciones legales que tiene Colombia para recibir a estas personas, para luego estudiar la cuál ha sido la dimensión del impacto de la creciente inmigración de venezolanos en el territorio colombiano.

De lo concluido a partir de lo anterior, se establecerá si la respuesta que está dando Colombia en su calidad de Estado receptor a esta situación resulta adecuada y suficiente, y de lo que se deduzca, se establecerán los posibles retos y recomendaciones para que el Estado colombiano mejore o mantenga el esquema de respuesta que tiene, según sea el caso. Por último, se darán unas conclusiones sobre el tema.

*Nota aclaratoria: La presente investigación se sitúa en el momento de la inmigración venezolana, a octubre 14 de 2018.*

## **1. SITUACIÓN ACTUAL DE VENEZUELA EN TEMAS DE SALUD**

La crisis del sistema de salud venezolano es una realidad. En este apartado se establecerán todas las dificultades actuales que presenta el sistema de salud venezolano, que permiten que sea tildado como colapsado.

### **A. INFRAESTRUCTURA, INSUMOS, MEDICAMENTOS Y SERVICIOS MÉDICOS**

El sistema de salud de Venezuela se encuentra en una fase crítica: la Asamblea Nacional y Médicos por la Salud (2018), elaboraron y aplicaron la Encuesta Nacional de Hospitales de 2018 a 104 instituciones de este tipo, ubicadas en 22 de los 23 estados venezolanos. Los resultados arrojados evidenciaron que están inactivos u operando de manera intermitente el 100% de los laboratorios clínicos del país, el 97% de servicios de ecografía, el 94% de servicios de RX y el 97% de servicios de TAC. Además, revelaron que el 96% de servicios de nutrición hospitalaria están inactivos y que el 66% de los servicios pediátricos no cuentan con fórmulas para los recién nacidos. Adicionalmente, los resultados indicaron que hay una escasez del 88% de medicamentos y del 84% de catéteres y sondas, que son unos insumos esenciales que, como muchos otros, al no encontrarse disponibles en los centros de salud, deben ser aportados por los usuarios del sistema para poder acceder al mismo, como lo refiere Human Rights Watch (HRW, 2016), lo que se convierte en una barrera de facto para la materialización del derecho a la salud.

Del comparativo que realiza dicha Encuesta entre los resultados obtenidos en 2018 y versiones de años anteriores de la misma, se concluye que la situación es cada vez más crítica en todos los aspectos, puesto que se evidencia que en absolutamente todos los factores mencionados con anterioridad hubo un incremento de la gravedad de la



problemática, en ninguno de los aspectos evaluados por la Encuesta se devela mejora alguna.

José Manuel Olivares, diputado de la Asamblea Nacional y médico encargado de presentar la mencionada Encuesta, señaló que:

Estos resultados solo ratifican que el sistema de atención hospitalaria en Venezuela está colapsado y que esto obedece a una crisis que no es afrontada por el Gobierno nacional. No es posible que 100% de los laboratorios de los hospitales del país no funcionen y que, por ende, las personas que necesitan transfusiones de sangre no tengan acceso a ellas. Es inhumano que la escasez de medicamentos e insumos en un hospital ronde el 88%, cuando muchos países han estado dispuestos a ayudar a Venezuela y el Gobierno nacional se niega a aceptar un canal humanitario (Analítica, 2018, párr. 3)

Fuentes diferentes a esta Encuesta confirman lo apremiante de la situación: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2017a) en su informe Institucionalidad Democrática, Estado de Derecho y Derechos Humanos en Venezuela, señala que la escasez y desabastecimiento de medicamentos, insumos, material y tratamiento médico en el país viene agravándose desde 2014, y que, según a las cifras brindadas por PROVEA y Codevida<sup>6</sup>, en la actualidad existiría un 90% de escasez de medicinas e insumos a nivel nacional.

Adicionalmente, hay que señalar que el personal médico de los centros públicos, que proporcionan el 90% de los servicios de salud, se ha reducido en un 50%. De acuerdo con la Federación Médica Venezolana, más de 22.000 médicos han emigrado de Venezuela en los últimos seis años. Esto se explica por varios factores, pues junto con la crisis de los sectores de salud y laboral, se encuentra el tema de la inseguridad a la que se enfrentan en el ejercicio de sus labores, ya que es común que familiares o amigos

---

<sup>6</sup> El Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos, PROVEA, es una Organización No Gubernamental venezolana, que busca mejorar la situación de los derechos humanos en ese país, particularmente de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Codevida es una asociación civil sin fines de lucro que agrupa algunas organizaciones que trabajan en la promoción y defensa de los derechos a la salud y a la vida de personas en condiciones de salud crónicas.

de pacientes amenacen al personal médico de muerte o lesiones físicas. Además, los salarios en Venezuela son bajos y los profesionales médicos tienen buena acogida que tienen en otros países (Amnistía Internacional, 2018a; Delgado, A. M., 2018).

De esta manera, se evidencia de forma clara el colapso en el que se encuentra el sistema de salud venezolano en lo referido al servicio médico prestado e infraestructura. Este problema es de tal magnitud, que de acuerdo con Amnistía Internacional (2018b), constituye la tercera causa de emigración de los venezolanos, después de la falta de empleo y alimentos.

## **B. ENFERMEDADES EPIDEMIOLÓGICAS**

En primer lugar, debe señalarse que existe una ausencia de cifras oficiales actualizadas referidas a este tema, puesto que desde el año 2016, el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela dejó de expedir el Boletín Epidemiológico que antes emitía semanalmente con esta información<sup>7</sup>. El silencio del gobierno constituye un problema para determinar el grado de efectividad de respuesta por parte del sistema de salud venezolano para este tipo de enfermedades.

No obstante, de lo advertido por el último Boletín del 2016, sumado a lo que relatan varias fuentes no gubernamentales con información más reciente, se puede inferir que los casos de enfermedades epidemiológicas están aumentando exponencialmente. Así, se tiene que enfermedades como la malaria<sup>8</sup>, la tuberculosis<sup>9</sup>, la tosferina<sup>10</sup> y el VIH<sup>11</sup> han venido creciendo.

---

<sup>7</sup> En los últimos años no ha sido constante la emisión de este Boletín Epidemiológico, la publicación anterior a la de 2016 fue en 2014, y a causa de esa última emisión la Ministra de Salud venezolana fue destituida de su cargo, como lo informó CNN En Español (2017).

<sup>8</sup> De acuerdo con la información presentada por la Organización Panamericana de Salud, de 136 mil casos registrados de malaria en 2015, se pasó en 2017 a 406 mil, aunque según la Sociedad Venezolana de Salud Pública, los casos totales sin registrar podrían llegar a 951 mil (El Universal, 2018).

<sup>9</sup> Según la Organización Panamericana de Salud [OPS] y la Organización Mundial de la Salud [OMS] – Oficina regional para las Américas (2018), los casos de tuberculosis pasaron de 6063 en 2014 a 7816 en 2016, es decir, incrementaron en un 28.91%. Es preciso señalar que debido a la escasez de material en los laboratorios, es difícil su diagnóstico, y que quienes más se ven afectados por esta enfermedad son los indígenas y los reclusos.

<sup>10</sup> Los casos de tosferina pasaron de 297 en 2015 a 340 en 2016, como lo informó CNN En Español (2017).

<sup>11</sup> Entre el 2010 y el 2016, se calcula un incremento del 24% en nuevos casos de pacientes infectados con el virus del VIH, además, del 100% de personas registradas para recibir tratamiento antirretroviral (79.467), el 87% no lo

Así mismo, enfermedades que ya se consideraban erradicadas del territorio venezolano, han reaparecido y se han proliferado rápidamente, tal es el caso del virus del zika<sup>12</sup>, el sarampión<sup>13</sup> y la difteria<sup>14</sup>.

La propagación de estas enfermedades obedece a varios factores: por un lado, se tiene que aquellas que se encontraban localizadas en ciertas zonas se han ido expandiendo a lo largo del territorio venezolano, como consecuencia de los movimientos migratorios que se están dando al interior de ese país, esto, aunado a toda la problemática del sistema de salud en cuanto a insumos, medicamentos, infraestructura y recursos que se expuso en el acápite anterior, conduce al agravamiento del estado de la salud de los venezolanos, puesto que se trata, en varios casos, de enfermedades que son controlables e incluso prevenibles, que se están multiplicando.

Al respecto, en una entrevista hecha por Egui (2017), el exministro de Salud de Venezuela, José Oletta, recalcó que enfermedades como la difteria, la malaria y la tuberculosis podrían prevenirse, pero que su proliferación es muestra de pobreza y de la baja capacidad del gobierno para dar solución a esa problemática.

### **C. ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Existen cuatro enfermedades que constituyen las principales causas de morbilidad en Venezuela, estas son: hipertensión, diabetes, diarrea e infecciones respiratorias agudas (IRA). Este tipo de afecciones, junto a otras de larga duración o terminales, como el VIH/SIDA, cáncer, otros tipos de enfermedades cardiovasculares, enfermedades

---

está recibiendo, y 15 de los 25 antirretrovirales que adquiere el gobierno, llevan nueve meses agotados. La expansión de esta enfermedad se debe a la ausencia de una política pública de prevención, de un programa de vigilancia epidemiológica y a la escasez de preservativos masculinos y femeninos (OPS y OMS, 2018; Codevida & PROVEA, 2017).

<sup>12</sup> En 2015 hubo 71 casos de Zika, en 2016 hubo 59.348 personas contagiadas con este virus, de acuerdo con la información presentada por CNN En Español (2017).

<sup>13</sup> Afirmar la OPS y la OMS (2018), que entre el primer caso confirmado de sarampión en julio del 2017 y junio del 2018, se han registrado 2.285 casos confirmados, de los cuales 1.558 ocurrieron en el 2018.

<sup>14</sup> Esta enfermedad se consideraba erradicada desde hace 24 años en Venezuela. Sin embargo, el boletín epidemiológico mostró que en el 2016 reapareció con 324 casos, como lo devela CNN En Español (2017).

renales, trastornos hemorrágicos, entre otras, sumadas a todos los factores expuestos en el acápite previo denominado “Infraestructura, insumos, medicamentos y servicios médicos” derivan en un angustiante limbo para quienes las padecen, que algunos han denominado una sentencia a muerte (Convite Asociación Civil<sup>15</sup> 2018; Amnistía Internacional, 2018c).

Por otro lado, un informe de Codevida y PROVEA (2017), arrojó que tres millones de personas con enfermedades crónicas han pasado al menos un año sin poder obtener la medicación necesaria para sus tratamientos, es decir, una persona por cada diez habitantes. Adicionalmente, alertó sobre la evidente escasez de tratamientos como quimioterapias, diálisis, medicamentos inmunosupresores para evitar el rechazo de órganos trasplantados, medicinas para personas con esclerosis múltiple, párkinson, alzhéimer, VIH/SIDA, entre otros.

En una muestra estadística tomada en 5 ciudades de Venezuela -Barquisimeto, Maracaibo, Nueva Esparta, Mérida y AMC-, se encontró que hay una escasez del 84.5% de medicamentos para la hipertensión, 95.9% para infecciones respiratorias agudas, 91% para la diarrea y 89.9% para la diabetes, como lo informa Convite Asociación Civil (2018).

Las consecuencias de esta puntual problemática son que las personas dejen de medicarse debidamente, bajen sus dosis recetada, alteren sus tratamientos, los reemplacen por “medicinas” caseras, acudan a mercados clandestinos para conseguirlos sin conocer la procedencia de lo que consumen y así expongan su salud y vida, por la imposibilidad de acceder a ellos por los medios usuales, generando incluso resistencias a los medicamentos por la interrupción de los tratamientos, en el caso de enfermedades como el VIH/SIDA.

---

<sup>15</sup> Convite Asociación Civil es una ONG venezolana que lucha por la defensa de los derechos humanos en ese país.

Resulta sumamente angustiante esto, pues es una cuestión que en la práctica se traduce en elevar rápidamente las probabilidades de morir de una persona, como consecuencia de la negligencia de la administración de un país que no cuenta con la diligencia y capacidad suficientes para asegurar el derecho humano a la salud de sus habitantes, y cuando las enfermedades que estos padece podrían ser tratables, prevenibles y/o curables de haber tenido una atención médica oportuna y acceso a los medicamentos necesarios para su tratamiento.

La CIDH (2017b), mediante Resolución 37 de 2017, dictó la medida cautelar No. 309-17, en el caso *Johonnys Armando Hernández* respecto de Venezuela. El mismo se trataba de un señor que padecía de hemofilia, cuya vida estaba en riesgo por no recibir oportuno tratamiento para su enfermedad. Luego de analizar el caso, y teniendo en cuenta el estado actual del sistema de salud venezolano, la Comisión determinó que era necesario decretar medidas cautelares a favor del señor Hernández, pues su vida estaba en riesgo. Puntualmente, ordenó al Estado venezolano adelantar las medidas necesarias para proteger la vida del accionante, dando un tratamiento médico idóneo conforme a los requerimientos de su afección.

No obstante, si bien son importantes y pueden generar un precedente relevante este tipo de medidas, no son en absoluto suficientes si se tiene en cuenta que casos como ese podrían ascender a tres millones, de acuerdo con las cifras reportadas.

Por lo anterior, muchas personas han decidido protestar y reclamar sus derechos por medio de manifestaciones<sup>16</sup>. Sin embargo, al no ver resultados y ante la necesidad de una respuesta rápida para el peligro inminente que estos inconvenientes significan para sus vidas y salud, es apenas entendible que tomen la decisión de emigrar, como reflejo del más básico instinto de supervivencia.

---

<sup>16</sup> Informa Tovar (2018) que en Venezuela hubo una manifestación denominada “No queremos morir”, hecha por pacientes venezolanos que padecían enfermedades de alto riesgo, acompañados por médicos y ONG.

## **D. PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EMBARAZO, Y MORTALIDAD DE MADRES GESTANTES Y NEONATOS**

En Venezuela hay una gran escasez de métodos anticonceptivos y los que se consiguen, están disponibles en el mercado a precios muy elevados, asunto que es bastante preocupante en materia de salud pública, por implicar un incremento de probabilidades de contagio de enfermedades de transmisión sexual y de necesidad de práctica de futuros abortos ilegales y clandestinos<sup>17</sup>; también por generar una gran barrera en el campo de la planificación familiar, constituyendo una clara violación a los derechos reproductivos de quienes habitan en ese territorio; además, por ser un factor que tiende a incrementar la tasa de embarazos adolescentes, ubicando al país en el primer lugar a nivel suramericano; y porque, como se ha expuesto previamente, el sistema de salud venezolano no está en condiciones de dar una adecuada –ni siquiera básica- atención de cuidados y diagnósticos que requiere un embarazo en cualquiera de sus etapas (El Nacional, 2017; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2017, citado por Barreto, 2017).

Todo lo anterior conduce a la generación de importantes problemáticas para las mujeres embarazadas, puesto que su salud se ve amenazada e incluso su propia vida se ve en riesgo por la ineficiente respuesta del sistema para su estado de gravidez. Al respecto, resultan preocupantes las estadísticas: en 2016, Venezuela volvió a presentar cifras de mortalidad materna que no presentaba desde 1990, y el número de mujeres que fallecen en este estado es cada vez mayor. Así, se tiene que por ejemplo entre 2015 y 2016 hubo un 65.79% de aumento de casos de este tipo de muertes, porcentaje que en ciertos estados venezolanos creció de forma desmesurada, como en Carabobo, donde se pasó de 13 a 76 casos, lo que significa un aumento del 484.62% (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] y OPS, 2017; Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2016).

---

<sup>17</sup> Teniendo en cuenta que de conformidad con el Capítulo IV del Código Penal Venezolano (2005), el aborto es ilegal en ese país.

Según Convite Asociación Civil (2016), el punto más bajo de mortalidad materna se dio en 1998 con 51.02 casos de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos, mientras que el más alto fue en 2016, con una proyección de 112.29 mujeres fallecidas. Aunado a lo anterior, se encuentra el tema de la mortalidad infantil, que también ha incrementado, pasando de 8.812 casos en 2015, a 11.466 en 2016, esto es, un aumento del 30.12% a nivel nacional.

De todas las anteriores circunstancias, se deriva el temor razonable de las mujeres de tener a sus hijos en tierra venezolana, que las lleva a buscar otros países donde puedan dar a luz en mejores condiciones y con mayores probabilidades de éxito en el proceso tanto para su propia salud, como para la de sus hijos, tal como ellas mismas lo manifiestan en las entrevistas hechas por Amnistía Internacional (2018d). Esto que se refleja, como se verá posteriormente en el acápite referido al impacto de la migración venezolana en Colombia, en la gran cantidad de mujeres que han venido a este país a tener a sus hijos, que se estima en 8.200 mujeres registradas, según cifras de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres [UNGRD], la Federación Nacional de Personeros de Colombia [FENALPER] y la Defensoría del Pueblo (2018).

## **E. CRISIS ALIMENTARIA Y DE PRODUCTOS DE PRIMERA NECESIDAD**

Este es un factor que, si bien no está relacionado directamente con el sistema de salubridad de Venezuela, tiene importantes implicaciones en la salud de sus habitantes y, por tanto, repercute indirectamente en el mismo, por lo que resulta pertinente describirlo de forma sucinta.

Afirma la CIDH (2017a) que la economía del país está en crisis, la producción de alimentos ha disminuido, los costos de estos y de los productos de primera necesidad han aumentado de una manera exorbitante, y su disponibilidad en el mercado es cada vez menor, particularmente en los últimos años. Como consecuencia de ello, es cada

vez más difícil para quienes habitan en Venezuela, y en especial para quienes lo hacen con menos recursos, acceder a una adecuada alimentación e higiene.

Indica HRW (2016) que de conformidad con una encuesta realizada en 2015 a 1488 personas -en su mayoría de escasos recursos- en 21 ciudades del país, se encontró que el 87% de las personas entrevistadas consideraban que tenían dificultades para conseguir alimentos y el 12% indicó que comía dos veces al día o menos. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, manifestó en septiembre de 2016 que en Venezuela se estaba propagando el hambre y se estaba produciendo un gran deterioro en la atención en salud.

La implicación de todo lo anterior se refleja en varios aspectos, como el nivel de subalimentación de sus habitantes: según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana para la Salud, este creció 3.9% con respecto al trienio anterior, esto quiere decir que hubo un aumento de 1.3 millones personas subalimentadas, como lo refiere Amnistía Internacional (2018f). También se materializa esta problemática en aspectos como la significativa pérdida de peso de las personas<sup>18</sup> y problemas de sanidad.

## **SITUACIÓN ACTUAL DE VENEZUELA EN TEMAS DE SALUD: CONCLUSIÓN**

De todo lo expuesto previamente, se colige, en primer lugar, que es evidente que el panorama del estado actual del sistema de salud venezolano es absolutamente desolador, incluso si se acude únicamente a las pocas cifras que el gobierno ha emitido al respecto. De todos los datos analizados, se concluye que este sistema está realmente colapsado y en crisis, como la misma OMS lo ha reconocido (Herrera, 2017).

---

<sup>18</sup> Afirma la CIDH (2018b) que expertos en derechos humanos señalaron que es preocupante ver cómo, por ejemplo, en el Estado de Miranda, las personas mayores están perdiendo 16 kilos al año.



Resulta sumamente preocupante que, a pesar de todos los aspectos expuestos con anterioridad, el gobierno venezolano niegue la existencia de una crisis humanitaria en su territorio<sup>19</sup>, y que, por lo mismo, se cierre totalmente ante la posibilidad de aceptar ayuda de la comunidad internacional para contribuir a solventar su crisis y mejorar la calidad de vida de sus habitantes, como lo aseguran Codevida y Provea (2017).

Por tanto, es comprensible que los habitantes de este país estén migrando hacia otros destinos, como consecuencia de, entre otros factores, el pésimo estado del servicio de salud venezolano, que fuerza a sus habitantes a ir hacia otros lugares como resultado de un básico instinto de preservación de la vida propia. La Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2018) estima que son 2.3 millones los nacionales que han abandonado su país huyendo de la crisis, y que la mayoría lo ha hecho hacia Colombia, Perú, Brasil y Ecuador, como consecuencia de la escasez de medicinas y alimentos.

---

<sup>19</sup> HRW (2016) señala que en sesión extraordinaria del Consejo Permanente de la OEA, el 23 de junio de 2016, la canciller venezolana, Delcy Rodríguez dijo: “No hay crisis humanitaria [en Venezuela]. No la hay. Lo afirmo con toda responsabilidad”.

## **2. CONTEXTO COLOMBIANO DE ACOGIDA DE LOS VENEZOLANOS MIGRANTES EN EL SISTEMA DE SALUD: DISPOSICIONES NORMATIVAS Y JURISPRUDENCIA**

A continuación, se realizará un breve compendio de la normativa actualmente vigente en Colombia, relacionada con el tema de atención en salud de extranjeros a nivel general, luego se verá cómo se aplican concretamente estas normas para el caso los ciudadanos venezolanos de acuerdo con su estatus migratorio y, finalmente, se analizará lo que ha señalado la jurisprudencia constitucional colombiana en materia de salud de extranjeros. Todo lo anterior con la finalidad de establecer, de acuerdo con la teoría normativa y jurisprudencial, cuál es la manera en la que se debería estar acogiendo a los venezolanos dentro del sistema de salud colombiano, para contrastarlo posteriormente en otro acápite con la práctica al interior del mismo sistema.

### **A. DISPOSICIONES NORMATIVAS**

La Constitución Política de Colombia (1991), en su artículo 49, define la salud como un servicio público a cargo del Estado, señalando que este garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y añade que la ley determinará en qué términos la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Así, desde el nivel constitucional del ordenamiento jurídico colombiano, se establece la universalidad como principio fundamental del sistema de salud colombiano.

