

# ACCESO Y PERMANENCIA DE LA POBLACIÓN VENEZOLANA AL SISTEMA DE SALUD EN: MEDELLÍN Y EL VALLE DE ABURRÁ



Financiado por  
la Unión Europea  
Ayuda Humanitaria

Este documento abarca las actividades de ayuda humanitaria con la asistencia financiera de la Unión Europea Protección civil y ayuda humanitaria (ECHO). Las opiniones expresadas en él no deben interpretarse en modo alguno como opinión oficial de la Unión Europea. La Comisión Europea no se hace responsable del uso que se pueda hacer de la información contenida en el documento.

**DRU** CONSEJO  
DÁNES PARA  
REFUGIADOS

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>1.</b>	Introducción	<b>1</b>
<b>2.</b>	Resumen	<b>2</b>
<b>3.</b>	Metodología	<b>3</b>
<b>4.</b>	Contexto	<b>4</b>
<b>5.</b>	Marco normativo	<b>6</b>
<b>6.</b>	Barreras y obstáculos para el acceso y permanencia en el SGSSS	<b>9</b>
<b>6.1.</b>	Barreras geográficas	<b>9</b>
<b>6.2.</b>	Barreras económicas	<b>9</b>
<b>6.3.</b>	Barreras informativas y actitudinales	<b>10</b>
<b>6.4.</b>	Demoras informativas y actitudinales	<b>11</b>
<b>6.5.</b>	Obstáculos para la permanencia en el SGSSS	<b>14</b>
<b>6.6.</b>	Barreras asociadas al sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (Sisbén)	<b>15</b>
<b>6.7.</b>	Perfiles de riesgo	<b>15</b>
<b>6.7.1.</b>	Niños, niñas y adolescentes (NNA)	<b>15</b>
<b>6.7.2.</b>	Habitantes de calle	<b>17</b>
<b>6.7.3.</b>	Solicitantes de refugio	<b>17</b>
<b>6.7.4.</b>	Mujeres gestantes y lactantes	<b>18</b>
<b>6.7.5.</b>	Personas con discapacidad	<b>18</b>
<b>7.</b>	Buenas prácticas identificadas	<b>19</b>
<b>7.1.</b>	Ampliación del aseguramiento	<b>19</b>
<b>7.2.</b>	Coordinación	<b>20</b>
<b>7.3.</b>	Comunicación	<b>21</b>
<b>7.4.</b>	Permanencia	<b>21</b>
<b>8.</b>	Conclusiones y recomendaciones	<b>22</b>

## **Danish Refugee Council (DRC) / Consejo Danés Para Refugiados**

El Consejo Danés para Refugiados DRC es una Organización No Gubernamental “ONG”, fundada en Dinamarca, con más de 7,000 empleados y 8,000 voluntarios en todo el mundo. Nuestra visión incluye asistencia para garantizar una vida digna para las personas refugiadas, migrantes y desplazadas por motivo de conflictos y violencia.

DRC brinda asistencia a las personas que huyen de su país de origen, y a personas que se ven forzadas a abandonar su hogar dentro de su propio país, así como a la comunidad de acogida. En cooperación con las comunidades locales, buscamos soluciones responsables y sostenibles.

Diciembre de 2021- Todos los derechos reservados DRC

# **1. INTRODUCCIÓN**

La respuesta en salud para la población refugiada y migrante en Colombia se ha abordado habitualmente como circunstancias excepcionales con una perspectiva temporal centrada en la inmediatez, a través de la atención de emergencia. Las normas emitidas sobre el derecho a la salud para refugiados y migrantes muchas veces tienen una duración restringida, relacionados con los permisos migratorios. Asimismo, los mismos tiempos y alcances de la acción humanitaria muchas veces también son de carácter temporal.

