

Contribución de la Red Franciscana para Migrantes

En respuesta al llamado a contribuciones por el Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sobre **“El racismo y el derecho a la Salud en Colombia y México”**

Junio 2022

La protección del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental tiene una carga prestacional para el Estado. Esto implica que la garantía de su núcleo esencial, dependerá de factores como el desarrollo económico, la cultura, la geografía, entre otros. Esta fragmentación contradice la aspiración de universalidad de los derechos humanos y limita las posibilidades de tener una vida digna para varios grupos poblacionales, como es el caso de las personas migrantes y solicitantes de asilo¹. En este contexto, nuestras organizaciones envían las siguientes respuestas para la elaboración de su informe, describiendo la situación en Colombia y México con base en el acompañamiento que hacemos con estas poblaciones en el terreno

Respuestas a las preguntas uno, dos y tres sobre: principales manifestaciones de discriminación que prevalecen en el ámbito del derecho a la salud; ¿quiénes son las personas más afectadas y por qué? y, la negación de servicios a inmigrantes indocumentados.

En Colombia, las personas migrantes y solicitantes de asilo con estatus migratorio irregular sufren las siguientes formas de discriminación:

1. Acceder a la prestación de servicios de salud en los establecimientos médicos disponibles tanto en el nivel esencial como en los más altos niveles.

La dificultad de acceso a los servicios de urgencias está dada por la saturación que ocasionan los fenómenos epidemiológicos o, por la baja eficiencia de los procesos de flujo y salida de emergencias de los establecimientos de salud². *“Este fenómeno se ve reflejado principalmente en largas esperas, en la ocupación de las áreas comunes, la utilización de sillas, mesas e incluso el suelo para la atención de los pacientes, en el abandono del servicio y en el estrés del personal asistencial, entre otros”*³.

En la práctica estos problemas van desde trámites innecesarios para hacer efectivo su derecho, aun teniendo regularizado su estatus migratorio, hasta barreras injustas por la interpretación subjetiva y ambigua de las urgencias⁴.

De otro lado, el acceso a los más altos niveles de servicios de salud es una prestación que el Estado proporciona solo a quienes tienen estatus migratorio regular, como lo expresa la Corte Constitucional de Colombia, *“los migrantes venezolanos en situación de irregularidad no afiliados, si bien generalmente son valorados como ‘población pobre no asegurada’, solamente reciben atención de urgencias por parte del sistema”*⁵.

¹ Lamprea, Everaldo. El núcleo esencial del derecho a la salud. En: Helena Alviar, Julieta Lemaitre, Betsy Perafán (eds. y coords.). Constitución y Democracia en Movimiento, pp. 349-370. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Derecho, Ediciones Uniandes, 2016.

² Restrepo-Zea, Jairo Humberto, Jaén-Posada, Juan Sebastián, Espinal Piedrahita, Juan José, Zapata Flórez, Paula Andrea. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 2018.

³ *Ibíd.*

⁴ Asociación Profamilia y Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDAUSAID). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria?. Bogotá, D.C. 2020. p. 108.

⁵ Corte Constitucional, sentencia T-210-2018, magistrada Gloria Stella Ortiz Delgado.

Los departamentos difícilmente les proporcionan una atención integral en salud, porque estas personas no tienen un domicilio fijo que permita activar los procesos para afiliación al régimen subsidiado de salud.

Por ejemplo, en uno de los casos analizados en la sentencia T-210-2018, T-6.578.193, es evidente que la prestación de los servicios de salud para personas con cáncer no es permanente ni oportuna. Ni siquiera por ser madres cabeza de hogar en situación migratoria irregular o por ser menores de edad⁶.

Entre 2018 a 2019, la utilización de servicios de salud por parte de la población migrante y refugiada aumentó:

249,5% aumento en atenciones en salud relacionadas con sífilis gestacional. 15,8% aumento en atenciones en salud asociadas con enfermedades transmisibles (VIH/Sida y hepatitis virales). 134% aumento de atenciones en salud para manejo y control de enfermedades del sistema cardiovascular. 114% aumento en atenciones en cáncer de mama 99% aumento en servicios de salud entre adolescentes 96% atenciones en anticoncepción 80% aumento en atenciones prenatales⁷.