Al respecto, la Ley 100 de 1993, estipula que el Sistema de Seguridad Social Integral tiene como uno de sus pilares fundamentales esta máxima, conforme a la cual existe una garantía de protección para todas las personas en la totalidad de etapas de su vida, sin ningún tipo de discriminación. Agrega esta norma que el Estado debe garantizar a todos sus habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, aunque señala que

para tal efecto, estos deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por su parte, en aras de obtener la universalidad de la prestación, la Ley 1438 de 2011 establece que el servicio debe ser prestado a todos los residentes, incluso a quienes no se encuentren afiliados al sistema, obligación que estipuló en cabeza de las entidades territoriales<sup>20</sup>. De manera que estas últimas deben materializar la garantía de atención en salud a quienes residan en ese territorio, en lo no cubierto con subsidios a la demanda<sup>21</sup>.

Todo lo mencionado respecto al principio de universalidad debe ser leído de la mano del principio de igualdad. Así, indica la Constitución Política Colombiana (1991) que los extranjeros gozarán de los mismos derechos civiles y garantías concedidas a los nacionales, excepto en los casos que expresamente indique la ley. En ese sentido, la Ley 100 de 1993 establece que uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la igualdad, máxima en virtud de la cual se garantiza el acceso al sistema de todos los residentes de Colombia, sin discriminación por motivos de origen nacional. Debe señalarse que ahí ya se encuentra una primera limitación del derecho, puesto que si bien no discrimina por motivos de nacionalidad, sí indica que el acceso al sistema de salud será solo para quienes se encuentren en calidad de residentes en Colombia, lo que tiene unas implicaciones que se estudiarán posteriormente.

Por otra parte, varias normas del ordenamiento hacen referencia a la solidaridad como principio rector del sistema de salud en Colombia. Así, desde la Constitución Política se estipula que es un deber de los ciudadanos colombianos actuar de conformidad con esta máxima, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o salud de otras personas.

---

<sup>20</sup> Así lo indica la Corte Constitucional haciendo referencia a esta norma (Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión. T-728 de 2016).

<sup>21</sup> Como lo señaló el Ministerio de Salud en su intervención ante la Corte (Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. T-210 de 2018), basado en esta ley.

Como manifestación de tal principio, señala la Ley 1438 de 2011, que todos los residentes en territorio nacional deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y de no estarlo, si tiene capacidad de pago deben cancelar el servicio, si no, deberán ser atendidos y posteriormente afiliados a una Entidad Promotora de Salud que responda por el servicio prestado, si así procede.

La importancia de esta máxima es reiterada por la Ley 1751 de 2015, que establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo, y establece que los residentes en territorio colombiano gozarán efectivamente de este derecho en todas las etapas de su vida.

Por otro lado, en cuanto a los niños y niñas, debe señalarse que en Colombia, por mandato constitucional, se considera la salud como un derecho fundamental de este grupo poblacional, cuyo interés es prevalente. Dispone la Carta, como manifestación de lo anterior, que todo niño menor de un año que no tenga ningún tipo de protección ni seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita, en los términos en lo que la ley lo desarrolle.

También se encuentra, como ejemplificación de lo anterior, que el Decreto 780 de 2016 establece que si se da el caso de un recién nacido cuyos padres no estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el día de su nacimiento el prestador de servicios de salud debe registrarlo en el Sistema de Afiliación Transaccional y e inscribirlo en una EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio.

Ahora bien, frente al punto específico de la atención de los extranjeros en el sistema de salud colombiano, como se indicó previamente, la Ley 100 de 1993 establece que el Estado garantiza a todos los habitantes el derecho a la seguridad social, aunque estos deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece esta ley, en el mismo sentido del Decreto 780 de 2016, que pueden afiliarse al sistema de forma voluntaria todas las personas residentes en territorio nacional que no tengan

calidad de afiliados obligatorios y no estén expresamente excluidos del régimen por la misma norma. Para ello, de conformidad con el mencionado Decreto, se debe contar con alguno de los siguientes documentos:

- Cedula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia.
- Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.

A la anterior lista debe agregarse el Permiso Especial de Permanencia (PEP)<sup>22</sup>, expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, que fue creado por la Resolución 5797 de 2017. Este es un documento exclusivo para ciudadanos venezolanos que no tengan la intención de establecerse en Colombia, como mecanismo de facilitación migratoria, que les permite permanecer temporalmente en territorio colombiano en condiciones de regularización migratoria y acceder a la oferta institucional en salud. Este permiso fue otorgado solo a los ciudadanos venezolanos que para 2 de febrero de 2018 se encontraran en territorio nacional, según la Resolución 740 de 2018 del Ministerio de Relaciones Exteriores. Su vigencia es de 90 días calendario, prorrogables por periodos iguales, sin que se exceda en término de dos años.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que el Decreto 1288 de 2018, buscó regularizar a las personas venezolanas en situación migratoria irregular en territorio colombiano, mediante el otorgamiento del PEP, modificando sus requisitos y plazos, para así buscar que las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV)<sup>23</sup> pudieran acceder a la oferta institucional. Además, dispuso que los

---

<sup>22</sup> Este último documento es el único que difiere de los que se exigen a los ciudadanos extranjeros provenientes de otros países.

<sup>23</sup> El Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos -RAMV- fue creado por el Decreto 542 de 2018, buscando generar una base de datos con la información de estos migrantes que sirviera como insumo para el diseño de una política integral de atención humanitaria. Así, se dispuso que todos los ciudadanos venezolanos que estuvieran en territorio colombiano debían presentarse en los puestos determinados para tal fin en áreas fronterizas y municipios de mayor afluencia de personas de esa nacionalidad, entre el 6 de abril y el 8 de junio de 2018, debían hacerlo aquellos que tuvieran el ánimo de permanecer en Colombia a corto, mediano o largo plazo, sin importar que su estatus migratorio fuera regular o irregular, siempre y cuando no tuvieran ningún registro vigente en Colombia, es decir, que no tuvieran cédula de extranjería, ni Permiso de Ingreso y Permanencia (PIP), ni visa, ni Permiso Especial

venezolanos inscritos en el RAMV, en términos de salud, tienen derecho a: 1) atención de urgencias, 2) acciones en salud pública, esto es: vacunación en el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, control prenatal para mujeres gestantes, acciones de promoción y prevención definidas en el Plan Sectorial de respuesta al fenómeno migratorio y a las intervenciones colectivas que desarrollan las entidades territoriales en las cuales se encuentren dichas personas; y 3) afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto al régimen contributivo como al subsidiado, para lo cual debían posteriormente obtener el PEP. Este decreto fue aplaudido por la CIDH (2018a), al respecto, su presidenta dijo que celebraban esta medida sin precedentes en la región.

De todo lo dicho hasta el momento, se concluye que, si bien nuestra Constitución establece los principios de universalidad, solidaridad e igualdad, de acuerdo con el desarrollo legal del asunto, solo los extranjeros cuya situación migratoria es regular y son residentes o portadores del PEP, tienen la posibilidad de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea al régimen contributivo o al subsidiado.

Así, quienes no pertenezcan a la anterior categoría, de acuerdo con la legislación colombiana, tienen derecho únicamente a la atención inicial de urgencias, como lo dispone la Ley 100 de 1993, reiterada por la Ley 715 de 2001, que establece que este servicio debe ser prestado obligatoriamente por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, sin importar su capacidad de pago, a lo que debe agregarse lo establecido por la Ley 1751 de 2015, que estipula que las personas tienen derecho a recibir atención de urgencias, sin que les sea exigible un documento o pago previo alguno. Todo lo anterior es reiterado por el Decreto 780 de 2016.

---

de Permanencia (PEP) vigente, ni Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), tampoco quienes se encontraran en tránsito hacia otros países. Este registro estuvo a cargo de la Unidad Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres.

De conformidad con las disposiciones indicadas previamente, se tiene que, dependiendo del estatus migratorio de los ciudadanos venezolanos que se encuentren en Colombia, estos serán beneficiarios de determinado tipo de atención en salud, de la siguiente manera:

- **Nacionales venezolanos en condición regular o con Permiso Especial de Permanencia:**

Este grupo de personas tiene derecho a atención de urgencias. Además, pueden afiliarse al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como dependientes o independientes, pero si sus condiciones económicas no les permiten esa forma de acceso, pueden hacer parte del régimen subsidiado si cumplen con los requisitos para hacerlo, solicitando que les sea aplicada la encuesta del SISBEN.

- **Nacionales venezolanos inscritos al RAMV:**

Mientras obtienen el PEP, estas personas tienen derecho a lo referido previamente en el marco del Decreto 1288 de 2018, esto es, atención de urgencias y acciones en salud pública.

- **Nacionales venezolanos en tránsito:**

Estas personas tienen derecho a atención de urgencias.

- **Migrantes irregulares no inscritos en el RAMV<sup>24</sup>:**

Estas personas tienen derecho a atención de urgencias. Además, pueden beneficiarse de las intervenciones colectivas que lleven a cabo las entidades

---

<sup>24</sup> Esto debe leerse en conjunto con Decreto 1067 de 2015, que establece que se entiende que hay permanencia irregular en el territorio colombiano: cuando la persona haya ingresado al mismo de manera irregular, esto es, por un lugar no habilitado, omitiendo el control migratorio, o sin la documentación necesaria o siendo esta falsa; cuando entró al país de forma legal pero permaneció más tiempo en el mismo de lo permitido; cuando permanece en el país con documentación falsa; o cuando el permiso otorgado haya sido cancelado.

territoriales y de las acciones de salud pública que cubran a todos los habitantes del territorio.

- **Pueblos indígenas en territorios fronterizos con Venezuela:**

Son afiliados de manera prioritaria al régimen subsidiado mediante las listas censales, de las cuales son responsables las autoridades indígenas. Para tal efecto, es necesario que las autoridades locales reconozcan a estas comunidades como pueblos indígenas en territorio fronterizo.

Por otra parte, de acuerdo con el Decreto 2228 de 2017, los colombianos retornados son calificados como una población especial y prioritaria, lo que les permite afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el régimen subsidiado, en tanto no tengan manera de hacer parte del régimen contributivo. Mientras se da la afiliación, la atención en salud deben garantizarla los departamentos y distritos, por medio de los contratos con la red hospitalaria para la atención de población pobre no asegurada y eventos no POS.

Ahora bien, frente al tema puntual de la crisis migratoria venezolana, el Estado colombiano ha proferido una serie de normas buscando hacer frente a la misma, en lo atinente a la salud. Así, por ejemplo, los Decretos 1770, 1978, 1768 de 2015 y 1495 de 2016 declararon un estado de excepción en parte del territorio nacional, como consecuencia de una masiva repatriación, retorno, expulsión y deportación de colombianos que residían en Venezuela. Una de las consecuencias de ello, fue la habilitación de las Empresas Promotoras de Salud ubicadas en territorio fronterizo, que estaban siendo intervenidas y en liquidación, para el aseguramiento de esta población. Asimismo, se definió a este grupo poblacional y a sus grupos familiares que migraron durante el año 2015, como “población especial y prioritaria”, con el fin de ordenar su afiliación al régimen subsidiado a través de listados censales a cargo de los municipios o distritos donde estuviesen ubicados, o si no estaba disponible este mecanismo, mediante aplicación de la encuesta del SISBEN, para que pudieran pertenecer a ese



régimen hasta que variara su condición económica y pudieran hacer parte del régimen contributivo.

Como los decretos anteriormente nombrados se expidieron con vocación de temporalidad dentro del marco de un estado de excepción, en el año 2017, notando que se seguían presentando las contingencias relacionadas con esos migrantes colombianos, el gobierno nacional por medio del Decreto 2228 de 2017, decidió prolongar los efectos de dichas normas hasta que se establezca la situación en Venezuela. Cabe señalar que esta definición temporal resulta ser sumamente amplia y deja en manos del gobierno un gran poder discrecional para decidir cuándo se cumple esa condición.

Por su parte, en el marco de esta crisis, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido Circulares para atender temas puntuales de su competencia, por ejemplo, mediante la Circular 025 de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social señala que para responder a la migración masiva de venezolanos a nuestro país, es necesario implementar políticas de coordinación intersectorial entre las Direcciones Territoriales de Salud y entidades como la Registraduría Nacional del Estado Civil, las Defensorías y Comisarías de Familia, Migración Colombia, entre otras.

Así mismo, mediante actos administrativos como Circular Conjunta Externa 0014 de 2014, Circular 043 de 2015, y la Circular 0006 de 2018, el Ministerio ha buscado prevenir, detectar y hacer frente a enfermedades como sarampión, rubeola, chikunguña, zika y difteria, muchas de ellas intensificadas en áreas fronterizas con Venezuela o descubiertas en pacientes de esa nacionalidad que están habitando en Colombia<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Informa la revista Semana (2018a) que en 2014, Colombia se declaró como país libre de sarampión. Ahora, en 2018, se han reportado -a marzo- 4 casos de esta enfermedad en el país, todos aquellos que padecían esta enfermedad eran venezolanos y habían llegado hace poco a Colombia.

En asuntos presupuestales y de competencia, de manera general, la Ley 715 de 2001, referida al Sistema General de Participaciones -SGP-, señala las competencias de la Nación en temas de salud, y establece que corresponde a esta su dirección, de acuerdo con la diversidad regional, y también la distribución los recursos de este SGP. A su vez, establece las competencias de las entidades territoriales, haciéndolas titulares de la dirección de la salud al interior de su correspondiente circunscripción (a nivel departamental, municipal o distrital, según corresponda) y la vigilancia de la correcta destinación y aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del SGP con destinación específica a salud, también las hace titulares de las obligaciones como la adopción de la Política de Prestación de Servicios de Salud decretada por la Nación, la preparación del plan bienal de inversiones públicas en salud, y la prestación de servicios de salud de manera oportuna y eficiente a la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción.

Además, se han dado medidas puntuales en temas de presupuesto para dar respuesta a la crisis migratoria de venezolanos. Así, se tiene que mediante el Decreto 866 de 2017, el Gobierno Nacional reglamentó el giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia<sup>26</sup> prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos. De esta forma, el Ministerio de Salud puso a disposición de las entidades territoriales, privilegiando los departamentos ubicados en zona fronteriza, los recursos excedentes de la subcuenta ECAT del FOSYGA, para el pago de esos servicios. Se pueden utilizar dichos recursos cuando ocurran las siguientes condiciones: 1. Que se trate de una atención inicial de urgencias; 2. Que la persona que recibe la atención no tenga subsidio en salud en los términos del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, ni cuente con un seguro que cubra el costo del servicio; 3. Que la persona que recibe la atención no tenga capacidad de pago; 4. Que la persona que recibe la atención sea

---

<sup>26</sup> El Decreto 866 de 2017 señala que entre las atenciones iniciales de urgencia, se incluye la atención de urgencias. Al respecto, es preciso aclarar que la primera se refiere a un tema de estabilización de signos vitales, mientras que la segunda busca preservar la vida y prevenir consecuencias críticas y permanentes en los usuarios que presenten alteraciones de su integridad física, mental o funcional, por cualquier causa, como lo establece la Resolución 5269 de 2017, del Ministerio de Salud y Protección Social.

nacional de un país fronterizo; y 5. Que la atención haya sido brindada en la red pública hospitalaria del departamento o distrito.

Así, respecto al pago de urgencias, se tiene que estas en primer lugar son cargadas al Sistema General de Participaciones, y complementariamente a los recursos previamente señalados.

## **B. EVOLUCIÓN JURISPRUDENCIAL**

En este acápite se desarrollará una breve línea jurisprudencial de las sentencias proferidas por la Corte Constitucional, relacionadas con el derecho a la salud de los migrantes en Colombia. Para tal fin, se estudiarán las sentencias C-834 de 2007, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-269 de 2008, M.P. Jaime Araújo Rentería; T-1088 de 2012, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; T-212 de 2013, M.P. Nilson Pinilla Pinilla; T-314 de 2016, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado; T-728 de 2016, M.P. Alejandro Linares Cantillo; T-421 de 2017; M.P. Iván Humberto Escrucería Mayolo; SU 677 de 2017, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado<sup>27</sup>; T-705 de 2017, M.P. José

---

<sup>27</sup> Indica la Corte Constitucional, haciendo referencia a la jurisprudencia de unificación, que:

Con el artículo 34 del Decreto 2591 de 1991 se busca específicamente unificar las sentencias de revisión de tutela de la Corporación. Ello por cuanto la jurisprudencia de la Corte debe ser universal, coherente y consistente, con el ánimo de realizar el principio de igualdad material (art. 13 de la carta), en virtud del cual se debe conferir igual tratamiento a situaciones similares, así como propiciar un mínimo de certeza en el tráfico jurídico. Tales atributos de la jurisprudencia constitucional requieren de la existencia de un mecanismo de unificación, toda vez que la Corte Constitucional, falla los asuntos de tutela mediante las diferentes salas de revisión, cada una de ellas encabezada por uno de los Magistrados de la Corporación, de suerte que existen tantas salas de revisión de sentencias de tutela como Magistrados de la Corte (...) Para resolver entonces la falta de unidad que producirían pronunciamientos disímiles de las distintas salas de revisión de tutela es que se ha establecido justamente la norma acusada.

Lo anterior adquiere mayores dimensiones si se tiene en cuenta que la revisión de sentencias de tutela por parte de la Corporación es eventual, esto es, no se revisan todas las sentencias sino tan sólo aquellas que sean seleccionadas por tener un carácter paradigmático. Tal carácter tiene dos implicaciones: es obligatorio y es didáctico (Corte Constitucional, Sala Plena, C-018/1993)

No obstante, la providencia SU 677 de 2017 no cumple con tal descripción, ya que no estudia los precedentes de la misma, que como se analizará en este acápite, han sido cambiantes, y tampoco ha sido seguida por pronunciamientos posteriores a ella, manteniéndose la problemática aquí referida de sentencias disímiles cuyo enfoque depende del magistrado que la estudie. Frente a esto último, se verá por ejemplo cómo la mayoría de las sentencias que protegen el derecho a la salud de los migrantes no regulares en Colombia han tenido ponencia de la MP. Gloria Stella Ortiz Delgado, mientras que las salas que tienen conceptos más restrictivos suelen estar integradas por los mismos magistrados.

Fernando Reyes Cuartas; T-210 de 2018, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado; y T-348 de 2018, M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.

En primer lugar, debe señalarse que la Corte Constitucional en su jurisprudencia ha reconocido el carácter fundamental del derecho a la seguridad social, proscribiendo todo tipo de discriminación por motivos del origen nacional para su goce efectivo. Así lo reconoce la sentencia C-834 de 2007<sup>28</sup>, que señala que esta es un servicio público y derecho irrenunciable de toda persona, pronunciamiento reiterado por la sentencia T-210 de 2018, que agregó que la misma está a cargo del Estado, guiado por el principio de universalidad, de tal manera que su garantía no depende de la condición de ciudadano del destinatario, sino del hecho de ser humano que habita el territorio nacional, sobre todo en los casos donde las personas se encuentran en debilidad manifiesta, por sus condiciones económicas, físicas o mentales.

Frente a eso, ha de señalarse que la Corte ha sido clara y constante al considerar que la normativa actual referida al acceso y derechos de los extranjeros en el sistema de salud colombiano está ajustada a la Constitución y al Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Al respecto, siempre partiendo de la base del principio de igualdad, ha sostenido esta Corporación en sentencias como la T-1088 de 2012 y la T-728 de 2016 que, si bien el Estado tiene la obligación de dar igualdad de trato a todas las personas, esto no significa que no se puedan establecer diferencias al momento de regular el ejercicio de determinados derechos, si hay una justificación razonable para hacerlo o median razones de orden público para ello. Así pues, indica que si bien el origen nacional puede considerarse como un criterio sospechoso de discriminación, el mismo art. 100 de la Constitución autoriza la limitación de los derechos de los extranjeros.

---

<sup>28</sup> En esta sentencia se analiza la exequibilidad del artículo 1 de la Ley 789 de 2002, que dispone que el sistema de protección social es un conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo.

Se demanda esa norma porque se considera que la expresión “los colombianos” es contraria art. 13 que consagra el derecho a la igualdad y al art. 48 que dice que la seguridad social es un servicio público obligatorio que se garantiza a todos los habitantes del Estado, sin distinción.

En lo anterior encuentra la Corte la justificación para fundamentar los diferentes tratamientos que en asuntos específicos de salud se da a los inmigrantes. Así pues, se tiene que en materia de trasplante de órganos, con base en ello, la Corporación encuentra que es exequible el Decreto 2493 de 2004, cuyo artículo 40 señala que los extranjeros no residentes pueden ingresar a lista de espera solo si no hay nacionales o extranjeros residentes en ella. Halla la Corte fundamento para esta diferenciación realizada por la norma entre nacionales, extranjeros residentes y extranjeros no residentes principalmente en dos argumentos, reiterados en las sentencias T-1088 de 2012<sup>29</sup> y T-728 de 2016<sup>30</sup>: por un lado, expone que esta norma ayuda a mantener el orden público, en tanto es una medida que previene el denominado turismo de trasplantes; y por el otro, indica que se justifican las distinciones que existen entre ellos, pues solo nacionales y los extranjeros residentes deben cumplir permanentemente con la normatividad del Estado colombiano, en tanto los extranjeros no residentes no, así por ejemplo, son solo los dos primeros quienes contribuyen al sostenimiento del sistema de seguridad social. Además, señala la Corporación que no es un trato discriminatorio, pues permite a los extranjeros entrar a la lista de espera, solo que lo hace en un orden prevalente, ya que así se respeta el derecho de quienes previamente habían radicado sus solicitudes.

Los anteriores argumentos fueron los que llevaron a la Corte Constitucional en los dos casos que estudiaron en esas sentencias, a no amparar el derecho de los extranjeros no residentes que sentían violentadas su igualdad y salud como consecuencia de la aplicación de esas normas. No obstante, hubo un caso analizado por la sentencia T-269

---

<sup>29</sup> En esta sentencia, la Corte Constitucional estudia el caso de un ciudadano de nacionalidad brasileña que padecía de cirrosis hepática alcohólica, y para recuperarse requería un trasplante de hígado. Luego de solicitar el trasplante de hígado que requería, el hospital le negó su petición, ya que existían nacionales y extranjeros residentes en lista de espera, por lo que de conformidad con el Decreto 2493 de 2004, artículo 40, no se podía realizar esa intervención.