La protección y garantía del derecho a la salud de las personas venezolanas en Colombia están directamente conectadas con las barreras en la regularización migratoria y la protección internacional. También la desinformación, y la presencia de dinámicas de discriminación y xenofobia limitan los factores que afectan el acceso a salud para refugiados y migrantes. En consecuencia, las posibilidades de estabilización social y jurídica en salud que la población venezolana

podría alcanzar a través del aseguramiento y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se ven limitadas considerablemente.

Este informe hace un diagnóstico de la situación práctica y jurídica del derecho a la salud de las personas refugiadas y migrantes venezolanas, centrado en el territorio de Medellín y el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, y con énfasis en la etapa del aseguramiento y permanencia en el SGSSS, así como en los perfiles poblacionales que presentan un mayor estado de desprotección con respecto al acceso y permanencia en el sistema.

A través de información aportada por diferentes actores, se hace una descripción de barreras y buenas prácticas y se proponen recomendaciones de acción práctica y se espera, con ello, promover la comprensión integral y un mejor abordaje técnico, jurídico y sociocultural del aseguramiento en salud para las personas de interés.

**Este informe fue elaborado por la Unidad de Protección de Medellín.**

## 2. RESUMEN & HALLAZGOS PRINCIPALES



La situación de amenaza y vulneración del derecho a la salud en Venezuela es uno de los motivos fundamentales de abandono de la población venezolana de su país y de ingreso a Colombia, específicamente, a Medellín. Algunos de los problemas que enfrentan a diario las personas refugiadas y migrantes venezolanas en Colombia, son el alcance limitado y barreras geográficas o territoriales en la red de servicios, falta de atención a enfermedades y padecimientos que no se consideran “emergencias”, así como la ausencia de un enfoque de salud pública para el acceso a vacunación.



Asimismo, las posibilidades de aseguramiento y permanencia en el sistema de salud se ven limitadas por desinformación, barreras administrativas y prevalencia de una economía informal derivada de las dificultades para la regularización migratoria de esta población. El derecho a la salud está garantizado en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DDHH) y en las sentencias de la Corte Constitucional colombiana en torno al derecho a la salud y al aseguramiento, pero la incorporación de estas normas en leyes, otras regulaciones de menor jerarquía y en la práctica es, en definitiva, insuficiente. En la práctica la interpretación, la regularización de la situación migratoria sigue prevaleciendo sobre la dignidad personal, y las interpretaciones jurídicas de los funcionarios tienden a dar prevalencia



a normas inferiores a la constitución y de carácter más operativo. Además, no hay desarrollos normativos que protejan a personas en situación de especial vulnerabilidad.



En consecuencia, niños, niñas y adolescentes, personas en situación de calle, solicitantes refugio, mujeres gestantes y lactantes, y personas con discapacidad son algunos de los perfiles poblacionales más afectados por la situación de desprotección en términos acceso al aseguramiento y permanencia en el sistema de salud. No obstante, algunos municipios del Área Metropolitana del Valle de Aburrá en Medellín muestran enfoques, interpretaciones y prácticas jurídicas alternativas que son favorables a las personas, así como posibilidades de articulación y cooperación que esperan y muestran en parte el camino a seguir para entender el aseguramiento y la permanencia en el sistema de salud como formas indispensables para la estabilización e integración socioeconómica de la población venezolana.

A partir de lo anterior, se ve necesario realizar las siguientes acciones: fortalecimiento institucional, profundizar en el acceso a la información desde distintos actores, fortalecer el enfoque diferencial, el uso del derecho como una herramienta de transformación social e implementar acciones jurídicas estratégicas e inmediatas en pro de las personas más vulnerables.



### **3. METODOLOGÍA**

Este informe se construyó a partir de un ejercicio de recolección de información bajo un enfoque de análisis cualitativo, y se incluyeron grupos de discusión, entrevistas semiestructuradas e investigación documental. Se hicieron 5 grupos focales, que contaron con la participación de 42 personas de entre 18 y 59 años (34 mujeres y 8 hombres), quienes en su mayoría se encontraban en situación migratoria irregular (26 personas). Esta estrategia de recolección de datos resultó clave para indagar en las visiones y experiencias compartidas de los participantes<sup>1</sup> frente al sistema de salud, a partir de la identificación de barreras, vacíos y prácticas comunes.