Además, “los deberes que impone la legislación migratoria para la regularización son de difícil cumplimiento”⁸, pues los incentivos que fundamentan estos procesos, desconocen los enfoques diferenciales, las dificultades de acceder a documentos oficiales en el país de origen, los periodos de las migraciones, la movilización humana en grupos familiares⁹.

2. La calidad de la prestación del servicios de salud.

No hay un equilibrio entre la oferta y demanda de los servicios de salud, esto se debe, en parte, a los bajos índices de inversión de recursos públicos en el sector y a que el sistema de competencia regulado no ha incentivado el incremento en la calidad de la atención¹⁰. En Colombia, “el gasto total en salud como porcentaje del PIB se ubica por debajo del promedio de los países de la OCDE. Es uno de los más bajos a nivel regional, lo cual impacta de manera importante el acceso y la disponibilidad a servicios de calidad y al mejor talento humano”¹¹.

Sin embargo, con ocasión de la llegada masiva de personas migrantes y solicitantes de asilo venezolanos al territorio, el Ministerio de Salud y Protección social reportó que

⁶ Corte Constitucional, sentencia T-705 de 2017, magistrado José Fernando Reyes Cuartas.

⁷ Dirección de Investigaciones, Profamilia, 2020. Elaborado a partir de la información de Migración Colombia; Cubo Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) – Población Migrante. Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. Consulta realizada a septiembre 30 de 2019 durante el mes de noviembre del mismo año.

⁸ *Ibíd.*

⁹ Centro de Estudios en Migración (CEM), Clínica jurídica para migrantes. “Comentarios al proyecto de decreto que crea el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos: hoy más vigentes que nunca ad portas de la reglamentación”. Bogotá, Colombia: Universidad de los Andes. En: <https://derecho.uniandes.edu.co/sites/default/files/comentarios-proyecto-de-decreto-estatuto-temporal.pdf>.

¹⁰ Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI). Retos y perspectivas del sector salud en Colombia. En: <http://www.andi.com.co/Home/Noticia/15634-retos-y-perspectivas-del-sector-salud-e>

¹¹ *Ibíd.*

entre 2017 y 2021 asignó 590 mil millones de pesos para el pago de atenciones de urgencias para población refugiada y migrante¹². Anexo infografía oficial a este reporte.

Aún así, los modelos de prevención primaria y protección específica no son acordes con las realidades locales y regionales de las necesidades en salud. Es necesario basar esto en las prácticas comunitarias, del barrio, para proveer niveles más idóneos de atención¹³.

3. Atención a población migrante vulnerable en Colombia y en México

Los enfoques diferenciales en la prestación de servicios de salud no son tenidos en cuenta para garantizar el máximo disfrute de este derecho y condiciones de vida digna, tanto en Colombia como en México. En la pandemia esta realidad fue más latente y sigue hoy siendo un motivo para que los defensores de derechos humanos intervengan en los procesos administrativos que se siguen para acceder y disponer de este servicio.

Por ejemplo, en Colombia, “la falta de implementación del plan de respuesta nacional, del Conpes para la migración, de la respuesta inter-agencial y los lineamientos del gobierno crea dificultades para la afiliación en salud y la atención de urgencias deben hacer parte de la formación y desarrollo de capacidades de los equipos de salud a nivel local”¹⁴.

Para ilustrar lo que ocurre en México, entrevistamos a una mujer gestante que por ser migrante no tuvo atención oportuna de su parto en un hospital de Tenosique México, pasó de un médico a otro, le reprocharon el estar en ese país donde no había ‘trabajo’. Le hicieron firmar un consentimiento supuestamente para hacer la cesárea, ya que el niño estaba en condiciones difíciles de salud; aunque luego de ser revisada por otro doctor en Villahermosa, donde recibió finalmente atención, se enteró que el consentimiento era para no tener más hijos. Como resultado el niño nació a la semana 43, con problemas respiratorios. Esta mujer además manifestó que su caso no es aislado, que en el hospital de Tenosique la atención a mujeres migrantes embarazadas es discriminatoria, ineficiente y precaria.

¹² Ministerio de Salud y Protección social. Situación y respuesta al fenómeno migratorio en salud, 2022. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/infografia-migrantes-datos-marzo-2022.pdf>

¹³ Asociación Profamilia y Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero... Op. cit.

¹⁴ *Ibíd.*, p. 109.