<sup>30</sup> En esta providencia, la Corte Constitucional analiza el caso de un señor de nacionalidad hondureña, quien padecía de cirrosis, motivo por el cual un médico le prescribió un trasplante hepático como único mecanismo para recuperar su salud. Él se encontraba en Colombia como extranjero no residente, razón por la que le fue negada su solicitud a ser inscrito en la lista de espera para trasplantes hepáticos.

de 2008<sup>31</sup>, en el cual atendiendo al criterio de urgencia y necesidad del trasplante, la Corte indicó que si bien esa era una norma constitucionalmente válida, en el caso concreto era necesario dar un trato diferenciado a la accionante, pues había una justificación objetiva y razonable para ello: la inminencia de su muerte en caso de no realizar el trasplante. Así, si bien consideró que el mencionado Decreto era válido, aplicarlo en ese caso llevaría violar derechos fundamentales, los cuales indicó que no distinguen fronteras y van más allá del vínculo de un sujeto con un Estado. Bajo tales consideraciones, decidió tutelar los derechos de esa persona.

Por otra parte, ese razonamiento de la validez de diferenciación en el trato de los extranjeros cuando hay de por medio una justificación objetiva y razonable para ello, también es el que ha utilizado la Corporación para sustentar porqué es válido distinguir el tratamiento otorgado a los migrantes regulares y a los irregulares en temas de salud, considerando que los primeros tienen la oportunidad y obligación de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mientras que los segundos no la tienen, sino que solo están facultados para acceder al servicio de atención de urgencias, en los términos previamente expuestos.

Al respecto, la Corte ha enfatizado en sentencias como la T-314 de 2016, la SU-677 de 2017, T-705 de 2017, T-210 de 2018 y la T-348 de 2018, que el reconocimiento de la igualdad de derechos a extranjeros, implica al mismo tiempo que ellos cumplan con la normatividad establecida para quienes habitan en territorio colombiano. Ejemplificación de ello es que de conformidad con el Decreto 780 de 2016, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia, y para ello la misma norma establece los documentos de identificación que pueden utilizarse para tal fin, dependiendo de la persona que se trate (mayor o menor de edad, nacional o extranjera, etc.), por lo que si un extranjero se encuentra en

---

<sup>31</sup> Es el caso de una señora de nacionalidad ecuatoriana de tercera edad que tiene cirrosis, por lo que requiere un trasplante hepático como única alternativa para mejorar sus condiciones de vida. El hospital que la diagnosticó le denegó esa solicitud en virtud del artículo 40 del Decreto 2493 de 2004.

territorio colombiano de manera irregular, es su obligación regularizar su situación migratoria para obtener un documento válido y así poder afiliarse al sistema.

Ahora bien, frente al punto particular de la prestación de servicios de urgencias a extranjeros, es claro para la Corte, en consistencia con la normatividad que regula el asunto, que sin importar si el migrante es regular o no, éste tiene derecho a este tipo de atención. Así, vemos que sentencias como la T-316 de 2016, señalan que los extranjeros -sin categorizaciones- tienen derecho a recibir un mínimo de atención por parte del Estado en casos de urgencia, especialmente en temas de salud, esto para salvaguardar sus derechos fundamentales. En el mismo sentido se profiere la sentencia T-728 de 2016, que agrega que solo si estas personas deciden establecerse en el país como migrantes en situación regular, pueden afiliarse al sistema de salud mediante el régimen subsidiado o el contributivo.

Frente la asunción presupuestal de la atención de urgencias, la Corte reitera en sus providencias como la T-314 de 2016, la SU-677 de 2017 y la T-705 de 2017, que de conformidad con la Ley 1438 de 2011 que garantiza el cubrimiento del servicio a todos los residentes del país, existe una obligación por parte de las entidades territoriales de garantizar la prestación de los servicios básicos de salud a la población no afiliada y de iniciar los trámites necesarios para su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los requisitos exigidos por la ley.

Respecto a este tema, añade la sentencia T-210 de 2018 que cuando los migrantes se encuentren en calidad irregular y carezcan de recursos económicos, tienen derecho a recibir atención de urgencias, con cargo al departamento y en subsidio a la Nación, cuando sea requerido, hasta que se logre la afiliación de la persona al sistema de salud, y aclara que esta interpretación no difiere o aumenta el alcance de lo establecido por la normativa que regula el tema.

Por otra parte, la sentencia T-705 de 2017, reitera que los extranjeros no residentes solo tienen derecho a atención de urgencias. Tal afirmación debería ser morigerada actualmente, entendiendo que si bien los portadores del Permiso Especial de Permanencia -PEP- no son residentes<sup>32</sup>, de conformidad con la normativa que regula este documento, quienes lo portan pueden inscribirse con él al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por otro lado, la Corporación en la providencia T-210 de 2018, refirió que brindar atención de urgencias a los migrantes irregulares tiene una justificación razonable y cumple con las obligaciones estipuladas por el derecho internacional al respecto, particularmente las contenidas en la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990) y a las recomendaciones del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2014).

Ello encuentra su sustento, como lo ha señalado la Corte Constitucional en sentencias como la C-834 de 2007, la T-421 de 2017, la SU 677 de 2017 y la T-210 de 2018, que exponen que la atención de urgencias hace parte del núcleo esencial mínimo no negociable del derecho a la salud. En ese sentido, indica esta Corporación que toda persona -incluso los extranjeros- tiene derecho a un mínimo vital, esto es, derecho a recibir una atención mínima por parte del Estado en casos de externa necesidad y urgencia, por lo cual el legislador no puede disponer sobre ello. Así mismo, indica la Corte que este derecho tiene una zona complementaria que define el correspondiente órgano de representación popular, de conformidad con los recursos y prioridades que tenga.

Respecto a esto último, indica la Corte en la última de las providencias indicadas que el derecho a la salud tiene facetas prestacionales y no prestacionales, frente a las

---

<sup>32</sup> Esto de conformidad con la Resolución 740 de 2018 que indica el PEP se otorga a los venezolanos que se encuentran en territorio nacional sin ánimo de establecerse.



primeras, indica que algunas de ellas son de cumplimiento inmediato, sea porque se trata de una acción simple que no requiere un movimiento de recursos importante, o porque así lo implique, la gravedad e inminencia del asunto requieren una atención inmediata. En esta última categoría ubica esta Corporación la atención de urgencias de la población migrante. Señala que, por otra parte, se encuentran las otras obligaciones de carácter prestacional, cuyo cumplimiento puede ser progresivo, como consecuencia de los recursos requeridos para su prestación, en esta categoría se encuentran la afiliación al sistema de salud y la atención integral en salud; por ello, el legislador dentro del marco del principio de progresividad, tiene la facultad de ampliar gradualmente la cobertura del sistema de protección social hacia los extranjeros.

Sin embargo, frente a todo esto, es importante analizar más a fondo la sentencia T-210 de 2018, que analiza la normativa actual en tema de salud frente al asunto de la atención de urgencias. En su estudio, el Tribunal Constitucional dispone que el derecho a la salud es un derecho autónomo que debe leerse de la mano del derecho internacional de derechos humanos. En consecuencia, indica que para su interpretación debe tenerse en cuenta el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que estipula que *“es el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*. Conforme a ello, señala la Corte que es obligación del Estado asegurar la satisfacción de los niveles esenciales de los derechos del Pacto, como la atención básica en salud y garantizar su ejercicio sin ningún tipo de discriminación, e indica también esta Corporación que la ampliación progresiva del derecho a la salud, implica la obligación de avanzar hacia el objetivo de plena realización del derecho, entendido esto como garantizar una gama de facilidades, bienes y servicios.

Posteriormente, dentro de la misma providencia, continúa analizando la Corporación el derecho de los migrantes a la salud a la luz del derecho internacional, para establecer cuáles son las obligaciones mínimas de Colombia al respecto. En ese sentido, indica que el principio de igualdad es la base del asunto, y que si bien puede considerarse que las normas colombianas están ajustadas al derecho internacional, ya que se ofrece a los

migrantes irregulares, conforme a la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, atención de urgencias, esto debe leerse de la mano con todos los instrumentos de derecho internacional y el *soft law*, de forma tal que se concluye que actualmente, como mínimo, los Estados deben garantizar a los migrantes -sin importar si son o no regulares- además de atención en urgencias, atención en salud preventiva con enfoque de salud pública. Y en todo caso, señala que el derecho a la salud debe comprender una atención integral que vaya más allá de la mera urgencia y que los Estados tienen la obligación de buscar el nivel de disfrute más alto posible de la salud<sup>33</sup>.

Ahora bien, continuando en este tema de urgencias, hay un punto que llama la atención, y es que si bien el discurso normativo en el tema es consistente, su aplicación por parte de la misma Corte parece no serlo, variando el contenido de lo que se entiende por urgencia. Así pues, es preciso analizar cómo en unos casos lo que ella entiende por esta resulta ser menos flexible que en otros, llevando a la denegación del servicio (*aclaración: todos los casos que se analizarán son de migrantes que se encontraban en Colombia en situación irregular*).

Por ejemplo, en la sentencia T-314 de 2016<sup>34</sup>, esta Corporación indica que la entrega de terapias integrales y medicamentos necesarios para la recuperación de una

---

<sup>33</sup> Frente a este punto, es interesante analizar que recientemente, en el caso *Toussaint v. Canadá*, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas se pronunció sobre una decisión del gobierno canadiense en la cual negaba un tratamiento relevante para la salud, por la calidad de migrante irregular de la señora Toussaint. El Comité encontró que tal decisión violaba el derecho a la vida de la accionante, además, indicó que la distinción realizada entre las categorías de migrantes regulares e irregulares para determinar la cobertura del derecho a la salud, era discriminatoria y no atendía a justificaciones objetivas ni razonables. El Comité reiteró que el acceso a la salud puede estar ligado con el goce de otros derechos como la vida y medidas contra la discriminación, por lo que subrayó la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. Por ello, señaló este organismo que el derecho a la vida requiere que en ciertas ocasiones se tomen medidas positivas, como proporcionar acceso a los servicios de salud que estén razonablemente disponibles y accesibles, cuando la ausencia de ello implique un riesgo que pueda desembocar en la muerte a la persona.

Este pronunciamiento es importante, ya que es la primera vez que un cuerpo de derechos humanos de la Organización de Naciones Unidas estudió una situación en que se negara el acceso a atención médica esencial necesaria para proteger la vida de una persona (ESCR-Net, 2018)

<sup>34</sup> En esta sentencia, la Corte Constitucional analiza el caso de un señor de nacionalidad argentina, con permanencia irregular en Colombia. En esa condición tuvieron que intervenirle quirúrgicamente un brazo y una pierna por urgencias, como consecuencia de la diabetes que padecía. El señor indicó no tener recursos económicos suficientes

intervención quirúrgica que se hizo como urgencia, no hacen parte de la misma. Aduce la Corte en esa providencia que no se vulneró el derecho a la salud del actor, puesto que se cumplió con el mandato de la Ley 1438 de 2011, esto es, garantizar los servicios básicos de salud, lo que no incluye la entrega de medicamentos ni la autorización de tratamientos posteriores a la atención en urgencias. Frente a esa decisión, el Magistrado Jorge Iván Palacio Palacio decidió salvar voto, al señalar que debió ordenarse la entrega transitoria de los medicamentos requeridos, puesto que estos eran necesarios para que el accionante mantuviera su salud y una vida digna. Considera que no debieron supeditarse estos derechos a un trámite administrativo (la regularización de su situación migratoria y afiliación al sistema de salud) y por tanto, se debió dar esa orden, en aplicación del principio de universalidad.

En cambio, bajo diferentes consideraciones, en sentencia SU 677 de 2017<sup>35</sup>, en el caso de una mujer venezolana que viene a Colombia en estado de embarazo, y solicita que se le realicen controles prenatales y se atienda su parto, la Corte expone que si bien médicamente el embarazo no es una urgencia, la atención que requería la accionante sí era urgente, pues su salud estaba en riesgo, considerando que se encontraba en un proceso de migración irregular -con todo lo que esto significa-, que estaba embarazada y en situación de extrema pobreza por la crisis humanitaria de esa región, factores que incrementaban su vulnerabilidad.

En sentencia T-705 de 2017<sup>36</sup>, la Corte, respecto al contenido de las urgencias, señala que estas se traducen en emplear los medios necesarios para estabilizar al paciente,

---

y requerir para su recuperación terapias integrales y una serie de medicamentos que no le habían sido entregados, por no estar afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.

<sup>35</sup> En esta sentencia, la Corte Constitucional estudia el caso de una señora, de nacionalidad venezolana, quien manifestó haber migrado a Colombia desde su país en 2016, a través de un paso informal, como consecuencia de la crisis por la que atraviesa Venezuela, estando embarazada. Cuando solicitó a un hospital que se le realizaran controles prenatales y se atendiera su parto, señalando que no tenía recursos para pagar por estos servicios, se le negó su petición por su calidad de extranjera con permanencia irregular en el territorio colombiano.

Al momento de la revisión de la tutela, la Corporación decretó una medida cautelar a favor de la hija de la actora, ordenando al Hospital que afiliara a la menor nacida al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo establecido en el Decreto 780 de 2016.

<sup>36</sup> Este es el caso de un menor de edad de nacionalidad venezolana que fue diagnosticado con un linfoma de Hodgkin -cáncer del sistema linfático- en 2012, pero que desde 2016 no recibía ningún tratamiento en ese país, lo que

preservar su vida y atender sus necesidades básicas, y que si el hospital que lo recibe no puede hacerlo, debe remitirlo a una entidad donde sí puedan. Con esa consideración, en el caso concreto que versa sobre un menor que padece de cáncer, ordena que se le continúen prestando los servicios de salud al menor que sean necesarios (ya se le habían practicado exámenes diagnósticos y trasladado a otra ciudad para su atención), y agrega que dentro del concepto de urgencias no se pueden incluir los servicios de alojamiento, transporte, ni alimentación, pero sí por ejemplo medicamentos.

Por su parte, la sentencia T-210 de 2018<sup>37</sup> en sus consideraciones generales, señala que la atención de urgencias incluye la adopción de medidas colectivas enfocadas en la salud pública (como las vacunas y la atención de enfermedades de contagio directo), y es necesaria para garantizar la finalidad preventiva del sistema, protegiendo la salubridad tanto de la población migrante como de la receptora. Luego, respecto a los casos concretos, indica la Corte Constitucional que en algunas ocasiones la atención de urgencias puede incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer,

---

desencadenó en un empeoramiento de su estado de salud, motivo por el cual se mudó a Colombia con su madre, en calidad de migrantes irregulares. El niño tuvo recaídas, por lo que necesitaba inmediatamente una tomografía para saber el tratamiento a seguir. Por lo anterior, solicitó el amparo de sus derechos fundamentales, pidiendo que se ordenara al Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander prestar los servicios de salud que requería y solicitando como medida provisional que se autorizara el tratamiento integral del menor. En primera instancia se decretó como medida provisional que se practicara la mencionada tomografía, y en sentencia, se decidió amparar de manera transitoria los derechos del menor, ordenando autorizar ese examen y una valoración de oncología, además de prestar los servicios necesarios en la modalidad de urgencia, hasta que se estabilizara su salud. En segunda instancia se revocó la decisión, por la calidad de migrante irregular del menor. No obstante, el niño fue atendido en un instituto en Bogotá, con todos los gastos cubiertos (traslado, alimentación, hospedaje) por el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

<sup>37</sup> Esta sentencia estudia dos casos:

- 1) Una señora de nacionalidad venezolana, hija de padre colombiano y madre venezolana, madre cabeza de familia, fue diagnosticada con cáncer de cuello uterino en su país. Las precarias condiciones del sistema de salud venezolano no le permitían conseguir los medicamentos que necesitaba ni acceder a quimioterapias, por lo que tuvo que migrar a Colombia en busca de atención médica. Ingresó por urgencias a un hospital en Cúcuta, presentando sangrado vaginal, dolor abdominal y de cabeza, anemia y, en general, un estado inmunológico muy delicado. El hospital le brindó atención de urgencias, confirmó su patología y le inició ciclos de radioterapia mientras estaba hospitalizada. Posteriormente y ante la mejora de su estado de salud, le dio de alta y le ordenó radioterapias y quimioterapias, pero estas no se las realizó esta entidad.
- 2) Un niño de dos años de nacionalidad venezolana tiene una hernia escrotal gigante y otra umbilical que requieren ser intervenidas quirúrgicamente, estas no le permiten caminar normalmente ni llevar la vida ordinaria que lleva un niño de su edad. En Venezuela no accedieron a operarlo por falta de anestesia, motivo por el cual migró con su madre de urgencia a Colombia. El niño ingresó por urgencias a una Clínica, en la cual le señalaron que su hijo necesitaba una valoración prioritaria por cirugía pediátrica, motivo por el cual lo remitieron a un Hospital, en el cual le negaron la atención por no tratarse de una emergencia y por no estar inscrito al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

cuando el médico tratante lo solicite como urgente por ser indispensable para no poner en riesgo la vida de la persona. En el segundo caso que analiza esa providencia, la Corte concluye que la operación que necesitaba un menor de una hernia que padecía era urgente, ya que de no practicarse en el menor tiempo posible, podría generar complicaciones a futuro para el niño. Por ello, considera que el procedimiento solicitado hacía parte de la atención de urgencias, entendidas estas como no como “urgencia vital” como lo había decidido el juez de primera instancia, sino como “urgencia médica” en los términos de la Circular 025 del 31 de julio de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, que señala que la atención inicial de urgencias comprende además la atención de urgencias, conforme al Decreto 866 de 2017<sup>38</sup>.

En un sentido diferente, la sentencia T-348 de 2018<sup>39</sup>, también teniendo en cuenta la definición de urgencias del Decreto citado<sup>40</sup>, indicó que el suministro de medicamentos por regla general no hace parte del servicio de urgencias, por lo que este no cobija tratamientos como los medicamentos antirretrovirales ordenados a una persona diagnosticada con VIH. Señaló que solo cuando se acredite su urgencia para preservar la vida y salud del paciente, la definición de urgencias podrá incluir de manera extraordinaria conceptos como el suministro de medicamentos, indicando que, como en el caso concreto el médico tratante no conceptuó sobre esa urgencia<sup>41</sup>, ni de los síntomas presentados por el accionante (diarrea, sudoración nocturna, pérdida de peso

---

<sup>38</sup> Ver pie de página No. 26 del presente escrito.

<sup>39</sup> Esta sentencia analiza el caso de un señor de nacionalidad venezolana que se encontraba de manera irregular en Colombia. Al mismo, en servicio de urgencias, le fue diagnosticada una amigdalitis aguda no especificada. Posteriormente, en una valoración médica de control, se le diagnosticó VIH estadio A1, por lo que se determinó que debía iniciar un tratamiento con antirretrovirales. Este tratamiento fue autorizado por el Instituto Departamental de Salud encargado, los medicamentos debían ser entregados por una Unión Temporal, pero esta última se negó a entregarlos, por lo que el accionante acudió al Instituto Departamental, donde le dijeron que no era posible autorizar la entrega ya que no estaba inscrito al SISBEN.

<sup>40</sup> El Decreto 866 de 2017 define urgencia como “la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte” (El subrayado es de la Corte Constitucional).

<sup>41</sup> Es importante anotar que la Corporación en este caso solo se remitió a las pruebas que ya obraban en el expediente, mas no utilizó la prueba de oficio para verificar si en el caso concreto los padecimientos del actor podían tratarse de una urgencia.

y de apetito, con funciones renales, hepáticas y de glicemia normales) se podía deducir la misma, no era posible determinar que este fuera un evento apremiante.

De otro lado, hay que señalar que una característica común de las sentencias estudiadas, es que tratándose de casos donde estén involucrados los derechos de niños, niñas y adolescentes y su derecho a la salud, la Corte siempre dispone que en nuestro ordenamiento jurídico existen normas que establecen la prevalencia del interés superior del menor, como lo hizo en la sentencia SU-677 de 2017. A ello es importante agregar la consideración hecha en la sentencia T-705 de 2017, en la cual esta Corporación indicó que en consideración al interés prevalente de los niños, cuando estos padecen de algún tipo de discapacidad física o mental, se les debe garantizar un tratamiento integral -es decir, que cubra todo lo necesario, como medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones, etc.-, pasando la protección financiera a un segundo plano; atención en salud que debe verse reforzada cuando los menores padecen enfermedades degenerativas, progresivas y catastróficas como el cáncer, ya que la persona ve disminuidas drásticamente sus habilidades físicas y mentales.

Por otra parte, es importante recalcar que en su jurisprudencia reciente, particularmente en las sentencias SU-677 de 2017 y T-210 de 2018, ambas con M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, que están relacionadas con migrantes irregulares venezolanos y el derecho a la salud, la Corporación ha hecho referencia a la crisis por la que atraviesa ese país.

Así, en la primera de estas providencias, analizó la crisis humanitaria que se ha dado como consecuencia de la migración masiva de ciudadanos venezolanos. Al respecto, estudió cómo desde 2015, como efecto de la situación económica, social y política que aún existe en Venezuela, cientos de miles de personas han migrado masivamente hacia Colombia, lo que ha generado que en muchos lugares del país haya actualmente una crisis humanitaria. Indicó que frente a eso el gobierno ha tomado acciones, como la Ley 1815 de 2016, la Ley 1751 de 2015 y el Decreto 866 de 2017 (normas referidas a atenciones iniciales de urgencia prestadas a los nacionales de países fronterizos y su

pago). A continuación, reiteró el principio de solidaridad y universalidad en el marco del Sistema General de Seguridad Social y el deber de las entidades territoriales de proteger los derechos a la vida digna e integridad física de los extranjeros con permanencia irregular en situaciones de crisis humanitaria, recalcando su derecho a recibir un mínimo de prestación de servicios en casos de urgencia.