Adicionalmente, se realizaron 9 entrevistas con actores claves, en las que participaron integrantes de organizaciones humanitarias (4), instituciones prestadoras de servicios de salud (2), empresas promotoras de servicios de salud (1) y funcionarios de entidades públicas (2)<sup>2</sup>. De esta manera, se logró reunir una visión ampliada y variada de distintos actores involucrados en el SGSSS que, desde sus competencias y experiencias, aportaron valiosa información para dimensionar

avances y rezagos del aseguramiento de la población venezolana.

El informe también se basa en la información cuantitativa del monitoreo de protección de DRC, recolectada a través de encuestas a 1.744 personas refugiadas y migrantes, durante los meses de enero de 2020 a agosto de 2021. Estas encuestas recolectaron información sobre cercanía a centros de salud, acceso a servicios de salud, barreras para el acceso y situación en términos de aseguramiento.

Finalmente, la información de fuentes primarias se contrastó y analizó a partir de la lectura y sistematización de documentos relacionados con el proceso de aseguramiento. En esta medida, se revisaron informes de derechos humanos, informes y observaciones de instituciones del sistema universal y regional de protección a los DDHH, así como artículos académicos y otros trabajos de investigación. De igual forma, se hizo una revisión jurídica de las principales fuentes normativas en materia del derecho a la salud.

<sup>1</sup> GALEANO MARÍN, MARÍA EUMELIA. (2018). Estrategias de investigación social cualitativa. El giro en la mirada. Medellín: Universidad de Antioquia, p. 232.

<sup>2</sup> Las organizaciones, instituciones y/o dependencias representadas en estas entrevistas son: MercyCorps, IRC, Opción Legal, FAMICOVE, ACNUR, EPS Sura, E.S.E. Metrosalud, Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, Secretaría de Salud de Bello.

## **4. CONTEXTO**

Durante los últimos años, el sistema nacional de salud del Estado venezolano ha presentado un fallo masivo y grave, y ha incumplido sus obligaciones de garantizar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios de salud. Progresivamente, se ha agravado el desabastecimiento de medicamentos, insumos, material y tratamientos médicos en el país<sup>3</sup>; asimismo, la crisis económica y sociopolítica ha afectado tanto al sector de salud tanto público como al privado, y ha hecho económicamente inaccesibles el acceso a consultas médicas y acceso a medicamentos<sup>4</sup>.

Una de las principales consecuencias de esta crisis es que la población ha tenido que proveerse a sí misma la asistencia e insumos que requiere, incluidos bienes básicos como agua, guantes y jeringuillas<sup>5</sup>. Esta situación fue relatada por algunos participantes de grupos focales, quienes manifestaron que actualmente por la falta de acceso a medicamentos en Venezuela cada persona debe comprar sus propios insumos médicos<sup>6</sup>, incluso para cirugías y transfusiones de sangre<sup>7</sup>, a precios muy elevados. Así, la vulneración sistemática del derecho a la salud en Venezuela ha sido una de las causas más importantes para la migración.

Sin embargo, al llegar a Colombia, las personas venezolanas encuentran que la vulnerabilidad de su derecho a la salud persiste y una de las principales necesidades de la población venezolana que ha llegado a Medellín y el Valle de Aburrá es la atención en salud. El 39,3% de las personas que han sido entrevistadas por DRC en este territorio<sup>8</sup> indicaron padecer de una enfermedad médica seria; de igual forma, se evidencia una alta prevalencia de personas con patologías crónicas y necesidades odontológicas que dificultan el desarrollo de la vida cotidiana. Entre las principales afectaciones, se identifican la hipertensión, diabetes y cáncer, así como afecciones neurológicas, respiratorias, renales y de transmisión sexual. De hecho, estas patologías, junto al virus del papiloma humano y el VIH, son las principales afectaciones a las que han tenido que dar respuesta organizaciones que prestan servicios de salud<sup>9</sup>. Incluso, se han evidenciado algunas afectaciones a la salud que carecen de respuesta e implican un riesgo en términos de salud pública, como el sarampión y la rubeola<sup>10</sup>.