En esta misma providencia, la Corte Constitucional hizo referencia al derecho a la vida digna y al principio de solidaridad. Frente a este último, señaló que el Estado y todos (personas naturales, jurídicas y comunidades organizadas) deben actuar de forma solidaria a través de acciones humanitarias, en situaciones donde se ponga en peligro la vida o la salud de las personas. Además, indicó que de conformidad con la Constitución, los recursos del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, con prioridad, entre otros, a la salud, de tal manera que se garantice la prestación y cobertura a la población más pobre; y dispuso que una manifestación de este principio es el deber del Estado de garantizar unas condiciones mínimas de vida a todas las personas, prestando asistencia a quienes están en situación de vulnerabilidad.

Por su parte, la sentencia T-210 de 2018, estudia el marco legal migratorio colombiano. En ella, la Corte destaca las dificultades que representan para los ciudadanos venezolanos las diferentes formas de regularización en nuestro territorio (que serán estudiadas con más detenimiento posteriormente en este escrito), a saber, señala que el PEP está condicionado a haber ingresado antes de determinada fecha al país, que las visas y el pasaporte pueden resultar bastante onerosos, y que en la práctica, pese a las indicaciones previas de la Corporación y de la Registraduría Nacional del Estado Civil, muchas entidades siguen pidiendo documentos apostillados para la obtención del registro civil de nacimiento extemporáneo en casos que no deben hacerlo, recordando que este es un documento que muchas personas que pretenden obtener la nacionalidad colombiana necesitan para luego afiliarse al sistema de salud colombiano.

Por ello, considera que si bien para que un migrante pueda afiliarse al Sistema se requiere que tenga regularizada su situación en el país, en el caso de los venezolanos que migran hacia Colombia y en atención a la difícil situación económica que la mayoría de ellos atraviesa y las barreras señaladas anteriormente, resulta ser de difícil cumplimiento la normativa migratoria colombiana establecida para ingresar al país en calidad de migrante regular.

Además, indica que otra de las consecuencias de esas dificultades de regularización, es que se haga improbable que los municipios puedan materializar el principio de universalidad de la salud, afiliando a todas estas personas al régimen subsidiado. También señala que la imposibilidad de los migrantes venezolanos de fijar un domicilio, dificulta la labor presupuestal de los departamentos, que deben financiar con sus recursos la atención integral en salud de la población pobre no asegurada, incluyendo a los migrantes irregulares.

Adicionalmente, la Corte estudia que en el caso de los migrantes irregulares, quienes, como se ha señalado varias veces, tienen derecho a atención de urgencias, gran parte de las enfermedades por las que ellos acuden a este servicio son prevenibles y son consecuencia de las duras situaciones en las que se ven obligados a vivir al llegar a Colombia.

En esta providencia, la Corte agrega a su análisis el enfoque de género, pues resalta que la situación de extrema pobreza afecta especialmente a las madres cabeza de hogar venezolanas, además, indica que las mujeres presentan enfermedades ginecológicas graves y todo ello se puede ver agravado con su migración.

Por todo lo anterior, insta al Gobierno a que revise su normativa actual, pues en atención a las barreras mencionadas previamente, considera que las normas migratorias actuales imponen unas cargas desproporcionadas a los migrantes, especialmente a los irregulares, que impactan negativamente su derecho a la salud, esto teniendo en cuenta



que el Gobierno colombiano tiene la obligación de adoptar medidas que lleven al más alto nivel posible de salud mental y física de los migrantes. Para ello, refiere que resulta importante tener en cuenta que desde el año 2008 se ha reconocido que en Colombia hay una vulneración sistemática de derecho a la salud, que configura un estado de cosas inconstitucional en este sector, en razón de ello, las medidas tendientes a ampliar la cobertura de la atención en salud de los migrantes venezolanos deben ser progresivas, pero al mismo tiempo deben tener en cuenta que la disposición de recursos no ponga en mayor riesgo al sistema.

La Corte argumenta que si bien el Estado ha adelantado una serie de medidas frente a la crisis venezolana, de conformidad con el principio de solidaridad que irradia nuestro ordenamiento jurídico, se requieren esfuerzos más efectivos, que tengan una mayor conexión con las necesidades de los municipios y departamentos receptores fronterizos, muchos de los cuales están atravesando por una crisis humanitaria, como consecuencia del alto nivel de inmigrantes venezolanos que están recibiendo, y adicionalmente, se requiere que se incremente progresivamente la protección de los migrantes irregulares, considerando la emergencia humanitaria de la que estos vienen y su calidad de irregulares que los hace más vulnerables.

Es importante resaltar que el Tribunal Constitucional expone que si bien Colombia ha sido más un país expulsor que receptor de migrantes, y por ello no cuenta con un marco normativo completo en asuntos de protección a estos y a los refugiados, esto no puede ser una excusa para no actuar eficientemente frente a esta crisis migratoria, ya que teniendo en cuenta la difícil situación que están atravesando en su país y todos los riesgos que asumen al venir a Colombia, se devela que se requieren importantes medidas que garanticen la materialización de su derecho a la salud, con mayores estándares que los de la sola urgencia médica, realizando todos los esfuerzos posibles que estén a su alcance para lograr ese cometido, hasta el máximo de sus recursos disponibles y teniendo en cuenta el nivel de desarrollo del país, como lo indica el Protocolo de San Salvador.

Así, concluye que en virtud de este principio de solidaridad, el Estado debe garantizar a todas las personas, en lo posible, condiciones mínimas de vida digna, prestando asistencia y protección a quienes estén en situación de vulnerabilidad. Asimismo, reconoce que este tipo de movimientos migratorios son una responsabilidad compartida que requiere de la cooperación internacional para poder cumplir las obligaciones del Estado frente a los refugiados y migrantes. Este es un avance muy significativo en materia de solidaridad para la Corte Constitucional, si se le compara, por ejemplo, con lo que la misma refirió en el marco de la sentencia T-1088 de 2012, donde señaló la Corporación que el deber de solidaridad del Estado frente a extranjeros no residentes solo se hace efectivo en situaciones imprevistas e imprevisibles, pues quien está llamado a responder en principio por estas contingencias es el Estado del cual la persona es nacional, haciendo referencia a la atención en temas de salud.

Esta última sentencia (la T-210 de 2018) fue aplaudida por la CIDH (2018a). Frente a ella, el Comisionado Francisco Eguiguren, Relator de país para Colombia y Venezuela señaló:

La reciente decisión de la Corte Constitucional es un ejemplo de cómo el poder judicial puede ejercer un control de convencionalidad y determinar que se garanticen los derechos humanos de todas las personas, sin importar su situación migratoria. Felicitamos al Estado colombiano porque las medidas que vienen adoptando desde los poderes ejecutivo y judicial representan buenas prácticas para la región y el mundo, en la medida en la que evidencian que las políticas migratorias pueden estar basadas en un enfoque de derechos humanos y estar dirigidas a la recepción e integración, en vez del rechazo y la discriminación como sucede en otros países.

No obstante, cabe resaltar que por la misma naturaleza de estas sentencias, que solo se pronuncian frente a un caso concreto y no tienen vinculatoriedad alguna para casos diferentes, futuros pronunciamientos de la Corte podrán apartarse de las consideraciones allí expuestas, tal como ocurrió con la sentencia T-348 de 2018, donde se pasó por alto todo lo expuesto previamente, en el caso de un ciudadano venezolano en calidad irregular, que fue diagnosticado con VIH.

Por último, es importante destacar que en materia de registro civil extemporáneo, el cual ha sido pretendido por personas venezolanas que buscan obtener su nacionalidad colombiana pudiendo acceder a ella, pero siendo un trámite para el cual presentaban barreras ya que en su país existe una dificultad importante para obtener documentos apostillados, la Corte expuso en su sentencia T-212 de 2013<sup>42</sup> que analiza el caso de una menor de edad, que la nacionalidad es un derecho fundamental de los niños, de forma tal que es obligación del Estado eliminar las barreras que impidan el goce efectivo de este derecho, como un mero formalismo que no aporte al ejercicio eficaz de los derechos y sí lo entorpezca.

Adicionalmente, indicó que si esa omisión del reconocimiento de la personalidad jurídica está ligada a derechos como la salud, debe recordarse que ninguna institución del régimen subsidiado puede negarse a prestar atención a un menor al este no tener un documento de identificación válido, porque esa discriminación atentaría contra este derecho. Además, trae la Corte a colación el Decreto 2188 de 2001, según el cual, de manera excepcional, cuando se requiera realizar un registro civil extemporáneo, el nacimiento se puede acreditar mediante testigos.

En sentencia T-421 de 2017<sup>43</sup>, al estudiar el caso de un mayor de edad en la misma situación, señaló que no es razonable que, por motivos procedimentales, se le nieguen las garantías a las que tienen derecho. Señala que en todo caso, existe una normatividad que permite que se presenten testigos como prueba de la nacionalidad, que son el artículo 50 del Decreto 1260 de 1970, modificado por el artículo 1º del Decreto 999 de 1988 y reglamentado por el artículo 2.2.6.12.3.1 del Decreto 356 de 2017, y que esta

---

<sup>42</sup> En esta oportunidad, la Corte Constitucional analiza el caso de una menor de edad nacida en Venezuela, cuyos padres eran colombianos, los tres residían en Colombia, y no había sido posible inscribir a la niña en el país, pues su registro civil no estaba apostillado en el Ministerio de Relaciones Exteriores de Venezuela. La niña se encontraba enferma y no había podido ser afiliada al sistema de salud, ya que no le habían aplicado la encuesta del SISBEN, por no ser colombiana.

<sup>43</sup> En esta sentencia, la Corte analiza el caso de un señor de nacionalidad venezolana, cuyo padre era colombiano, él alegaba que no tenía seguridad social porque no había podido obtener su registro civil extemporáneo, al no tener apostillados los documentos que necesitaba para ello, señalando que no le era fácil regresar a su país y que además era un trámite que no se estaba adelantando allá. Solicitó que se le permitiera subsanar esa falta de prueba con testigos, para poder obtener su registro.

posibilidad no es solo para menores de edad (como lo manifestó la Registraduría demandada, indicando basarse en la sentencia T-212 de 2013) sino para todas las personas, por lo que debe darse esta oportunidad al accionante.

Lo anterior cobra relevancia al tener en cuenta que a estos extranjeros que son también nacionales, se les dificulta el acceso a la salud al no poder registrarse como colombianos fácilmente y por tanto no tener un documento válido para su afiliación al sistema de salud.

### **3. OBLIGACIONES INTERNACIONALES ADQUIRIDAS POR COLOMBIA, EN ASUNTOS DE SALUD**

De conformidad con la Constitución Política de Colombia (1991), todos los tratados y convenios internacionales que versen sobre derechos humanos -como la salud<sup>44</sup>- y hayan sido firmados y ratificados por Colombia, prevalecen en el orden jurídico interno. Es por ello que en este acápite se pretende estudiar qué obligaciones tiene Colombia en asuntos de salud, derivadas de este tipo de fuentes del derecho internacional, para analizar si las normas colombianas corresponden a lo que allí se establece.

Para realizar la selección de los tratados y convenios aplicables, se estudió la colección de la Biblioteca de Tratados del Ministerio de Relaciones Exteriores (MRE, s.f.) en los temas de salud, salud pública, seguridad social, asuntos migratorios y derechos humanos. Es pertinente señalar que no existe ningún tratado bilateral entre Colombia y Venezuela relacionado con asuntos de salud y aplicable a la situación en comento<sup>45</sup>.

En el siguiente cuadro se encuentran los tratados y convenios firmados y ratificados por la República de Colombia, relacionados con asuntos de atención en salud a migrante:

---

<sup>44</sup> La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que:

1. 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, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, 1948, art. 25).

<sup>45</sup> Entre los dos países, en temas de salud, solo existe un canje de notas en 1972 que constituye un Acuerdo sobre la prevención y lucha contra la fiebre aftosa y la brucelosis en la zona limítrofe.

Tratado o convenio internacional	Contenido	¿Cumple la normativa colombiana con este estándar?	Justificación
		Sí/No/Parcialmente	
Acuerdo sobre Documentos de Viaje de los Estados Partes del MERCOSUR y Estados Asociados <sup>46</sup>	Dispone que se tendrán como válidos los documentos de identificación de los Estados parte y asociado.	Sí	No corresponde a Colombia cumplir esta obligación frente a Venezuela por dos motivos: 1) como lo asevera el Ministerio de Relaciones Exteriores (2016), Venezuela no ha suscrito ni aceptado la decisión que amplía los documentos de viaje, la cual involucra a los dos países, por lo que se aplica la norma general, que es exigir el pasaporte; y 2) A Venezuela se le suspendió de MERCOSUR desde 2017 <sup>47</sup> .
Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares <sup>48</sup>	Establece que los trabajadores gozarán de un trato que no sea menos favorable que el de los nacionales, en cuanto a condiciones de trabajo como la salud, e indica que ellos tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que sea necesaria para preservar la vida o evitar daños irreparables en la salud, que no podrá ser negada por motivos de irregularidad en la permanencia o el empleo, y que gozarán de igualdad de trato en salud, siempre y cuando cumplan con los requisitos establecidos para ello, como la regularidad.	Sí	Esta norma establece que los trabajadores y sus familias recibirán un trato igual al de los nacionales en salud, si cumplen con requisitos como los exigidos para la regularidad, en consonancia con lo que establece nuestra legislación y jurisprudencia.  También coinciden ambas normativas en que todos ellos tienen derecho a atención médica urgente, incluso en caso de irregularidad, atención que se brindará cuando sea necesaria para preservar la vida o evitar daños irreparables en la salud, definición coherente con el Decreto 866 de 2017, la Resolución 5269 de 2017 y la Resolución 6408 de 2016 (ver pie de página No. 26). El problema frente a esto es que, como se vio, en la práctica la determinación de qué es una urgencia es bastante subjetiva.
Convención sobre Condiciones de los Extranjeros <sup>49</sup>	Dispone que a los extranjeros domiciliados o en tránsito deben reconocérseles las mismas garantías individuales y derechos civiles que a los nacionales, sin perjuicio de la regulación sobre la extensión y modalidad de ejercicio de estas.	Sí	Si bien a los extranjeros en tránsito no se les reconoce la misma amplitud de la cobertura de salud que a los nacionales, ante lo amplia que resulta la redacción de la norma y la discrecionalidad que otorga al Estado para permitirle determinar la extensión de los derechos de los

<sup>46</sup> Se encuentra vigente desde el 30 de julio de 2008, es un acuerdo de procedimiento simplificado.

<sup>47</sup> El 5 de agosto de 2017, los Estados Parte -Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay- decidieron suspender a Venezuela en su calidad de Estado asociado de Mercosur, al considerar que se había constatado la ruptura de su orden democrático (MERCOSUR, 2017).

<sup>48</sup> Se encuentra vigente desde el 1 de julio de 2003, fue ratificado por la Ley 146 de 1994.

<sup>49</sup> Tratado aprobado mediante Ley 64 de 1930, vigente en Colombia desde el 26 de diciembre de 1935. Del mismo también es parte Venezuela.

Tratado o convenio internacional	Contenido	¿Cumple la normativa colombiana con este estándar?	Justificación
		Sí/No/Parcialmente	
			extranjeros, no es posible determinar que la restricción de solo atención de urgencias para este tipo de migrantes constituya una violación de esta Convención.
Convenio Iberoamericano de Seguridad Social <sup>50</sup>	<p>Indica que a las personas de un Estado contratante que presten servicios en territorio de otro Estado contratante, se les deben reconocer los mismos derechos y obligaciones que a los nacionales del último, en lo atinente a las prestaciones médico-sanitarias que otorguen sus sistemas de seguridad social.</p> <p>Establece además que si las personas de uno de estos Estados están en otro Estado contratante por cualquier motivo, tienen derecho a atención médico-sanitaria en caso de urgencia.</p>	Parcialmente	<p>Respecto a lo primero, el Convenio no discrimina a la persona que presta sus servicios en otro país en razón de su calidad migratoria ni de su carácter de residente, mientras que la legislación colombiana sí lo hace, aunque cabe aclarar que al migrante regular residente o portador del PEP le ofrece la misma cobertura en salud que a los nacionales, por lo que esa primera parte la incumple parcialmente.</p> <p>En cuanto a lo segundo, Colombia sí ofrece atención de urgencias a todas las personas, por lo que cumple esa parte del Convenio.</p>
Protocolo de San Salvador <sup>51</sup>	<p>Dispone que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del nivel más alto de bienestar físico, mental y social, por lo que los Estados deben garantizar, entre otras cosas, la atención primaria en salud, la extensión del servicio de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado, la total inmunización contra enfermedades infecciosas y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. Indica además que toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada. Señala, respecto de los ancianos, que estos tienen derecho a protección especial, por lo que se les debe proporcionar asistencia médica y alimentación adecuada.</p>	No	<p>Esta norma establece la salud como un derecho del que goza toda persona, sin consideración a la regularidad de su situación migratoria, a diferencia de la legislación colombiana que sí hace esta clasificación.</p> <p>Además, se refiere a este derecho no como a un derecho de mínimos (solo urgencias), sino como el “disfrute del nivel más alto”, haciendo referencia a una serie de prestaciones a las que toda persona debería tener acceso, en especial cuando se encuentre en un grupo de alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sea más vulnerable. Al respecto, se evidenció que la normativa colombiana no ha desarrollado disposiciones especiales que atiendan a grupos de especial protección (como menores de edad, población discapacitada, indígenas, etc.) cuando estos son migrantes, y que esta ha tenido intentos de regularización -como el PEP- que permiten a las personas que, probablemente por razones de pobreza son irregulares, accedan al sistema de</p>

<sup>50</sup> Aprobado por Ley 65 de 1981 en Colombia, vigente desde el 1 de septiembre de 1982. Aprobado en Venezuela mediante Ley Aprobatoria del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2008).

<sup>51</sup> Aprobado mediante la Ley 319 de 1996, vigente desde el 16 de noviembre de 1999, declarado exequible por la Sentencia C-251 de 1997.

Tratado o convenio internacional	Contenido	¿Cumple la normativa colombiana con este estándar?	Justificación
		Sí/No/Parcialmente	
			salud, sin embargo, las dificultades detectadas respecto a este permiso hacen que no sea una medida suficiente, máxime cuando en la práctica por sus mismas limitaciones, no todas las personas pueden tenerlo -como se estudiará posteriormente en el acápite de dificultades prácticas-, por lo que, entendiendo el contexto de crisis humanitaria en que se encuentra Venezuela del cual vienen estas personas, se necesitan medidas que garanticen plenamente lo establecido en el Protocolo.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) <sup>52</sup>	Dispone que los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, y para su materialización, deben tomar medidas como la reducción de tasas de mortalidad neonatal e infantil, la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas, y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.	Parcialmente	Esta norma establece que “toda persona”, sin realizar ninguna distinción, tiene derecho al más alto nivel de salud física y mental posible, luego la diferenciación mencionada que hace nuestra legislación y jurisprudencia no está acorde con tal mandato. Similares consideraciones se aplican cuando esta norma señala que se deben crear condiciones que aseguren a “todos” la atención médica en caso de “enfermedad”, recalcando esta última parte, pues es de destacar que no hace referencia solo a la atención de urgencias.  No obstante, no se pueden ignorar las medidas que ha adelantado el Gobierno colombiano, en especial en el tema de enfermedades epidémicas, por ello, se considera que hay un incumplimiento parcial de esta norma.
Convención sobre los Derechos del Niño <sup>53</sup>	Estipula que se reconoce el derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento de enfermedades y rehabilitación en salud, por lo que deberán buscar que a ningún niño se le niegue tal atención. Particularmente, deberán tomar medidas que busquen reducir su mortalidad, asegurar la prestación de asistencia médica y sanitaria necesaria para los niños, con énfasis en la atención primaria en	No	Pese a que no se encontró ninguna sentencia que negara la atención a un menor por su calidad de migrante irregular, ya que las providencias al respecto hacían referencia al interés superior del menor, se encontró que no hay ninguna regulación específica en el tema de salud de los niños migrantes, por lo que, de acuerdo con la ley, en principio las reglas que deben aplicársele a estos menores son las mismas que se han reiterado durante el escrito para todas las personas (solo atención de urgencias si no se trata de un

<sup>52</sup> Aprobado en Colombia mediante la Ley 74 de 1968, vigente desde el 3 de enero de 1976.

<sup>53</sup> Tratado aprobado mediante Ley 12 de 1991, vigente en Colombia desde el 27 de febrero de 1991.



Tratado o convenio internacional	Contenido	¿Cumple la normativa colombiana con este estándar?	Justificación
		Sí/No/Parcialmente	
	<p>salud<sup>54</sup>, combatir las enfermedades y la malnutrición, asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal a las madres, orientar y educar en materia de planificación familiar.</p> <p>Los Estados partes se comprometen a promover la cooperación internacional, de tal manera que se llegue a materializar lo mencionado.</p> <p>También señala que los Estados partes reconocen el derecho de un niño que ha sido internado para su atención en salud física o mental, a un examen periódico del tratamiento y todas las demás circunstancias propias de su internación.</p> <p>Dispone también esta norma que los niños tienen derecho a la seguridad social, por lo que el Estado debe buscar su plena realización, de conformidad a la legislación nacional, y señala que las prestaciones deben tener en cuenta los recursos y la situación del niño y de quienes sean responsables del mismo.</p>		<p>migrante regular y residente o portador del PEP). Ello resulta sumamente preocupante ya que en la práctica puede llevar a la denegación del servicio, ignorando todos los derechos de los que son titulares las niñas, niños y adolescentes de conformidad con esta Convención.</p> <p>Las mismas consideraciones se aplican para el caso de las madres y los derechos allí establecidos.</p>
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial <sup>55</sup>	<p><i>Nota: Esta Convención entiende como una forma de discriminación racial la distinción por razones de origen nacional.</i></p> <p>Dispone que los Estados deben garantizar el derecho a la igualdad ante la ley en el goce de derechos como la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.</p>	No	Esta norma no realiza diferenciación ni condicionamiento alguno, en función de la calidad migratoria o de residencia, para el reconocimiento de los derechos allí mencionados, mientras que las normas colombianas sí lo hacen.
Convención Sobre la Eliminación de Todas las	Establece que, con el fin de asegurar la igualdad entre derechos y mujeres, a ellas se les debe garantizar el	No	

<sup>54</sup> Esta se entiende como la “asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país” (OMS, s.f.)

<sup>55</sup> Tratado con Ley aprobatoria 22 de 1981, vigente Colombia desde el 2 de octubre de 1981.

Tratado o convenio internacional	Contenido	¿Cumple la normativa colombiana con este estándar?	Justificación
		Sí/No/Parcialmente	
Formas de Discriminación Contra la Mujer <sup>56</sup>	derecho a la protección de salud, y se les debe dar información y asesoría especialmente en temas de planificación familiar.		En el análisis normativo hecho, no se encontró ninguna disposición que versara puntualmente sobre los derechos de las mujeres migrantes en temas de salud, ni de planificación, lo que resulta sumamente importante entendiendo el contexto mencionado en el primer acápite, sobre mujeres gestantes y neonatos, que evidencia la necesidad de medidas al respecto, y teniendo en cuenta el enfoque de género mencionado en el acápite jurisprudencial.
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad <sup>57</sup>	Señala que estas personas tienen derecho a gozar del más alto nivel de salud sin ser discriminados debido a su discapacidad, por lo que se debe garantizar su acceso a estos servicios, incluida la rehabilitación. Particularmente, los Estados deben prestar atención en salud de manera gratuita o con precios asequibles, en la misma variedad y calidad que se presta a los demás, asimismo, proporcionarán los servicios de salud necesarios como consecuencia de su discapacidad.	No	La normatividad estudiada no tiene ninguna disposición específica referida al derecho a la salud de las personas migrantes con discapacidad. Esta consideración es necesaria, teniendo en cuenta que de acuerdo con el RAMV, hay 11.648 personas venezolanas que sufren algún tipo de discapacidad (de las 442.462 personas inscritas en este registro) y solo 215 de ellas se encuentran afiliadas al sistema de seguridad social.

<sup>56</sup> Tratado aprobado mediante Ley 51 de 1981, vigente en Colombia desde el 18 de febrero de 1982.

<sup>57</sup> Aprobado por la Ley 1346 de 2009, vigente en Colombia desde el 9 de junio de 2011, declarado constitucional mediante Sentencia C-293 de 2010.

De lo anterior se concluye que Colombia cumple lo referido al estándar dispuesto por algunos tratados y convenios, referido a la atención de urgencias para todas las personas sin importar su calidad migratoria, esto se debe leer con un matiz, que son las problemáticas que en la práctica representa definir qué es una urgencia.

Además, hay otros mandatos derivados de estos tratados y convenios que debido a la redacción de los mismos, es difícil determinar si están siendo cumplidos o no por el Estado colombiano.

Por otra parte, hay obligaciones emanadas por este tipo de fuentes que parecen estar siendo incumplidas por Colombia, en dos casos: cuando estas establecen mandatos de protección sin discriminación por la calidad migratoria de persona titular del derecho, o cuando estas hacen referencia a la especial protección y garantías de las que deben gozar determinados sujetos, como las niñas, niños, adolescentes, madres gestantes, mujeres y personas con discapacidad.

Frente a esto último, ha de recordarse que el incumplimiento de estas obligaciones podría terminar en un escenario de responsabilidad nacional e internacional del Estado colombiano, por lo que es importante que se revise la normatividad al respecto.

De otro lado, hay que señalar que con respecto al PIDESC, existe un organismo independiente creado por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas [ECOSOC], por medio de la Resolución 1985/17 de 28 de mayo de 1985, que es el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Comité DESC], encargado de monitorear la implementación de dicho pacto. Para tal fin, se le reconoce entre sus funciones la de interpretar los derechos reconocidos en este instrumento, por ello, este organismo profiere observaciones generales para guiar a los Estados, en consecuencia, sus pronunciamientos son un criterio auxiliar de interpretación sobre el Pacto.

En lo atinente al derecho a la salud contenido en el PIDESC, indicó el Comité en su Observación General No. 14 que el “más alto nivel posible de salud” es un concepto que tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas de la persona, como los recursos del Estado, y define el mismo como el “derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”. Indica además que el concepto de salud ha evolucionado desde 1966 (fecha en la que se profirió el Pacto), por lo que ahora hacen parte de él temas como la perspectiva de género, enfermedades que no se conocían antes como el VIH y el cáncer, lo que debe tenerse en cuenta al interpretar esta normativa.

Además indica que la salud es:

Un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (Comité DESC, 2000, párr. 11).

Asimismo, en esta Observación expone el Comité que los servicios de salud deben ser accesibles a todos, bajo cuatro supuestos: accesibilidad física, económica, acceso a la información y no discriminación, estableciendo frente a este último que el Pacto prohíbe todo tipo de discriminación por motivos de origen nacional, situación económica, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), e indica que “incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo”. También señala que los Estados tienen la obligación de respetar este derecho a todas las personas, incluidos los inmigrantes ilegales, absteniéndose a denegar el acceso al mismo.

Indica que el PIDESC es una norma de aplicación progresiva, máxime cuando reconoce los límites que implican los recursos disponibles, pero señala que no obstante, hay obligaciones de carácter inmediato que impone este Pacto, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin ningún tipo de discriminación.

También establece que existen obligaciones básicas que constituyen niveles mínimos de este derecho, cuyo cumplimiento es obligatorio, entre ellas señala: garantizar acceso a los servicios de salud sin discriminación, en especial en lo referido a los grupos vulnerables o marginados; asegurar una alimentación esencial mínima; garantizar acceso a unas condiciones sanitarias básicas; facilitar medicamentos esenciales; entre otras; y establece como obligaciones de cumplimiento prioritario: velar por la salud materna e infantil; proporcionar inmunización contra enfermedades infecciosas, epidémicas y endémicas; entre otras.

Para finalizar, de otro lado, debe indicarse en la búsqueda de convenios y tratados ratificados por Colombia en estos asuntos, se encontraron dos herramientas importantes, no incluidas anteriormente por temas de la vigencia señalada por el Ministerio de Relaciones Exteriores sobre ellas, pero cuya aplicación resulta importante analizar, en aras de estudiar los mecanismos de los que dispone la República de Colombia para mejorar la atención de migrantes en salud, sirviéndose de la cooperación regional. Estas normas son:

- El Acuerdo Sanitario Fronterizo de Bogotá y Villavicencio (1950)<sup>58</sup>, celebrado por Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, indica que estos países se comprometen a adoptar, de acuerdo con sus posibilidades, medidas preventivas y de control para resolver temas relacionados con la malaria, la tuberculosis, enfermedades venéreas, entre otras, presentes en zonas fronterizas terrestres. De los esfuerzos adelantados por el Gobierno para hacer frente a ese tipo de

---

<sup>58</sup> Este Acuerdo no fue perfeccionado por Colombia, pero sus disposiciones se pueden aplicar en la medida de lo posible mientras la legislación lo permita (Ministerio de Relaciones Exteriores, s.f.).

enfermedades, parece que efectivamente Colombia está cumpliendo su obligación al respecto, pues se ha visto que ha hecho erogaciones importantes y planes de vacunación para tal efecto, sin embargo, cabe preguntarse si su respuesta negativa a dar atención médica a personas con VIH cumple con esta normativa.

Indica además esta norma que los países signatarios se comprometen al intercambio de información sobre la situación epidemiológica y enfermedades como la difteria y las de transmisión sexual, vacunación, y otra serie de medidas que Venezuela claramente ha estado violando, por las razones expuestas en el primer acápite de este escrito.

- El Convenio Hipólito Unanue<sup>59</sup> y su Protocolo Adicional<sup>60</sup>, establecen que Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, buscan mejorar la salud humana en los países del área andina, para ello, se comprometen a realizar acciones coordinadas, dando prioridad a problemas fronterizos de salud, particularmente relacionados con enfermedades transmisibles y con migraciones poblacionales, desnutrición y protección materno infantil. También estipula la obligación de informar sobre las enfermedades transmisibles y señala que los Estados signatarios procurarán ofrecer servicios integrales de salud a toda la población.

---

<sup>59</sup> Aprobado mediante Ley 41 de 1977. No obstante, señala el MRE (s.f.) que este Tratado no está vigente, ya que se encuentra en trámite interno.

<sup>60</sup> Perfeccionado mediante Canje de Notas. Indica el MRE (s.f.) que no se encuentra vigente y que su ratificación implica la del Convenio.

## **4. LA PRÁCTICA: ACOGIDA DE MIGRANTES VENEZOLANOS EN EL SISTEMA DE SALUD**

Este acápite tiene la finalidad de comparar las necesidades de la población migrante venezolana en temas de salud nombradas al inicio de este escrito, frente a las respuestas teóricas que brindan las normas y jurisprudencia colombianas, y contrastarlas con lo que se ve en la práctica cotidiana del sistema de salud colombiano.

### **A. IMPACTO DE LA OLEADA MIGRATORIA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO**

La masiva llegada de inmigrantes venezolanos al territorio colombiano no ha tenido un impacto significativo en términos del sistema de salud a nivel general<sup>61</sup>. No obstante, sí lo ha hecho de forma localizada en determinadas áreas, especialmente en aquellas ubicadas en la frontera colombo-venezolana, Bogotá y la costa caribe colombiana<sup>62</sup>, como se verá a continuación.

A nivel nacional, si bien el impacto no ha sido lo suficientemente grande como para considerar que debido a este fenómeno se han dado grandes alteraciones en la normalidad del sistema de salud<sup>63</sup>, sí se ha visto un incremento importante de usuarios

---

<sup>61</sup> Así se indicó en el marco del Conversatorio: La inmigración de venezolanos a Colombia, parte 2, organizado por el Observatorio de Migraciones de la Universidad Externado de Colombia. En él, uno de los ponentes, Mejía (2018), precisó que constituían una pequeña minoría los venezolanos que para ese momento tenían un estatus migratorio regular en Colombia, y que quienes no estaban en una situación regular, preferían evitar acceder a los servicios de salud, por temor a ser reportados

<sup>62</sup> La Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia [Migración Colombia] (2018) indicó que el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos arrojó que el mayor impacto de este fenómeno migratorio se estaba dando en esas zonas. Adicionalmente, el RAMV encontró que 4 municipios están afrontando este fenómeno con una mayor complejidad: En Villa del Rosario del total de la población, el 23% son venezolanos irregulares, seguido de Arauca con un 17%, Maicao con 16% y Puerto Carreño con 8%.

<sup>63</sup> Frente a esta referida “normalidad del sistema de salud”, es necesario precisar que este se encuentra en una situación significativamente grave desde hace tiempo atrás. Al respecto, es pertinente traer a colación la ya referida sentencia T-210 de 2018 de la Corte Constitucional que señaló que:

“El marco legal migratorio expedido recientemente, las demás disposiciones que regulan la garantía del derecho a la salud de los migrantes y los precedentes de esta Corte han sido adoptados en un contexto en cual se ha reconocido desde el año 2008 que en Colombia existe una sistemática

venezolanos del sistema. Así pues, de manera ilustrativa, se tiene que según estadísticas del Ministerio de Salud y Protección Social (2018a), en 2014 se brindó atención de urgencias a 125 personas de esta nacionalidad, 1.475 personas fueron atendidas en 2.015, 4.258 en 2016 y la cifra aumentó a 24.727 en 2017, lo que constituye un aumento del 480% respecto del año inmediatamente anterior y del 19.681% frente al año 2.014.

Sin embargo, pese a esos altos incrementos, se corrobora que el impacto de los migrantes venezolanos en Colombia, en términos de salud, no es alarmante, puesto que si para 2017, en el país se encontraban aproximadamente en 550 mil -según las cifras de la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia- el hecho que solo 24.727 de ellas, esto es, un 4.49% de la población haya accedido a los servicios de salud, significa que el efecto que tuvo en el sistema, considerado de manera general, no fue mayor, aun cuando la tercera causa de emigración de venezolanos es el estado del sistema de salud de su país.

No obstante, considerando que la tendencia de la cifra de inmigrantes venezolanos en nuestro país tiende a incrementar exponencialmente, máxime cuando la situación en el país parece no mostrar mejora alguna en lo referido a los motivos por los que las personas emigran<sup>64</sup>, cuando se continúa negando la crisis migratoria por parte de ese país<sup>65</sup> y cuando de acuerdo con el RAMV (UNGRD et al, 2018), de las 442.462 personas registradas en este, 161.986 vinieron solas, 186.051 aún tienen familia en

---

vulneración del derecho a la salud, la cual configura un estado de cosas inconstitucional del sector salud. Un escenario en el que, en cumplimiento a las órdenes estructurales dadas por este Tribunal, el Gobierno Nacional ya viene desplegando variados esfuerzos para mejorar la eficiencia, equidad y supervisión del sistema. Por esta razón, la adopción de medidas que permitan la atención integral en salud de toda la población venezolana migrante necesita ser progresiva, ya que requiere de esfuerzos complejos por parte del Estado y de la disponibilidad de recursos suficientes que no pongan en un mayor riesgo al sistema”. (El subrayado es propio) (Corte Constitucional, Sala Sexta, T-210/2018, párr. 40.b)

<sup>64</sup> El Comunicado de Prensa No. 215, emitido el 1 de octubre por la CIDH (2018b), resalta la vigencia de todas las problemáticas mencionadas al inicio de este escrito. Al respecto, reafirma que el sistema de salud venezolano se encuentra en crisis, según expertos en derechos humanos, quienes señalan que la situación es tan grave, que resulta preocupante que los propios hospitales sean lugares donde la vida de las personas se pone en peligro.

<sup>65</sup> Informó El Espectador (2018a), que el presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Nicolás Maduro, el 26 de septiembre de 2018, en el marco de una sesión de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, indicó que es no es cierto que haya una crisis migratoria en su país, y que se ha creado una persecución mediática sobre ello, para buscar justificar una intervención militar en Venezuela.



Venezuela, 312.318 son adultos, y 369.506 piensan establecerse a largo plazo (por más de un año) en Colombia -de lo cual se deduce que probablemente muchas de esas personas que se quedaron en Venezuela, buscando mantener la unidad de su núcleo familiar, migren hacia Colombia-; se puede pensar que en un futuro esto puede tener efectos significativos a nivel nacional y aún más agudos a nivel local, particularmente en este tema de salud, por lo que se enfatiza la necesidad de que el Estado tome adecuadas medidas presupuestales y políticas ante esta crisis migratoria, especialmente de manera preventiva.

Ahora bien, a nivel regional, en las zonas mencionadas previamente, sí se ha presentado un crecimiento bastante alto de atención a esta población, que han llevado incluso a que en algunas zonas se hayan presentado colapsos, saturación y falta de recursos médicos, según reportes de Amnistía Internacional (2018b). A continuación, se mostrará tal situación, ejemplificándola a través de algunos de los casos de las zonas más críticas.

En el año 2017, en el Hospital Nuevo San José, ubicado en Maicao, La Guajira, se atendieron 4.241 personas, una cifra 3 veces mayor a la del año anterior. Las consecuencias de esto son importantes, porque este es un hospital que tiene antecedentes preocupantes de problemas de organización y presupuestales<sup>66</sup>, y se encuentra ubicado en un departamento que no tiene buenas condiciones de salud ni siquiera para sus habitantes regulares<sup>67</sup>, territorio que históricamente ha sido uno de los más pobres y críticos en asuntos de salubridad en el país, pero que pese a ello, gastó en atención de pacientes venezolanos \$665.000 USD en 2017, vs. \$213.000 USD que invirtió en 2016 (Amnistía Internacional, 2018b; Ramírez, 2018).

---

<sup>66</sup> Según El Heraldo (2015), el Hospital tiene antecedentes de cierres de servicios, incluidos los de urgencias, por dificultades como la falta de pago de salarios a médicos, derivadas de la mala situación financiera de la institución.

<sup>67</sup> Según informa El Heraldo (2017), en marzo de 2017, el entonces Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, en una visita a La Guajira, señaló que veía en esta región un panorama de desidia y abandono en el departamento, indicando que los problemas no necesariamente se daban por motivos financieros sino por falta de planeación.

Esa incidencia regional se replica a lo largo de las zonas fronterizas, así, por ejemplo, en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, se atendieron por urgencias 5.856 personas en 2017, 2.5 veces más población que en el año inmediatamente anterior, donde cabe resaltar que de \$3.727.000 USD invertidos en el Departamento de Norte de Santander a la atención de salud de personas venezolanas, \$3.157.000 USD (el 84.7%) fueron destinados solo a los gastos de ese Hospital, el cual reportó una cartera morosa de cerca de 7.000 millones de pesos, por concepto de la atención de venezolanos. El Instituto de Salud de ese Departamento, sostuvo en su intervención ante la Corte Constitucional en el marco de la sentencia T-210 de 2018, que esta entidad territorial se encuentra desbordada frente a la prestación de servicios de salud, lo cual denota el impacto localizado en materia de salud (Amnistía Internacional, 2018b; El Tiempo, 2017).

Por su parte, la Secretaría de Salud del Cesar indicó en su intervención en la sentencia SU-677 de 2017 de la Corte Constitucional, que los servicios de urgencias de las diferentes entidades del departamento colapsaron, ya que desde 2015 la migración de ciudadanos venezolanos con permanencia irregular que solicitan ese servicio incrementó. Al respecto, cabe preguntarse si tal aseveración no cae en el error de partir que el parte del problema es la situación migratoria irregular de esas personas, ya que, aunque su situación fuera regular, eso probablemente no habría cambiado la falta de preparación del Departamento para su atención, considerando que además ese es un servicio que se presta a todas las personas sin importar su situación migratoria.

En todo caso, añadió esta entidad que las causas más frecuentes que atiende están relacionadas con gestación, parto y puerperio; agregando que la atención a esta población entre 2015 y 2017 le había costado al departamento \$1.392.501.277 COP, con 1281 personas atendidas, 622 de ellas por un valor de \$ 1.230.000.000 COP en el Hospital Rosario Pumarejo de López. Además, señaló una problemática importante: refirió que las entidades territoriales y las instituciones prestadoras de salud desconocen la forma como se debe financiar la prestación de servicios de urgencias, pero que en

todo caso las entidades territoriales no disponen de los recursos suficientes para afrontar esta problemática.

Ahora bien, en cuanto a las ciudades principales del país, hacia las cuales los ciudadanos venezolanos están migrando, se tiene que en Medellín, en 2016 se atendieron 10 personas y casi 300 en 2017; en Barranquilla, en 2017 se habían invertido \$1.793.000 USD en la atención de 4.441 venezolanos, de acuerdo con Amnistía Internacional (2018b). Además, según Migración Colombia, 1 de cada 4 venezolanos se encuentran radicados en la capital del país, siendo así aproximadamente más de 204.000 personas las que actualmente viven en Bogotá. En 2017, 2077 de ellos recibieron atención médica de urgencias en la red pública de hospitales (Bogotá Cómo Vamos, 2018).

Todo lo anterior evidencia la premisa señalada al inicio de esta sección, donde se indicó que el impacto de esta migración venezolana en temas de salud se da principalmente en las áreas fronterizas, costa caribe colombiana y Bogotá D.C.

Por otra parte, continuando con el análisis general de la migración de venezolanos en el sistema de salud colombiano, en materia de atención de enfermedades epidemiológicas, la crisis venezolana ha sido considerada como la causa de la reaparición de enfermedades que ya habían sido erradicadas del territorio colombiano. Por ejemplo, como lo informó Semana (2018), desde 2014 Colombia se había declarado un país libre de sarampión y en marzo de 2018 se detectaron 4 casos en el país, todos importados desde Venezuela.

Al respecto, deben destacarse los esfuerzos que ha adelantado el Gobierno colombiano en aras de evitar la propagación de este tipo de enfermedades. Manifestación de ello se ve reflejada en que, por ejemplo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha aumentado las jornadas de vacunación, especialmente en áreas fronterizas, cubriendo a la población colombiana y venezolana, con el fin de evitar la propagación de

enfermedades. Así, a 31 de diciembre de 2017 se tiene que 111.827 dosis de vacunas fueron aplicadas a personas de nacionalidad venezolana en Colombia, de las cuales 93% eran menores de 5 años y 2.2% eran mujeres en estado de embarazo. De la totalidad de esas dosis, más del 50% fueron suministradas en el Departamento de Norte de Santander, según cifras del Ministerio de Relaciones Exteriores [MRE] (2018).

Asimismo, el gobierno colombiano ha habilitado puntos de vacunación en zonas de alto flujo de migrantes, como puentes de conexión entre las fronteras, con la finalidad de prevenir y evitar la propagación de enfermedades como el sarampión, puesto que, si bien según el Instituto Nacional de Salud, en el país hay un 97% de cobertura de vacunación, no cabe duda de que estos esfuerzos minimizan la probabilidad de contagio de este tipo de enfermedades. Esta situación ha sido aprovechada por los ciudadanos venezolanos, quienes han llegado a esos puestos de salud desde diversas zonas de su país, con la finalidad de completar el esquema de vacunación de sus niños, ya que en Venezuela no lograrían obtener tal atención médica (El Tiempo, 2018a; Amorocho, 2018; Caracol Radio, 2018a).

No obstante, pese a los esfuerzos hechos por el gobierno, los casos de sarampión en el país han aumentado. En agosto de 2018, la cifra de personas con esta enfermedad se elevó a 60, según el Instituto Nacional de Salud, de ellos, 38 son importados y 20 están relacionados con el ingreso de ciudadanos venezolanos al país. Luego, cabe preguntarse si las medidas por el gobierno respecto a estas enfermedades son suficientes para contenerlas, entendiendo que en todo caso, es connatural a los procesos de migración el riesgo epidemiológico que representan, pero recordando que es obligación del Estado adelantar acciones de salud pública para contrarrestar sus efectos (Cabrera, 2018).

Adicionalmente, frente al brote de otras enfermedades de este tipo, como la malaria, la difteria, la rubeola, el chikunguña y el zika en Venezuela, la Nación colombiana, a través del Ministerio de Salud y Protección Social ha activado sus alertas, para evitar

que esas enfermedades se propaguen en territorio nacional, como se analizó previamente en el acápite normativo. Frente a ellas, según el Viceministro de Salud para Asuntos Migratorios, en 2017 se registraron 882 casos de malaria principalmente en Guainía, Vichada y Norte de Santander, 15 casos de dengue, 52 casos de tuberculosis (Aguirre, 2018; RCN Radio, 2018).