<sup>3</sup> COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS [CIDH]. (2018). *Situación de Derechos Humanos en Venezuela*. Washington: Organización de los Estados Americanos.

<sup>4</sup> HUMAN RIGHTS WATCH [HRW]. (2016). *Crisis Humanitaria en Venezuela: La inadecuada y represiva respuesta del gobierno ante la escasez de medicinas, insumos y alimentos*. Nueva York: HRW.

<sup>5</sup> ALTA COMISIONADA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. (2019). *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*. A/HRC/41/18, ¶16.

<sup>6</sup> Grupo focal en el barrio Carpinelo, Comuna 1 de Medellín, mixto en situación migratoria irregular.

<sup>7</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular.

<sup>8</sup> Las entrevistas en el marco del monitoreo de protección se han hecho en Medellín y el Valle de Aburrá desde enero del 2020 hasta la fecha de elaboración de este informe.

<sup>9</sup> Entrevista a informante clave, integrante MercyCorps.

<sup>10</sup> Entrevista a informante clave, integrante SURA EPS.

Las enfermedades psicológicas también han afectado a esta población. El 34,3% de las personas que han sido entrevistadas por DRC en el monitoreo de protección en Medellín<sup>11</sup> manifestó haber experimentado síntomas leves de ansiedad, el 31,6% niveles moderados y un 28,4% niveles severos. Asimismo, el 30,2% expresó padecer síntomas leves de depresión, el 29,5% síntomas moderados, mientras que un 28,8% indicó síntomas leves. Estas afectaciones a la salud mental podrían estar conectadas con los complejos procesos de tránsito migratorio que deben afrontar las personas, como lo han señalado algunos estudios<sup>12</sup>.

Muchas de las condiciones referidas son preexistentes a la llegada a Colombia, pero otras han sido producto de accidentes ocurridos en el país, particularmente en contextos laborales o de tránsito<sup>13</sup>, y frente a los cuales no se encuentra una respuesta adecuada. Adicionalmente, el COVID-19 ha afectado a la población venezolana, con 5.032 casos reportados a 2020<sup>14</sup>, es decir, el 0,8% de los contagios en Antioquia. Esta cifra, sin embargo, podría tener un grave problema de subregistro, pues la mayoría de los reportes se han venido haciendo a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de las que están excluidas muchas personas venezolanas.

A pesar de estas afectaciones y riesgos, persisten importantes vacíos en su protección, en el acceso a la atención de urgencias y en el nivel de aseguramiento, que se agravan por muy bajos niveles de conocimiento sobre el Sistema de Salud en Colombia. En cuanto a la atención de urgencias, aunque se ha avanzado en el conocimiento de este derecho<sup>15</sup>, se siguen documentando casos de negación de la atención a las personas que no están afiliadas al SGSSS, cobros irregulares y demoras excesivas<sup>16</sup>.

Respecto al aseguramiento, a abril de 2021, se registraba que 73.133 personas venezolanas con Permiso Especial de Permanencia (PEP) estaban afiliadas al SGSSS. Esto significaría que cerca del 53% de la población venezolana en Antioquia estaría sin afiliar, tomando en consideración que, según datos de Migración Colombia, a enero 31 del 2021 habitaban en el departamento casi 158.000 personas<sup>17</sup>. La mayoría de estas afiliaciones corresponden al régimen contributivo, con cerca de 53.000 afiliaciones. Este mismo porcentaje de afiliación se replica en el caso de Medellín, pues hay cerca de 42.000 personas afiliadas y una población estimada, de acuerdo con Migración Colombia, de 90.000 personas venezolanas.