Por otro lado, se ha encontrado que respecto a enfermedades crónicas como el VIH, de acuerdo con Amnistía Internacional (2018c), en el Departamento de Norte de Santander se reportaron 9 personas venezolanas fallecidas en 2015 a causa de esta enfermedad. Para 2017, la cifra ascendió a 26, es decir, un número de casos casi triplicado.

Para lograr la protección de su derecho a la salud, al padecer esta y otras enfermedades, muchas personas se ven forzadas a acudir a la acción de tutela. Así por ejemplo, en Norte de Santander ha habido 109 fallos que han obligado a su Instituto de Salud a garantizar tratamientos completos para el VIH.

El panorama mencionado es desfavorable, si se tiene en cuenta todo el desgaste del aparato judicial sufre -y los recursos presupuestales que esto significa- con esta gran cantidad de acciones de tutela que de manera altamente probable están radicando muchos de los migrantes venezolanos -especialmente irregulares- que requieren acceder a servicios de salud, ello aunado a la agobiante situación en la que se pone a la persona que considera vulnerados sus derechos, al tener que acudir a estas instancias judiciales, máxime cuando posiblemente no se encuentra en un buen estado de salud, y considerando que al final del día, tratándose de un migrante cuya situación sea irregular, el amparo de su derecho quedará a la discrecionalidad de un juez, lo que constituye un escenario de alta inseguridad jurídica, en el que, como se vio previamente, el juez a veces podrá considerar que hay lugar a tutelar los derechos de la persona, así una situación no sea una emergencia en sí misma, llevando incluso a reconocer tratamientos completos que pueden ser bastante onerosos, y en otros casos

podrá considerar una definición restringida del concepto de urgencia, denegando el amparo.

Por otra parte, el MRE (2018) reportó que afecciones como el cáncer, la hipertensión y la diabetes, se incluyen entre los servicios que más han prestado las entidades de salud de Colombia a los migrantes venezolanos, junto con la atención de gestantes y partos.

Frente a este último punto, esto es, la atención de mujeres embarazadas, que es un tema delicado por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran estas personas -la cual puede verse agravada por el movimiento migratorio-, y que representa gastos importantes para el Estado, se tienen también cifras importantes de Amnistía Internacional (2018e): en 2017 se atendieron 442 mujeres embarazadas en el Hospital Nuevo San José de Maicao, 171 en el Hospital de Riohacha, 2152 en el Hospital Universitario Erasmo Meoz (contra 681 atenciones brindadas en 2016), 111 en Antioquia y 304 en Atlántico. También es interesante hacer ver cómo el número de mujeres gestantes que viene a Colombia incrementa de manera abrupta de forma mensual, por ejemplo, en ese mismo año, el Hospital de Riohacha pasó de atender 8 mujeres en enero a 35 en octubre, y el Hospital Universitario Erasmo Meoz pasó de 28 mujeres atendidas en enero de 2016 a 324 en diciembre de 2017.

Ahora bien, por otra parte, en cuanto a la información obtenida por el RAMV en temas de salud, se encontró que de las 442.462 personas allí registradas, 8.209 son mujeres en estado de embarazo, 16.812 padecen alguna enfermedad crónica, 41 VIH, 225 alguna otra Enfermedad de Transmisión Sexual, y solo 4.945 están registradas al sistema de salud, es decir solo un 1.11% de la población. Frente a ello, ha de tenerse en cuenta que debían ser inscritos en este registro los ciudadanos venezolanos migrantes que se encontraran viviendo en Colombia, con ánimo de permanecer en el país, sin importar su calidad de regulares o irregulares y que no tuvieran cédula de extranjería, una visa de permanencia, Permiso de Ingreso y Permanencia (PIP) o el

Permiso Especial de Permanencia (PEP) vigente, como lo informa la UNGRD (2018); por ello, la anterior cifra es solo una muestra que debe leerse de la mano con otras estadísticas, como las que muestra un reciente Boletín de Prensa del Ministerio de Salud y Protección Social (2018b), donde la Viceministra de Protección Social señaló el 27 de septiembre de 2018 que para esa fecha se encontraban 36.000 ciudadanos provenientes de Venezuela afiliados, de los cuales 30.700 pertenecen al régimen contributivo y 5.500 al subsidiado, lo que constituye una cifra muy reducida en comparación con la cantidad de personas que podrían estar inscritas. En el siguiente acápite se expondrán algunas de las posibles causas que llevan a que esa situación arroje tales resultados.

Por otro lado, existen cifras que indican que para febrero de 2018, gracias a la obtención del PEP, 8.780 venezolanos portadores de este documento se habían afiliado al sistema de salud colombiano, el 93.62% de ellos al régimen contributivo y el porcentaje restante al subsidiado. La anterior es solo una pequeña parte de la población total de venezolanos migrantes en Colombia, que para julio de 2018 se calculaba estar cercana a los 870.093 ciudadanos, según Christian Krüger, director de la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, de ellos, muchos estaban en calidad de migrantes regulares y 181.422 tenían PEP (Colprensa, 2018; El Tiempo, 2018b).

Esta información permite varias lecturas, una de ellas es que es considerablemente más alta la cifra de personas portadoras del PEP comparada con la que indica cuántas personas efectivamente se afiliaron al sistema de salud con este documento, no obstante, frente a ese punto vale resaltar que quienes efectivamente se afiliaron, lo hicieron casi en su totalidad en el régimen contributivo, aportando así al sistema, en consecuencia, habría que analizar qué tipo de obstáculos o motivos llevan a que esa situación sea así. Respecto a ello, cabrá estudiar en un futuro si cuando se les otorgue el PEP a los inscritos en el RAMV, pasará lo mismo (esto es, una afiliación baja comparada con la población potencial que podría acceder al sistema de salud).

Ahora bien, en cuanto a los recursos destinados para la atención a este impacto, se señaló previamente en este escrito que en ese sentido se han tomado medidas puntuales para hacer frente a la crisis migratoria, como la contemplada en el Decreto 866 de 2017. Adicionalmente, existen otras decisiones gubernamentales que destinan dinero para ese propósito, al respecto, la Viceministra de Protección Social señaló que el Ministerio estableció un rubro de 10 mil millones de pesos en 2017, provenientes del fondo dispuesto para eventos catastróficos, que el 42.5 % de esos recursos los demandó Norte de Santander, el 16.9% a La Guajira, y el 11.4% a Bogotá, e indicó que para el cierre de 2018 se dispusieron otros 20 mil millones de pesos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b; Colprensa, 2018).

Por último, frente a todas las cifras anteriormente presentadas, cabe preguntarse si las medidas del Gobierno previamente señaladas, son suficientes para hacer frente a todo el impacto expuesto, considerando que si bien por un lado varios son los esfuerzos que se han adelantado por el país, por otro, las entidades territoriales han manifestado que se encuentran desbordadas por la crisis migratoria en asuntos de salud y la cantidad de migrantes venezolanos continua aumentando exponencialmente, viniendo muchos de ellos motivados por mejorar su estado de salud.

Todo ello debe analizarse partiendo de que el estado actual del sistema de salud colombiano de acuerdo con la sentencia T-210 de 2018, permanece en un estado de cosas inconstitucional y económicamente está en una situación delicada<sup>68</sup>, por lo que si bien al Estado no se le puede exigir lo imposible, sí debe este adelantar todos los esfuerzos que pueda dentro de su capacidad, que lleven a garantizar el disfrute del máximo nivel de salud posible, cubriendo no solo las meras urgencias, y haciéndolo, como lo indica el Protocolo de San Salvador, hasta donde sus recursos lo permitan, entendiendo que se encuentra en el marco de una crisis humanitaria que necesita muestras de solidaridad para ser solventada.

---

<sup>68</sup> Al respecto, el Ministro de Salud indicó en una entrevista con Caracol Radio (2018b) en agosto, que el déficit de este sector en Colombia se acerca a los \$10 billones.



## **B. DIFICULTADES ENFRENTADAS POR LOS CIUDADANOS VENEZOLANOS PARA UTILIZAR EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO**

Esta sección pretende poner de presente las dificultades que en la práctica están sufriendo los migrantes venezolanos en Colombia cuando buscan acceder al sistema de salud. Se encontraron nueve grandes obstáculos, que se explicarán a continuación.

En primer lugar, existen dificultades que enfrentan los venezolanos que les impiden llegar a Colombia en calidad de migrantes regulares, lo que deriva en que, al verse forzados a llegar de manera irregular, exista una imposibilidad de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, puesto que el acceso al mismo está condicionado a la legalidad del estatus migratorio de la persona. Esas dificultades se deben a que hay varias barreras que se les presentan en términos de la documentación exigida para tal fin por el Decreto 780 de 2016 -mencionado en el acápite normativo de este escrito-, a saber: aquellos que llegan buscando adquirir su nacionalidad por nacimiento, enfrentan las dificultades en trámites de apostilla y de desconocimiento por parte de las autoridades encargadas del tema del registro civil, como se indicó previamente. Por su parte, quienes llegan en su calidad de extranjeros, se enfrentan a los altísimos costos y tiempos que implica la expedición de un pasaporte o su renovación<sup>69</sup>, o la obtención de una visa<sup>70</sup> para ingresar al país, lo que termina constituyendo un motivo para que vengan a Colombia sin estos documentos. Lo anterior lleva a que la exigencia de los mismos genere una carga desproporcionada para los migrantes, quienes difícilmente

---

<sup>69</sup> Los pasaportes son un lujo que solo unos pocos pueden obtener, ya que aunque el costo del documento no es alto, su trámite sí lo es, por temas de corrupción al interior del Servicio Administrativo de Identificación, Migración y Extranjería -SAIME-, entidad que emite el documento, y cuyas mafias cobran según denuncias entre 2000 y 10000 dólares para su trámite. Esta entidad además es acusada de demorar los procesos, que pueden tomar hasta un año, problemática que debe sumarse la escasez del material en el que se fabrican estos documentos. Por otra parte, aunque existe la posibilidad de obtener el documento en línea, la página web de esta entidad no suele funcionar (Cárdenas, 2018; El Espectador, 2018b).

<sup>70</sup> Al respecto, DeJusticia señaló en su intervención en la Sentencia T-210 de 2018 de la Corte Constitucional, que pese a que Colombia tiene varios tipos de visas “no se trata de visas de carácter humanitario o visas complementarias de protección, situación que se traduce en que los costos de las visas son inalcanzables debido a la devaluación de la moneda venezolana”.

pueden acceder a ellos, carga que implica la imposibilidad de acceder al sistema excepto por urgencias, aunada a todas las otras consecuencias negativas que puede significarles estar indocumentado. Lo anterior es grave si se tiene en cuenta que de acuerdo con la ACNUR, el 68% de los migrantes venezolanos en territorio nacional se encuentran de manera irregular, como lo acotó el Consejo Noruego para Refugiados - NRC- en su intervención para la sentencia T-210 de 2018 de la Corte Constitucional.

En segundo lugar, en cuanto al PEP (y al RAMV que permite la obtención del PEP), hay que señalar que pese a que es un documento útil por ser válido para la afiliación al sistema de salud, tiene varias problemáticas importantes, como que además de que en la práctica no permite el acceso al derecho a la salud (como lo señalaron la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento –CODHES– y FUNDACOLVEN, en su intervención para la sentencia T-210 de 2018 de la Corte Constitucional), además, está limitado en el tiempo, en el sentido de que su obtención está condicionada a haberse encontrado en el país para determinada fecha, lo que excluye la posibilidad de conseguirlo para muchas personas. Además, cabe preguntarse qué pasará con la afiliación de estas personas después del tiempo límite de permanencia que este permite, considerando que gran parte de los venezolanos que están en Colombia pretenden permanecer en ella a largo plazo, como lo revelaron los resultados del RAMV, y teniendo en cuenta que la Resolución 5797 de 2017 señala que terminada la vigencia de este permiso, quien continúe en territorio nacional sin visa que autorice su estancia, incurrirá en permanencia irregular.

Por otra parte, este permiso genera otro tipo de dificultades que deben ponerse de presente pese a no estar directamente relacionadas con el tema de la salud, como por ejemplo que de conformidad con la Resolución 740 de 2018, el PEP no tiene efectos para el cómputo del tiempo de una visa de residencia, o que no genera un número de identificación en territorio nacional, con los problemas que esto significa.

En tercer lugar, se ha identificado que existe un problema con la determinación de lo que es una urgencia, lo que se traduce en que los migrantes irregulares enfrenten inconvenientes al momento de acceder a este servicio. Al respecto, hay que señalar que pese a que existen definiciones de esta, como la dada por el Ministerio de Salud y Protección Social, contenida en la Resolución 6408 de 2016, que indica que es una:

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

en la práctica la determinación de si algo se puede incluir o no en ese concepto es subjetiva, como se develó en el análisis jurisprudencial hecho previamente en materia de atención en salud a extranjeros en Colombia, que evidenciaba que usualmente en los casos allí estudiados, era decisión del médico o incluso del celador del centro hospitalario -como lo indicó DeJusticia en su intervención en la Sentencia T-210 de 2018 de la Corte Constitucional- determinar si se estaba o no ante una urgencia, decisión que después, dentro de su subjetividad, podía cambiar la Corte Constitucional. Ello deriva en una alta inseguridad jurídica que lleva a que en muchos casos, ante la negativa de la prestación del servicio, las personas se vean forzadas a acudir a la acción de tutela para buscar la protección de su derecho a la salud, lo que las somete a tener que alargar la espera de la atención que requieren, sin saber si la van a obtener. Esto es preocupante, si se tiene en cuenta que muchas de esas personas vienen al país precisamente debido al inminente deterioro de su estado de salud.

Es riesgoso el panorama presentado, puesto que atendiendo a la misma falta de claridad frente a lo que es una urgencia, podría un juez en un eventual estudio de responsabilidad estatal, considerar que la negación en la prestación de atención médica en un caso concreto, constituyó una falla en el servicio y ello derivar en una condena contra el Estado, que podría resultar incluso más onerosa que la prestación del servicio en sí misma.

De todo lo anterior se concluye que, si bien por la naturaleza misma de este tipo de servicio resulta difícil establecer una lista taxativa de los casos que se pueden atender en el servicio de urgencias, podría establecerse un protocolo que atienda a las particulares necesidades de esta población y que facilite la prestación del servicio para ellas. Cabe resaltar que este es un problema que se vería considerablemente disminuido en el caso de que se redujera la primera de las barreras aquí señaladas, al facilitar la regularización de las personas, así, su subsecuente afiliación al sistema de salud y la consiguiente ampliación de la gama de servicios médicos a los que pueden acceder.

En cuarto lugar, se ha denunciado que existe un desconocimiento por parte de los prestadores de servicios de salud acerca de los documentos con los que las personas pueden acceder al sistema de salud, lo que deriva en la negación de la atención médica, incluso para quienes tienen derecho a la atención integral. Además, estas instituciones están generando a causa de la falta de pago del servicio prestado, impedimentos administrativos para la recuperación de cadáveres y para la autorización de salida de las personas venezolanas de sus instalaciones una vez atendidas, como lo denunció Asovenezuela, en su intervención ante la Corte Constitucional en el marco de la sentencia T-210 de 2018.

En quinto lugar, exceptuando lo dicho en la parte normativa frente al PEP y el RAMV que facilitan la afiliación al sistema de salud (pese a las problemáticas expuestas) y la sentencia SU 677 de 2017 y la T-210 de 2018, a los migrantes irregulares venezolanos se les está otorgando el mismo tratamiento que a personas irregulares de otras nacionalidad, lo que no parece justo, teniendo en cuenta las particulares circunstancias de la crisis humanitaria de la que ellos vienen. Por ello, este es un caso es meritorio de la toma de acciones positivas frente a su derecho a la salud, teniendo en cuenta que la ausencia de estas medidas puede significar un deterioro serio en la salud de estas personas, que puede llevar incluso a su muerte.

En sexto lugar, las condiciones a las que se exponen muchos migrantes venezolanos en el momento de ingresar al país por pasos no autorizados y en los asentamientos informales en los que muchos viven, hacen que por un lado quienes venían enfermos, eleven sus posibilidades de agravarse, y por otro, que quienes venían sanos, se encuentren en condiciones insalubres que los haga más propensos al contagio de enfermedades que otras personas porten y aparezcan otras nuevas. Por ejemplo, indica DeJusticia (2018) que en el municipio fronterizo de Villa del Rosario, Santander:

Se evidenció que la niñez está presentando condiciones prevenibles que responden a las condiciones en las que viven – desde hongos, alergias y escabiosis en la piel por bañarse en las aguas contaminadas del Río Táchira o en aguas de cañerías por la falta de acceso al agua, diarrea, gastritis, desnutrición y deshidratación por la falta de agua potable en el municipio, y gripas y bronquitis al dormir a la intemperie.

En séptimo lugar, la cantidad de recursos monetarios de la que disponga el migrante que requiere del servicio o de medicamentos, se convierte en un condicionante para que acceda a estos, ya que repercute en su probabilidad de establecerse como migrante regular y de poder pagar por estos servicios. Esto resulta sumamente preocupante si se tiene en cuenta según la Encuesta de Condiciones de Vida (Encovi) realizada en 2017, el 87% de las familias venezolanas estaban bajo la línea de pobreza y 61.2% vivían en pobreza extrema, como lo aduce Lozano (2018).

En octavo lugar, preocupa que el estatus migratorio de las personas prevalezca sobre el derecho a la salud de manera general, pero especialmente en los casos de las personas que son sujeto de especial protección, como los niños, niñas y adolescentes, las madres gestantes<sup>71</sup> y los enfermos crónicos o terminales. Todo esto contraría lo dispuesto por la Corte Constitucional cuando señaló que los derechos de una persona no se pueden supeditar a un trámite administrativo, en sentencia T-314 de 2016.

---

<sup>71</sup> De acuerdo con el RAMV, de las 8.200 mujeres gestantes que se han registrado, 6.300 no han asistido a una sola cita médica, y como estas no son urgencias, no pueden ser atendidas por centros de salud, como lo señaló Manos por Venezuela (Marín, 2018).

En relación con lo anterior, también se encontró que una barrera en este tema es la ausencia de disposiciones que tiendan a velar por los derechos de estos grupos poblacionales, contraviniendo las obligaciones internacionales adquiridas por Colombia en la materia.

En noveno lugar, debe indicarse que como las personas en calidad migratoria irregular no pueden acceder a nada diferente a servicios de urgencias, en la práctica en muchos casos dependen de la buena voluntad de personas que hacen donaciones de medicamentos o de remedios caseros que probablemente no son la mejor solución a las dolencias que sufren, como lo indican la Respuesta del Centro de Migraciones (CORPOSCAL) y la Corporación de Servicio Pastoral Social de la Diócesis de Cúcuta, en sus intervenciones ante la Corte Constitucional para la sentencia T-210 de 2018.

Por último, se tiene que todas las barreras anteriormente mencionadas llevan al agravamiento de todas las problemáticas inicialmente descritas en el presente artículo, implicando el deterioro de su estado de salud que puede incluso poner a las personas en peligro de muerte, en especial en los casos de los sujetos de especial protección.

## 5. RETOS Y RECOMENDACIONES AL ESTADO COLOMBIANO

El acceso al sistema de salud y la materialización de este derecho no debería estar supeditado a la condición migratoria de una persona, máxime cuando las cargas impuestas para su regularización son desproporcionadas y casi imposibles de cumplir, cuando viene de manera forzada a territorio nacional como consecuencia de una crisis en la que se encuentra su país en temas de salud y, especialmente, cuando se trata de un sujeto de especial protección. Es por ello que aunque no puede desconocerse que el Estado colombiano ha adelantado algunas medidas y ha tenido pronunciamientos importantes como la sentencia T-210 de 2018, aún existen grandes barreras que debe eliminar para garantizar el goce y disfrute de este derecho.

En ese orden de ideas, en primer lugar se recomienda, considerando la particular situación de la que vienen los ciudadanos venezolanos, que se expida un tipo de documento sin limitaciones como las del PEP, que facilite y permita la identificación, regularización y ejercicio de derechos como la salud, ampliando la gama de servicios a la que se puede acceder y permitiéndoles contribuir al sistema.

También podría pensarse en la creación de un tipo de visa o permiso, que permita a las personas que buscan venir a Colombia para recibir tratamiento médico, hacerlo de manera regular. La expedición y requisitos que se estableciesen para la obtención de este documento, deberían tener en cuenta todas las particularidades que se han puesto de presente en este escrito, como la imposibilidad de obtener pasaportes y documentos apostillados en Venezuela, el alto nivel de pobreza que hay allá y las condiciones del sistema de salud venezolano que harían que probablemente y ante la inminente necesidad del tratamiento médico, se requirieran unos plazos de expedición de la documentación muy cortos<sup>72</sup>.

---

<sup>72</sup> La visa propuesta difiere del proyecto de ley No. 029/2017C, radicado en julio de 2017 y aprobado en primer debate el 24 de abril de 2018, que busca la creación de una visa humanitaria para aquellos ciudadanos extranjeros,

Lo anterior, porque debe recordarse que el derecho a la vida y a la salud no pueden subordinarse a simples procedimientos administrativos, cuando se ponga en riesgo a la persona.

Ahora bien, ante el crecimiento de la cifra de población venezolana en el país y para la financiación de la ampliación de la cobertura, es necesario que se destinen más recursos al sistema de salud, recalcando que los esfuerzos que se adelanten en el territorio nacional, sin duda alguna deben estar principalmente enfocados en las ciudades donde se detectó que el impacto de la llegada de los migrantes venezolanos es (la frontera colombo-venezolana, Bogotá y la costa caribe colombiana). Para este tema de recursos se proponen varias medidas:

Por una parte, es urgente que se adelante, agilice y fortalezca la cooperación internacional que procure ofrecer soluciones a los millones de migrantes que han salido de Venezuela, y entendiendo que la mayoría de ellos han llegado a establecerse en Colombia o están de paso por el país, conforme a la ruta migratoria que ha estudiado la International Organization for Migration (IOM, 2018), las medidas que se tomen deben buscar ayudar al país a hacer frente al asunto, estando este en la capacidad de dar una respuesta humanitaria y suficiente a los migrantes en asuntos de salud. Para ello, además de las ayudas que acuerde con otros países, necesita buscar cooperar con organismos de carácter internacional, como las organizaciones no gubernamentales, que contribuyan a ser parte de la solución, algunos ejemplos podrían ser la Cruz Roja Internacional, la Organización Panamericana de la Salud, Médicos sin fronteras, entre otras.

---

como los venezolanos, que están en Colombia huyendo de la crisis de su país, cuya vigencia sería por un año, prorrogable hasta que permanezcan las condiciones de vulnerabilidad por las cuales se otorgó la calidad migratoria, al que se opuso el Ministerio de Relaciones Exteriores, señalando que esta potestad es exclusiva del ejecutivo. Cabe señalar que según la autora del proyecto de ley, María Fernanda Cabal, quien quisiera obtener ese tipo de visado, debe aplicar primero al asilo o al refugio, y si este es negado, ahí sí podría solicitar esta medida, como lo explicó a Caracol Radio (2017).



Adicionalmente, debe tener en cuenta que la regularización y habilitación de los migrantes para trabajar, conlleva a que estos aporten al sistema<sup>73</sup>, lo que significa un incremento en los recursos del mismo.

Hay una propuesta interesante realizada por el Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario y la Fundación Konrad Adenauer Stiftung (2018), que indica que podría crearse una categoría de afiliación al sistema de salud, alterna al régimen subsidiado y al contributivo, que permita mecanismos más flexibles de financiación nacional e inter- nacional; por ejemplo, de un fondo de recursos provenientes de cooperación internacional.

Adicionalmente, teniendo en cuenta que el área principal de destino de los migrantes conforme a la ruta migratoria referida previamente se encuentra en Latinoamérica, -particularmente en Panamá, Ecuador, Perú, Chile, Brasil y Argentina-, y que las enfermedades, especialmente las epidemiológicas, afectan a toda esta región y son un peligro potencial para la misma, es necesario que los países unan sus esfuerzos para que Colombia, como primer destino en la ruta, pueda fortalecer sus planes para eliminar este tipo de afecciones, mediante esquemas de vacunas y otras soluciones que se consideren pertinentes para tal efecto. Es importante que las medidas que se han estado tomando se mantengan y se incrementen, para evitar la proliferación de estas enfermedades en el país, teniendo en cuenta que sus cifras han estado aumentando.

Ahora bien, en materia de atención a niños y niñas, es preciso traer a colación lo que dispuso la Corte Constitucional en sentencia T-705 de 2017, donde dijo que en caso de menores en situación de discapacidad el Estado debe:

---

<sup>73</sup> Es importante señalar que no son todos los venezolanos que se encuentran en Colombia acuden al sistema de salud, pero sí son muchos los que podrían aportar al mismo. Al respecto, se ha encontrado que cada uno de ellos llega a Colombia en promedio con \$1.500 USD, según cálculos reportados por Portafolio (2018), ese es dinero que entra a la economía nacional, lo que supondría más de US\$1.500 millones entrantes en total, si se tiene en cuenta que la cifra de venezolanos en el territorio asciende a más de un millón. Regularizar la situación migratoria de estas personas las habilitaría y pondría en la obligación de afiliarse al sistema, y significaría un aumento significativo de ingresos para el mismo.

Prestar los servicios de salud, libre de discriminación y de obstáculos de cualquier índole, a los niños que sufren algún tipo de discapacidad física o mental y de garantizar que se les brindará un tratamiento integral, adecuado y especializado conforme a la enfermedad padecida, resaltando que la protección financiera del sistema pasa a un segundo plano, pues lo que debe primar son las garantías fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.

En atención a la vulnerabilidad en la que se encuentran los migrantes venezolanos, especialmente los irregulares, y sobretodo tratándose de menores de edad, madres gestantes, personas de tercera edad y enfermos crónicos o terminales, deberían tenerse similares consideraciones a las expuestas en el párrafo anterior, pues su vida y dignidad humana no pueden verse condicionadas a su situación económica y legal.

Si bien los grupos anteriormente mencionados suelen demandar tratamientos de alto costo para el Estado, este debe adelantar todas las gestiones que estén a su alcance para garantizar a esta población el derecho a la salud, medidas entre las cuales pueden incluirse las recomendaciones previamente dadas.

También es preciso que el Estado haga campañas de planificación y educación sexual para estas poblaciones, para que así se puedan disminuir los embarazos no deseados y la proliferación de enfermedades de transmisión sexual.

Además, el Estado debe fortalecer sus acciones para prevenir la aparición y propagación de enfermedades, por ejemplo, generando iniciativas tendientes a mejorar las condiciones en las que están viviendo los migrantes venezolanos en Colombia, fijándose que se encuentren en condiciones mínimas dignas, con acceso a agua potable y otros servicios básicos. También debe procurar el gobierno que esta población satisfaga sus necesidades alimentarias básicas. Cabe decir que las anteriores propuestas, además de ser medidas pertinentes para solventar la problemática, son obligaciones del Estado en concordancia con los compromisos internacionales adquiridos por el país.

Hay que entender que si bien muchas de estas medidas pueden ser calificadas como asistencialistas, el contexto de esta migración que es el de una crisis humanitaria lo amerita, por eso se insiste en la necesidad de que el Gobierno comprenda que debe aunar esfuerzos con otros organismos y Estados, para lograr atender debidamente a estas personas.

Ahora bien, el Estado debe generar unos lineamientos más precisos sobre lo que puede caber o no dentro del concepto de urgencias, para que se elimine toda la problemática referida antes frente a esto, no obstante, se insiste en que el Estado debería optar por regularizar a las personas y ampliar su cobertura en salud. Este es el momento para precisar que la atención básica en salud para los migrantes es una decisión costo-efectiva, ya que brindar solo atención de urgencias a los migrantes, lleva a retrasos de acceso a medicamentos y atención médica en casos de grave enfermedad, lo que conlleva a que la exclusión de los migrantes de los servicios de salud se vuelva una carga económica para el país de destino y ponga en potencial riesgo la salud pública de las comunidades de acogida (DeJusticia, 2018; Organización Internacional para las Migraciones [OIM], Organización Mundial de la Salud [OMS] & Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACDH], 2013).

También es necesario que se capaciten todas las entidades que presten servicios de salud, sobre los servicios que están obligados a prestar a las personas migrantes, recordando que de conformidad con la normativa expuesta, puntualmente la Ley 1751 de 2015, no se puede exigir la presentación de un documento para brindar atención de urgencias.

De otro lado, es importante tener en cuenta el impacto que puede tener un proceso migratorio en la salud mental de las personas, pues como lo indica Achotegui (2009), la migración no es en sí misma una causa de trastorno mental, pero sí constituye un factor de riesgo que se presenta cuando se dan las siguientes situaciones:

- *Si existe vulnerabilidad: el inmigrante no está sano o padece discapacidades:* Como se ha expuesto a lo largo de este escrito, en esta situación se encuentran muchas de las personas que migran.

- *Si el nivel de estresores es muy alto: el medio de acogida es hostil:* Los caminos que emprenden los migrantes irregulares hacia Colombia es bastante agresivo, se trata de trochas donde incluso pueden encontrarse grupos al margen de la ley o coyotes que les cobran por su ingreso al país. Adicionalmente, la recepción que muchas personas están dando a los migrantes venezolanos ha sido dura y no ha facilitado su integración, los lugares a los que llegan no son salubres, y la situación es tan grave que incluso ha habido amenazas de muerte dirigidas a ellos (Semana, 2018b; 2018c).

- *Si se dan ambas condiciones.*

Es por ello que en los planes de atención de salud a migrantes, sean regulares o no, es importante incluir este servicio de salud, para evitar que generen o agudicen sus problemas de salud mental. Una propuesta interesante al respecto realizada por el Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario y la Fundación Konrad Adenauer Stiftung (2018), indica que se pueden crear programas de voluntariado mediante los cuales médicos y psicólogos presten sus servicios tanto en este campo, como en la medicina a nivel general.

Por otra parte, es necesario anotar que durante el desarrollo de este escrito se evidenció una problemática, frente a la cual es preciso brindar una recomendación: se notó que muchos medios de comunicación en temas de salud, brindaban información de forma tal que se puede considerar que sus titulares y contenidos daban lugar a incrementar un brote de xenofobia que ya está presente en el país, encabezados como: “Colombia en riesgo de epidemia por enfermedades traídas por venezolanos” de Publimetro (2018) o “Aumenta la llegada de venezolanos con enfermedades crónicas y transmisibles” de Caracol Radio (2018) son frecuentes de encontrar y denotan este problema. Por ello,

se invita a los medios de comunicación a entender la situación por la cual están pasando las personas que migran enfermas y esta población que arriba en general, para que de manera responsable y respetuosa emita la información relacionada con ellos, de manera humanitaria.

También parecen odiosas declaraciones como las del ex Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, quien aseguró frente al tema de los venezolanos y el sistema de salud que “si abrimos las puertas de par en par y atraemos pacientes de alto costo no será sostenible para las condiciones actuales de nuestro sistema de salud”, como lo informa Suárez (2017). Es preocupante que un funcionario del Gobierno, en vez de estar adelantando gestiones para mejorar la atención en salud ante una crisis de tal magnitud, dé declaraciones que alarman a las personas y nada solucionan. Por ello, se reitera la importancia del manejo de los medios de comunicación y lo que se transmite a través de estos.

Para finalizar, hay que recalcar que el hecho de que en el país no haya precedentes de una ola migratoria de tal magnitud como la que se vive actualmente, no constituye una excusa para que no se dé una respuesta ágil y oportuna. Es necesario tener en cuenta que los migrantes venezolanos vienen de un contexto de crisis humanitaria, donde los niveles de pobreza alcanzan casi el 90% de la población y la muerte a causa de la insatisfacción de las necesidades básicas alimentarias y del pésimo estado del sistema de salud es un peligro latente. Por ello, no resulta razonable que a personas que vienen de tales condiciones, se les esté otorgando el mismo trato que a otro tipo de migrantes irregulares, en consecuencia, deben tenerse en cuenta estas circunstancias para generar todas las acciones posibles tendientes a solucionar sus problemas en temas de salud y evitar que estos se empeoren, en especial cuando tales padecimientos ponen en riesgo la vida y dignidad humana de estos migrantes. Decisiones de ese tipo son lo mínimo que puede hacer un Estado al ver un grado de vulneración de los derechos humanos tan alto, como cumplimiento de sus propias obligaciones y en ejercicio del principio de solidaridad.

## CONCLUSIONES

1. Es evidente que el sistema de salud venezolano se encuentra colapsado y en crisis, puesto que no se encuentra en capacidad de dar respuesta ni a las más mínimas necesidades médicas de las personas, como lo demuestran las cifras al respecto.
2. La migración masiva venezolana no fue inesperada, tuvo importantes antecedentes, pero estos no fueron tenidos en cuenta por Colombia para prepararse para la recepción.
3. La normatividad colombiana supone unas cargas desproporcionadas para los venezolanos que pretendan llegar como regulares a Colombia, ello solo incentiva que sigan llegando en calidad irregular, y que por tanto, su derecho a la salud esté limitado únicamente al acceso a atención de urgencias, teniendo en cuenta que no es claro lo que esto último comprende, dado el cambio constante de la jurisprudencia de la Corte Constitucional y la práctica al interior del sistema.
4. El impacto de la migración venezolana en el sistema de salud globalmente considerado no es alto, sin embargo, en zonas puntuales sí lo es, llegando incluso a colapsar los servicios médicos de estos lugares.
5. Existen múltiples barreras que actualmente se encuentran obstaculizando la materialización del derecho a la salud de los migrantes venezolanos en Colombia. Para solucionarlas, se proponen en especial, medidas de cooperación internacional, de regularización y de ampliación de cobertura del sistema de salud colombiano, con énfasis en la atención de los sujetos de especial protección.

## BIBLIOGRAFÍA

### DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

Achotegui (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3119470.pdf>

Acuerdo Sanitario Fronterizo de Bogotá y Villavicencio (1950). [Tratado]. Recuperado de: [http://apw.cancilleria.gov.co/Tratados/adjuntosTratados/E696B\\_MULTI%201950%20SANITARIO.PDF](http://apw.cancilleria.gov.co/Tratados/adjuntosTratados/E696B_MULTI%201950%20SANITARIO.PDF)

Aguirre (21 de marzo de 2018). El sarampión prende alarmas, pero hay otros brotes en Venezuela. *El Colombiano*. Recuperado de: <http://www.elcolombiano.com/colombia/el-sarampion-prende-alarmas-pero-hay-otros-brotes-en-venezuela-LE8420379>

Amnistía Internacional (2018f). Negar la Enfermedad, Impedir La Cura. Recuperado de: <http://www.amnistiaonline.org/SalidadeEmergencia/Default/Negar/>

Amnistía Internacional (2016). Venezuela: Políticas obstinadas aceleran catastrófica crisis humanitaria. Recuperado de: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2016/06/venezuela-stubborn-politics-accelerate-catastrophic-humanitarian-crisis/>

Amnistía Internacional (2018a). Venezuela: La Crisis de Desatención del Derecho a la Salud Obliga a Miles de Personas a Huir. Recuperado de: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2018/03/venezuela-unattended-health-rights-crisis-is-forcing-thousands-to-flee/>

Amnistía Internacional (2018b). Salida de Emergencia de Personas de Venezuela. Recuperado de: <http://www.amnistiaonline.org/SalidadeEmergencia/Default/Salida/>

Amnistía Internacional (2018c). La Agonía de los Pacientes Crónicos. Recuperado de: <http://www.amnistiaonline.org/SaludEmergencia/Default/Agonia/>

Amnistía Internacional (2018d). *Crisis de desatención del derecho a la salud obliga a miles de personas a huir (I ESP)*. [Archivo de video]. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=38&v=MvsyvP8\\_SIU](https://www.youtube.com/watch?time_continue=38&v=MvsyvP8_SIU)

Amnistía Internacional (2018e). El Éxodo de las Embarazadas. Recuperado de: <http://www.amnistiaonline.org/SaludEmergencia/Default/Exodo/>

Amorocho (22 de marzo de 2018). Confirman tercer caso de sarampión importado de Venezuela. *El Colombiano*. Recuperado de: <http://www.elcolombiano.com/colombia/tercer-caso-de-sarampion-importado-de-venezuela-DA8435489>

Analítica (19 de marzo de 2018). Olivares Revela Resultados de la Encuesta Nacional de Hospitales 2018. *Autor*. Recuperado de: <http://www.analitica.com/actualidad/actualidad-nacional/olivares-revela-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-hospitales-2018/>

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2008). Gaceta Oficial, martes 17 de febrero de 2009: Ley Aprobatoria del Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social. Recuperado de: [http://www.oiss.org/IMG/pdf/Ley\\_de\\_Aprobacion\\_del\\_Convenio\\_Asamblea\\_Nacional\\_de\\_Venezuela\\_-2.pdf](http://www.oiss.org/IMG/pdf/Ley_de_Aprobacion_del_Convenio_Asamblea_Nacional_de_Venezuela_-2.pdf)

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela & Médicos por la Salud (2018). Encuesta Nacional de Hospitales 2018. Recuperado de: [https://public.tableau.com/profile/julioacstrom#!/vizhome/enh\\_2018/Story1?publish=yes](https://public.tableau.com/profile/julioacstrom#!/vizhome/enh_2018/Story1?publish=yes)

Barreto, J. (29 de octubre de 2017). Tasa de Embarazo Adolescente en el País es Solo Equiparable a la de Kenia. *El Nacional*. Recuperado de: [http://www.elnacional.com/noticias/sociedad/tasa-embarazo-adolescente-pais-solo-equiparable-kenia\\_209608](http://www.elnacional.com/noticias/sociedad/tasa-embarazo-adolescente-pais-solo-equiparable-kenia_209608)

Bogotá Cómo Vamos (13 de agosto de 2018). Atención a la población venezolana. Recuperado de: <http://www.bogotacomovamos.org/blog/atencion-la-poblacion-venezolana/>



Cabrera, D (27 de agosto de 2018). Aumentan a 60 los casos de sarampión en Colombia. *RCN Radio*. Recuperado de: <https://www.rcnradio.com/salud/aumentan-60-los-casos-de-sarampion-en-colombia>

Caracol Radio (13 de agosto de 2018b). MinSalud: Déficit de la salud en Colombia se acerca a \$10 billones. *Autor*. Recuperado de: [http://caracol.com.co/programa/2018/08/09/6am\\_hoy\\_por\\_hoy/1533821736\\_364444.html](http://caracol.com.co/programa/2018/08/09/6am_hoy_por_hoy/1533821736_364444.html)

Caracol Radio (13 de junio de 2018c). Aumenta la llegada de venezolanos con enfermedades crónicas y transmisibles. *Autor*. Recuperado de: [http://caracol.com.co/radio/2018/06/13/nacional/1528910747\\_270331.html](http://caracol.com.co/radio/2018/06/13/nacional/1528910747_270331.html)

Caracol Radio (26 de julio de 2017). Por ley buscan darles “visa humanitaria” a los venezolanos que lleguen a Colombia. *Autor*. Recuperado de: [http://caracol.com.co/radio/2017/07/26/politica/1501092943\\_471791.html](http://caracol.com.co/radio/2017/07/26/politica/1501092943_471791.html)

Caracol Radio (27 de junio de 2018a). Aumenta número de madres venezolanas vacunando a sus hijos en Colombia. *Autor*. Recuperado de: [http://caracol.com.co/emisora/2018/06/27/cucuta/1530107935\\_308841.html](http://caracol.com.co/emisora/2018/06/27/cucuta/1530107935_308841.html)

CNN En Español (12 de mayo de 2017). Destituyen a Ministra de Salud de Venezuela, Días Después de Difundir las Primeras Cifras de Salud en Casi Dos Años. *Autor*. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/2017/05/12/destituyen-a-ministra-de-salud-de-venezuela-dias-despues-de-difundir-las-primeras-cifras-de-salud-en-casi-dos-anos/>

Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida [Codevida] & Programa Venezolano de Educación - Acción en Derechos Humanos [PROVEA] (marzo de 2016). Situación del Derecho a la Salud en Venezuela. Recuperado de: <http://www.oas.org/fpdb/press/informe-codevida--provea-marzo-2016.pdf>

Coalición de Organizaciones por el Derecho a la Salud y a la Vida [Codevida] & Programa Venezolano de Educación - Acción en Derechos Humanos [PROVEA] (14 de septiembre de 2017). Venezuela: Informe Sobre el Derecho a la Salud, 2014-2017, en un Contexto Humanitario de Privación Prolongada de Medicinas y Servicios Sanitarios. Recuperado de: <https://www.codevida.org/informes/venezuela-informe-sobre-el-derecho-a-la-salud-2014-2017-en-un-contexto-humanitario-de-privacion-prolongado-de-medicina-y-servicios-sanitarios>

Código Penal Venezolano [Código]. 2015. Recuperado de: <http://indiley.com/Indice/Codigo%20Penal%20Texto%20Integro%20050315K.pdf>

Colprensa (16 de febrero de 2018). Más de 8 mil venezolanos se han afiliado a una EPS en el país desde agosto de 2017. *El País*. Recuperado de: <https://www.elpais.com.co/colombia/mas-de-8-mil-venezolanos-se-han-afiliado-a-una-eps-en-el-pais-desde-agosto-de-2017.html>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (1 de octubre de 2018b). Comunicado de Prensa No. 215 de 2018. Venezuela: El Sistema De Salud En Crisis, Dicen Expertos Y Expertas De Derechos Humanos. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/215.asp>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (17 de agosto de 2018a). Comunicado de Prensa No. 184/18: CIDH Saluda Medidas Adoptadas Por Colombia Para Regularización Migratoria Y Acceso A Derechos De Personas Venezolanas. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/184.asp>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (31 de diciembre de 2017a). Situación de los Derechos Humanos en Venezuela: Institucionalidad Democrática, Estado de Derecho y Derechos Humanos en Venezuela. Informe de País. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Venezuela2018-es.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH] (8 de septiembre de 2017b). Resolución 37/2017, Medida Cautelar No. 309-17. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2017/37-17MC309-17-VE.pdf>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Comité DESC] (2000). Observación General No. 14. Recuperado de: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1;El>

Congreso de la República de Colombia. (15 de julio de 1994) Ley que aprueba la "Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares". [Ley 146 de 1994]. Recuperado de: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0146\\_1994.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0146_1994.html)

Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015) Ley que regula el derecho fundamental a la salud. [Ley Estatutaria 1751 de 2015]. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html).

Congreso de la República de Colombia. (19 de enero de 2011) Ley de reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud. [Ley 1438 de 2011]. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html).

Congreso de la República de Colombia. (2 de junio de 1981) Ley que aprueba la "Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer". [Ley 51 de 1981]. Recuperado de: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/573203/887553/Ley+51+de+1981+%28Ratifica+Convención+CEDAW%29.pdf/884fb80f-2c87-4c86-b742-768749a9bda7>

Congreso de la República de Colombia. (20 de septiembre de 1996) Ley que aprueba el "Protocolo de San Salvador". [Ley 65 de 1981]. Recuperado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1616927>

Congreso de la República de Colombia. (21 de diciembre de 2001) Ley de normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política. [Ley 715 de 2001]. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0715\\_2001.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html).

Congreso de la República de Colombia. (22 de enero de 1981) Ley que aprueba la "Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial". [Ley 22 de 1981]. Recuperado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1578189>

Congreso de la República de Colombia. (22 de enero de 1991) Ley que aprueba la "Convención sobre los Derechos del Niño". [Ley 12 de 1991]. Recuperado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1616927>

Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993) Ley del Sistema de Seguridad Social Integral. [Ley 100 de 1993]. Recuperado de [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html).