<sup>11</sup> Monitoreo de Protección (Dashboard Power BI), abril 2020 a septiembre 2021.

<sup>12</sup> JARAMILLO EMILIANA, OBREGON, FEDERICO. y SALAZAR MANUELA. (2021). *Protección de los derechos de los niños y niñas migrantes venezolanos menores de 5 años en Colombia: Un estudio preliminar en la fundación FAN*. [Trabajo de grado] Medellín: Universidad CES, p. 21.

<sup>13</sup> Grupo focal, barrio, Medellín, mujeres entre 18 y 59 años, situación migratoria irregular y regular.

<sup>14</sup> SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA [SSSA]. (2020). *Estadísticas Migrantes Venezolanos, 2020*. Medellín: SSSA.

<sup>15</sup> Grupo focal, barrio, Medellín, mujeres entre 18 y 59 años, situación migratoria irregular y regular.

<sup>16</sup> Particularmente, se han identificado varias barreras en IPS como la Unidad Hospitalaria de Manrique, el Hospital General de Medellín, el Hospital San Vicente de Paúl y la Unidad Hospitalaria de Belén, como se pudo conocer a través de entrevista con informante clave de MercyCorps y como fue señalado en los distintos grupos focales realizados.

<sup>17</sup> UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL MIGRACIÓN COLOMBIA. *Radiografía venezolanos en Colombia. 31 de enero 2021*. Bogotá: Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, 2021.

## 5. MARCO NORMATIVO

El Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) señala que todas las personas tienen «(...) el derecho (...) al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental»<sup>18</sup>, y que ello es esencial para el goce y ejercicio de cualquier otro derecho. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece una serie de obligaciones para los Estados, que suponen el deber de garantizar a todas las personas una atención que va más allá de la atención de urgencias. Así, el Estado debe reducir la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños; prevenir y tratar enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y crear condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos.

Esto implica la obligación de garantizar las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.<sup>19</sup> - Los Estados deben asegurar la disponibilidad un número suficiente de bienes, insumos y establecimientos de salud (profesionales de la medicina, hospitales, medicamentos, etc.)<sup>20</sup>;

así como el acceso a los servicios sin discriminación en razón de la raza, el sexo, la edad o la nacionalidad, y en condiciones que se eliminen o mitiguen barreras físicas, geográficas, económicas e informativas que impidan el disfrute pleno de derechos<sup>21</sup>. De igual forma, garantizar la aceptabilidad implica que los servicios médicos deben adaptarse a las condiciones culturales de las poblaciones e incorporar enfoques diferenciales. Finalmente, la calidad refiere a las condiciones técnicas, científicas y médicas de la atención<sup>22</sup>.

En esa medida, las exigencias del DIDH no se satisfacen con la mera garantía del derecho a la atención de urgencias; por el contrario, el PIDESC es claro en exigir acciones mucho más decididas y completas. Estas obligaciones se refuerzan frente a sujetos de especial protección constitucional, como las personas negras<sup>23</sup>, las mujeres<sup>24</sup>, niños y niñas<sup>25</sup>, personas con discapacidad<sup>26</sup>, migrantes<sup>27</sup> y personas refugiadas<sup>28</sup>.

<sup>18</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Resolución 2200 A (XXI), Art. 12(1).

<sup>19</sup> COMITÉ DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4.

<sup>20</sup> *Ibíd.*

<sup>21</sup> *Ibíd.*

<sup>22</sup> *Ibíd.*

<sup>23</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, inciso iv) del apartado e) del artículo 5.

<sup>24</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12.

<sup>25</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1989). Convención de los Derechos del Niño, artículo 24.

<sup>26</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25.

<sup>27</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1990). Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, art. 28.