Congreso de la República de Colombia. (23 de noviembre de 1981) Ley que aprueba el "Convenio Iberoamericano de Seguridad Social". [Ley 65 de 1981]. Recuperado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1616927>

Congreso de la República de Colombia. (26 de diciembre de 1968) Ley que aprueba el "Pactos Internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos". [Ley 74 de 1968]. Recuperado de: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/573203/887553/Ley+74+de+1968+%28Ratifica+Pacto+Internacional+de+derechos%29.pdf/b58de7e1-3a7a-422d-a68f-5c273cf6ed7>

Congreso de la República de Colombia. (31 de julio de 2009) Ley que aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad". [Ley 1346 de 2009]. Recuperado de: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1346\\_2009.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1346_2009.html)

Congreso de la República de Colombia. (Diciembre de 1930) Ley que aprueba la "Convención sobre Condiciones de los Extranjeros". [Ley 64 de 1930]. Recuperado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1840492>

Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (2018). 39/... Promoción y protección de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela. Recuperado de: [http://ap.ohchr.org/documents/S/HR\\_C/d\\_res\\_dec/A\\_HRC\\_39\\_L1\\_rev1.pdf](http://ap.ohchr.org/documents/S/HR_C/d_res_dec/A_HRC_39_L1_rev1.pdf)

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas [ECOSOC] (1985). Resolución 1985/17. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cescr/pages/cescrindex.aspx>

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela [Const.] (2009). Recuperado de: [http://www.asambleanacional.gob.ve/documentos\\_archivos/constitucion-nacional-7.pdf](http://www.asambleanacional.gob.ve/documentos_archivos/constitucion-nacional-7.pdf)

Convenio Hipólito Unanue (1971). [Tratado]. Recuperado de: [http://apw.cancilleria.gov.co/Tratados/adjuntosTratados/9FA0E\\_CAN-CONV%20HIPOLITO-1971.PDF](http://apw.cancilleria.gov.co/Tratados/adjuntosTratados/9FA0E_CAN-CONV%20HIPOLITO-1971.PDF)

Convite Asociación Civil (19 de julio de 2016). Análisis sobre Cifras de Mortalidad Materna e Infantil en Venezuela. Recuperado de: <https://conviteblog.wordpress.com/2016/07/19/ultima-hora-informe-analisis-sobre-cifras-de-mortalidad-materna-e-infantil-en-venezuela-julio-2016/>

Convite Asociación Civil (6 de abril de 2018). 7mo Boletín – Monitoreo del Derecho a la Salud en Venezuela. Recuperado de: <https://conviteblog.wordpress.com/2018/04/06/boletin-informativo-7-monitoreo-del-derecho-a-la-salud-en-venezuela/>

DeJusticia (2018). Comunicado de dirigido a Gloria Stella Ortiz Delgado. Recuperado de: <https://cdn.dejusticia.org/wp-content/uploads/2018/05/Dejusticia-Intervención-Migrantes-v.-Sistema-de-Salud-FINAL-03052018.pdf>

Delgado, A. M. (28 de marzo de 2018). Los Médicos se Unen al Éxodo, Más de 22,000 ya Han Huido de Venezuela. *El Nuevo Herald*. Recuperado de: <https://www.elnuevoherald.com/noticias/mundo/america-latina/venezuela-es/article207182134.html#storylink=cpy>

Egui, V. (7 de noviembre de 2017). Seis Epidemias en Venezuela Generan Alarma. *Diario Las Américas*. Recuperado de: <https://www.diariolasamericas.com/america-latina/seis-epidemias-venezuela-generan-alarma-n4136467>

El Espectador (12 de febrero de 2018b). ¿Por qué es tan difícil sacar el pasaporte en Venezuela?. *Autor*. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/noticias/el-mundo/por-que-es-tan-dificil-sacar-el-pasaporte-en-venezuela-articulo-738727>

El Espectador (26 de septiembre de 2018a). Con humildad y franqueza estoy dispuesto a hablar con Trump: Maduro en la ONU. *Autor*. Recuperado de: <https://www.elespectador.com/noticias/el-mundo/con-humildad-y-franqueza-estoy-dispuesto-hablar-con-trump-maduro-en-la-onu-articulo-814631>

El Herald (10 de marzo de 2017). Panorama de “abandono” encontró Minsalud en secretaría de Salud de La Guajira. *Autor*. Recuperado de: <https://www.elheraldo.co/la-guajira/panorama-de-abandono-encontro-minsalud-en-secretaria-de-salud-de-la-guajira-335749>

El Herald (14 de diciembre de 2015). La crisis de salud en La Guajira, donde los niños mueren de hambre. *Autor*. Recuperado de: <https://www.elheraldo.co/region/la-crisis-de-salud-en-la-guajira-donde-los-ninos-mueren-de-hambre-233461>

El Nacional (8 de marzo de 2017). ONG Alertan Sobre Escasez de Condones. *Autor*. Recuperado de: [http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/ong-alertan-sobre-e-e-scasez-condones\\_71252](http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/ong-alertan-sobre-e-e-scasez-condones_71252)

El Tiempo (12 de octubre de 2017). Alerta en frontera por aumento de enfermedades que llegan de Venezuela. *Autor*. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/informe-sobre-la-salud-de-los-venezolanos-en-la-frontera-140318>

El Tiempo (18 de julio 2018b). ¿Qué pasará con los venezolanos ilegales en Colombia?. *El Tiempo*. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/censo-de-venezolanos-en-colombia-y-su-estatus-legal-245046>

El Tiempo (21 de marzo de 2018a). Habilitan cuatro puntos de vacunación en la frontera con Venezuela. *Autor*. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/habilitan-cuatro-puntos-de-vacunacion-en-la-frontera-con-venezuela-196536>

El Universal (26 de junio de 2018). La OPS Recomienda a Venezuela "Acciones Urgentes" Ante el Sarampión y la Difteria. *Autor*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com/politica/13379/la-ops-recomienda-a-venezuela-acciones-urgentes-ante-sarampion-y-difteria%20y%20https://www.diariolasamericas.com/america-latina/seis-epidemias-venezuela-generan-alarma-n4136467>

ESCR-Net (15 de agosto de 2018). UN finds rights violations in irregular migrant being denied essential health services. Recuperado de: <https://www.escr-net.org/news/2018/un-finds-rights-violations-irregular-migrant-being-denied-essential-health-services>

Externado Radio, Programa Derecho a la Carta. (29 de agosto de 2018). *Retos de la Inmigración Venezolana en Colombia*. [Audio en podcast]. Recuperado de <https://www.spreaker.com/user/externadoradio/284-retos-de-la-inmigracion-venezolana->

Fondo Monetario Internacional [FMI] (Octubre de 2018). Informe Perspectivas de la Economía Mundial. Recuperado de: <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2018/09/24/world-economic-outlook-october-2018>

Herrera, Isayen (30 de noviembre de 2017). OMS Admite Por Primera Vez Que Hay Crisis Humanitaria. Recuperado de: [http://www.el-nacional.com/noticias/crisis-humanitaria/oms-admite-por-primera-vez-que-hay-crisis-humanitaria\\_213517](http://www.el-nacional.com/noticias/crisis-humanitaria/oms-admite-por-primera-vez-que-hay-crisis-humanitaria_213517)

Human Right Watch [HRW] (24 de octubre de 2016). Crisis humanitaria en Venezuela. La Inadecuada y Represiva Respuesta del Gobierno Ante la Grave Escasez de Medicinas, Insumos y Alimentos. Recuperado de: <https://www.hrw.org/es/report/2016/10/24/crisis-humanitaria-en-venezuela/la-inadecuada-y-represiva-respuesta-del-gobierno>

Human Rights Watch [HRW] (2016). Crisis humanitaria en Venezuela. Recuperado de: <https://www.hrw.org/es/report/2016/10/24/crisis-humanitaria-en-venezuela/la-inadecuada-y-represiva-respuesta-del-gobierno>

Human Rights Watch [HRW] (29 de noviembre de 2017). Arremetida contra opositores. Recuperado de: <https://www.hrw.org/es/report/2017/11/29/arremetida-contra-opositores/brutalidad-tortura-y-persecucion-politica-en>

Instituto de Estudios Internacionales de la Pontificia Universidad Católica del Perú (s.f.). Amenaza de Crisis Humanitaria en Europa. Recuperado de: <http://idei.pucp.edu.pe/amenaza-crisis-humanitaria-europa/>

International Organization for Migration [IOM] (abril de 2018). Migration Trends in the Americas. Recuperado de: [http://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/Informes/National\\_Migration\\_Trends\\_Venezuela\\_in\\_the\\_Americas.pdf](http://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/Informes/National_Migration_Trends_Venezuela_in_the_Americas.pdf)

Lozano (22 de febrero de 2018). La pobreza es casi absoluta en Venezuela: llegó al 87%. *La Nación*. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/2111091-la-pobreza-es-casi-absoluta-en-venezuela-llego-al-87>

Marín (21 de julio de 2018). ¿Qué pasa en Colombia con las venezolanas embarazadas?. *El Espectador*. Recuperado de: <https://www.elespectador.com>

m/noticias/el-mundo/que-pasa-en-colombia-con-las-venezolanas-embarazadas-articulo-801453

Mejía (mayo, 2018). Ponencia en Conversatorio: La inmigración de venezolanos a Colombia. Parte 2: Perspectivas cruzadas, realizado por el Observatorio de Migraciones Universidad Externado de Colombia. Bogotá D.C. Recuperado de: <https://observatoriomigrandoporcolombia.wordpress.com/2018/06/26/conversatorio-la-inmigracion-de-venezolanos-a-colombia-parte-2-perspectivas-cruzadas/>

Mercado Común del Sur [MERCOSUR] (2008). Acuerdo sobre Documentos de Viaje de los Estados Partes del MERCOSUR y Estados Asociados. Recuperado de: [http://apw.cancilleria.gov.co/Tratados/adjuntosTratados/27729\\_MERCOSUR-DOC%20VIAJE-2008.PDF](http://apw.cancilleria.gov.co/Tratados/adjuntosTratados/27729_MERCOSUR-DOC%20VIAJE-2008.PDF)

MERCOSUR (2017). Decisión Sobre La Suspensión De La República Bolivariana De Venezuela En El MERCOSUR. Recuperado De: <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/8469/1/innova.front/decision-sobre-la-suspension-de-la-republica-bolivariana-de-venezuela-en-el-mercosur>

Ministerio de Relaciones Exteriores [MRE] (2018). Avances Gestión Frontera Con Venezuela, Cifras Consolidadas A 07 de febrero de 2018. Recuperado de: <https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/08-02-2018avancesgestionfronteravf.pdf>

Ministerio de Relaciones Exteriores [MRE] (s.f.). Biblioteca Virtual de Tratados. Recuperado de: <http://apw.cancilleria.gov.co/tratados/sitepages/menu.aspx>

Ministerio de Relaciones Exteriores. (25 de julio de 2017) Resolución por medio de la cual se crea un Permiso Especial de Permanencia. [Resolución 5797 de 2017]. Recuperado de <file:///C:/Users/Personal/Downloads/resolucion%205797-PEP%20venezolanos.pdf>.

Ministerio de Relaciones Exteriores. (8 de febrero de 2018) Resolución por medio de la cual se establece un nuevo término para acceder al Permiso Especial de Permanencia. [Resolución 0740 de 2018]. Recuperado de <file:///C:/Users/Personal/Downloads/RESOLUCION%200740%20DE%202018%20PEP.pdf>.



Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (12 de febrero de 2018a). Boletín de prensa No. 015 de 2018. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-prepara-un-plan-basico-de-beneficios-en-salud-para-extranjeros.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (27 de septiembre de 2018b). Boletín de Prensa No 135 de 2018. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Queremos-garantizar-atencion-a-venezolanos-con-dignidad-Minsalud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social y otros. (12 de marzo de 2014) Circular de instrucciones sobre el virus del Chikungunya. [Circular Conjunta Externa 014 de 2014]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular-Conjunta-Externa-0014-de-2014.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social y otros. (14 de octubre de 2015) Circular de instrucciones sobre el virus Zika. [Circular Conjunta Externa 043 de 2015]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-conjunta-externa-0043.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social y otros. (16 de enero de 2018) Circular con instrucciones sobre el sarampión y la rubéola. [Circular 0006 de 2018]. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-conjunta-006-2018-sarampion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de diciembre de 2017) Resolución por la cual se actualiza el Plan de Beneficios en Salud. [Resolución 5269 de 2017]. Recuperado de <https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Normatividad2018/Resoluci%C3%B3n%20No.5269%20de%202017.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de julio de 2017) Circular para el fortalecimiento de acciones en salud pública. [Circular 025 de 2017]. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.pdf).

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2016). Boletín Epidemiológico. Recuperado de: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-2016.pdf>

Observatorio de Venezuela de la Universidad del Rosario y la Fundación Konrad Adenauer Stiftung (2018). Retos Y Oportunidades De La Movilidad Humana Venezolana En La Construcción De Una Política Migratoria Colombiana. Recuperado de: <http://www.kas.de/wf/doc/26869-1442-4-30.pdf>

Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2018). The Spokesperson for the Secretary-General, Stéphane Dujarric, told reporters that “as of June 2018, an estimated 2.3 million Venezuelans, out of the 32.8 million people who live there, have fled the country mainly to Colombia, Ecuador, Peru and Brazil. [Archivo de video]. Disponible en: <https://www.unmultimedia.org/avlibrary/asset/2217/2217274/>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] & Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2017). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y El Caribe. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>

Organización de Naciones Unidas - Asamblea General (1948). Resolución 217A (III) de 10 de diciembre de 1948. Recuperado de: [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

Organización de Naciones Unidas [ONU] (14 de agosto de 2018). Daily Press Briefing by the Office of the Spokesperson for the Secretary-General. Recuperado de: <https://www.un.org/press/en/2018/db180814.doc.htm>

Organización Internacional para las Migraciones [OIM], Organización Mundial de la Salud [OMS] & Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [OACDH] (2013). Migración internacional, salud y derechos humanos. Recuperado de: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication\\_sp.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (s.f.). Atención Primaria de Salud. Recuperado de: [https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/es/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/)

Organización Panamericana de Salud [OPS] y la Organización Mundial de la Salud [OMS] – Oficina regional para las Américas (20 de junio de 2018). Respuesta de la OPS para Mantener una Agenda Eficaz de Cooperación Técnica en Venezuela y en los Estados Miembros Vecinos. Recuperado de: <https://es.scribd.co>

m/document/382275937/Respuesta-de-la-OPS-para-mantener-una-agenda-eficaz-de-cooperacion-tecnica-en-Venezuela-y-en-los-Estados-miembros-vecinos

Portafolio (10 de octubre de 2018). Venezolanos han traído más de US\$1.500 millones a Colombia. *Autor*. Recuperado de: <https://www.portafolio.co/economia/venezolanos-han-traido-mas-de-us-1-500-millones-a-colombia-522194>

Presidencia de la República. (15 de septiembre de 2016) Decreto por el cual se modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Decreto 1495 de 2016]. Recuperado de [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%201495%20de%202016.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201495%20de%202016.pdf).

Presidencia de la República. (21 de marzo de 2018) Decreto que desarrolla parcialmente el artículo 140 de la Ley 1873 de 2017 y se dictan otras disposiciones. [Decreto 542 de 2018]. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20542%20DEL%2021%20MARZO%20DE%202018.pdf>.

Presidencia de la República. (25 de julio de 2018) Decreto por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional. [Decreto 1288 de 2018]. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201288%20DEL%2025%20DE%20JULIO%20DE%202018.pdf>.

Presidencia de la República. (25 de mayo de 2017) Decreto que modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Decreto 866 de 2017]. Recuperado de [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20866%20del%202017.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20866%20del%202017.pdf).

Presidencia de la República. (26 de mayo de 2015) Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. [Decreto 1072 de 2015]. Recuperado de <http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+15+de+abril++de+2016.pdf/a32b1dcf-7a4e-8a37-ac16-c121928719c8>.

Presidencia de la República. (26 de mayo de 2015) Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Relaciones Exteriores. [Decreto 1067 de 2015].

Recuperado de [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/decreto\\_1067\\_2015.htm](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/decreto_1067_2015.htm).

Presidencia de la República. (27 de diciembre de 2017) Decreto que modifica el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Decreto 2228 de 2017]. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%202228%20DEL%2027%20DE%20DICIEMBRE%20DE%202017.pdf>.

Presidencia de la República. (4 de septiembre de 2015) Decreto por el cual se establecen las condiciones para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los migrantes colombianos provenientes de Venezuela. [Decreto 1768 de 2015]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1768-de-2015.pdf>.

Presidencia de la República. (6 de mayo de 2016) Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Decreto 780 de 2016]. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf).

Presidencia de la República. (6 de octubre de 2015) Decreto que adopta medidas en relación con migrantes colombianos provenientes de Venezuela. [Decreto 1978 de 2015]. Recuperado de <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%201978%20DEL%2006%20DE%20OCTUBRE%20DE%202015.pdf>.

Presidencia de la República. (7 de septiembre de 2015) Decreto por el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en parte del territorio nacional. [Decreto 1770 de 2015]. Recuperado de <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%201770%20DE%2007%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202015.pdf>.

Protocolo Adicional del Convenio Hipólito Unanue (1974). [Tratado]. Recuperado de: [http://apw.cancilleria.gov.co/Tratados/adjuntosTratados/BA02D\\_CAN-PROT%20UNANUE-1974.PDF](http://apw.cancilleria.gov.co/Tratados/adjuntosTratados/BA02D_CAN-PROT%20UNANUE-1974.PDF)

Publimetro (18 de febrero de 2018). Colombia en riesgo de epidemia por enfermedades traídas por venezolanos. *Autor*. Recuperado de: <https://www.publimetro.co/c>

o/noticias/2018/02/18/colombia-riesgo-epidemia-enfermedades-traidas-venezolanos.html

Ramírez (8 de julio de 2018). Los indicadores de salud de La Guajira. *Opinión y Salud*. Recuperado de: <https://www.opinionysalud.com/los-indicadores-salud-la-guajira/>

RCN Radio (17 de febrero de 2018). Colombia en riesgo de epidemia por cinco enfermedades que aumentan en Venezuela. Recuperado de: <https://www.rcnradio.com/salud/colombia-en-riesgo-de-epidemia-por-cinco-enfermedades-que-aumentan-en-venezuela>

Semana (2018b). Las Trochas: Lo que nadie ve. *Autor*. Recuperado de: <http://especiales.semana.com/editoriales-migracion-venezolana-las-trochas-que-nadie-ve/>

Semana (29 de marzo de 2018a). El mapa del sarampión importado desde Venezuela. Recuperado de: <https://www.semana.com/nacion/articulo/sarampion-importado-desde-venezuela/561986>

Semana (6 de febrero de 2018c). Alerta por xenofobia en contra de los venezolanos en Colombia. *Autor*. Recuperado de: <https://www.semana.com/nacion/articulo/xenofobia-en-colombia-contra-los-venezolanos/569808>

Suárez (17 de julio de 2017). En últimos 3 años, el país ha atendido la salud de 14.362 venezolanos. *El Tiempo*. Recuperado en: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/atencion-en-salud-a-venezolanos-en-colombia-109750>

Tovar, A. Venezolanos le Gritan al Mundo: "No queremos morir". *Cambio 16*. Recuperado de: <https://www.cambio16.com/mundo/venezuela-no-queremos-morir/>

Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia (13 de junio de 2018). Comunicado Oficial. Recuperado de: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados-2018/junio-2018/7584-442-462-venezolanos-identificados-en-registro-ramv-recibiran-regularizacion-temporal>

Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia (2016). Control Migratorio en la Zona de Frontera con Venezuela. Recuperado de: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados-2016/marzo-2016/2570-preguntas-frecuentes-relacionadas-con-el-control-migratorio-en-la-zona-de-frontera-con-venezuela>

Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres [UNGRD] (27 de marzo de 2018). Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos – RAMV. Recuperado de: [http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide\\_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx](http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx)

Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres [UNGRD], la Federación Nacional de Personeros de Colombia [FENALPER] y la Defensoría del Pueblo (8 de junio de 2018). Informe Final, Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia. Recuperado de: <http://www.refworld.org/es/pdfid/5b2957524.pdf>

Universidad Católica Andrés Bello, la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Simón Bolívar (2018). Encuesta sobre Condiciones de Vida en Venezuela (ENCOVI). Recuperado de: <https://www.ucab.edu.ve/wp-content/uploads/sites/2/2018/02/ENCOVI-2017-presentación-para-difundir-.pdf>

## **JURISPRUDENCIA**

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. (01 de junio de 2018) Sentencia T-210/2018. [MP. Gloria Stella Ortiz Delgado]

Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión. (28 de agosto de 2018) Sentencia T-348/2018. [MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez]

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. (04 de julio de 2017) Sentencia T-421/2017. [MP. Iván Humberto Escrucería Mayolo]

Corte Constitucional, Sala Plena. (15 de noviembre de 2017) Sentencia SU 677/2017. [MP. Gloria Stella Ortiz Delgado]

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. (30 de noviembre de 2017) Sentencia T-705/2017. [MP. José Fernando Reyes Cuartas]

Corte Constitucional, Sala Tercera de Revisión. (16 de diciembre de 2016) Sentencia T-728/2016. [MP. Alejandro Linares Cantillo]

Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión. (17 de junio de 2016) Sentencia T-314/2016. [MP. Gloria Stella Ortiz Delgado]

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. (15 de abril de 2013) Sentencia T-212/2013. [MP. Nilson Pinilla Pinilla]

Corte Constitucional, Sala Cuarta de Revisión. (12 de diciembre de 2012) Sentencia T-1088/2012. [MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo]

Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión. (11 de marzo de 2008) Sentencia T-269/2008. [MP. Jaime Araújo Rentería]

Corte Constitucional, Sala Plena. (10 de octubre de 2007) Sentencia C-834/2007. [MP. Humberto Antonio Sierra Porto]

Corte Constitucional, Sala Plena. (25 de enero de 1993) Sentencia C-018/1993. [MP. Alejandro Martínez Caballero]

## **NORMATIVA**

Constitución Política de Colombia [Const.] (1991) 32ª Ed. Legis.