<sup>28</sup> ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1951). Convención sobre el estatuto de los refugiados, art. 24.



De hecho, el Comité DESC ha señalado que las obligaciones contenidas en el PIDESC suponen que el Estado debe garantizar que «( . . . ) todos los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles, de hecho y derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos»<sup>29</sup>.

Colombia ha incorporado parcialmente este estándar jurídico internacional, en la medida en que la normatividad colombiana garantiza la atención de urgencias para todas las personas, pero, en el caso de las personas refugiadas y migrantes, el acceso a otros servicios depende de la regularización de la situación migratoria, incluso para niños y niñas, personas con discapacidad, mayores, con enfermedades graves y otras personas con un perfil de riesgo acentuado. Así, la Ley 1751 de 2015, que regula estatutariamente el derecho a la salud, señala que la atención de urgencias no podrá ser negada a ninguna persona, y que no podrá exigirse ningún tipo de autorización administrativa previa<sup>30</sup>. Incluso, el ordenamiento ofrece una visión de la atención de urgencias como las acciones necesarias para salvar la vida y evitar afectaciones sobre la funcionalidad que pueden ir más allá de la atención inicial de urgencias<sup>31</sup>, entendida como la mera estabilización de signos vitales.

Sin embargo, el acceso y permanencia de las personas al SGSSS sigue dependiendo de la situación migratoria. Así, el Decreto 780 de 2016 continúa exigiendo, para el aseguramiento de una persona, la presentación de un documento de identificación válido, y la Ley 1438 de 2011 señala que: «[a] quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país de ser necesario». Limitar la condición de “residencia” a una posesión de una visa no toma en consideración la situación de las personas que no pueden adquirir dichos seguros y requieren de atención reforzada en salud e implica una situación de grave desprotección.

La Corte Constitucional de Colombia ha tenido un papel clave para mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud<sup>32</sup>; sin embargo, su jurisprudencia no ha permitido desmontar las barreras que impiden el aseguramiento para las poblaciones en mayor nivel de vulnerabilidad, pues el Estado sigue sin adoptar soluciones duraderas. Así, la Corte Constitucional ha derivado una serie de reglas jurisprudenciales para orientar la tutela general de los derechos de personas refugiadas y migrantes en el país, pero sin consagrar medidas específicas de protección frente a grupos con mayor grado de vulnerabilidad:

<sup>29</sup> COMITÉ DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4.

<sup>30</sup> Ley 1751 de 2015, art. 14.

<sup>31</sup> Decreto 412 de 1992 y Resolución 6480 de 2016.

<sup>32</sup> Ver, por ejemplo, Sentencia T-074 de 2019. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-074-19.htm>

<b>REGLA</b>	<b>CONTENIDO</b>
<b>FUNDAMENTALIDAD Y UNIVERSIDAD</b>	El derecho a la salud es un derecho fundamental y uno de sus pilares es la universalidad, cuyo contenido no excluye la posibilidad de imponer límites para acceder a su uso o disfrute.
<b>IGUALDAD EN DERECHOS Y DEBERES</b>	Los extranjeros gozan en Colombia de los mismos derechos civiles que los nacionales y, a su vez, se encuentran obligados a acatar la Constitución y las leyes, y a respetar y obedecer a las autoridades.
<b>ATENCIÓN DE URGENCIAS</b>	Todos los extranjeros, regularizados o no, tienen derecho a la atención básica de urgencias en el territorio, sin que sea legítimo imponer barreras a su acceso.
<b>OBLIGACIÓN DE REGULARIZACIÓN Y AFILIACIÓN</b>	Los extranjeros que busquen recibir atención médica integral más allá de la atención de urgencias deben acatar las normas de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, dentro de lo que se incluye la regularización de la situación migratoria.
<b>ALCANCE DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS</b>	El concepto de urgencias puede llegar a incluir, en casos extraordinarios, procedimientos o intervenciones médicas, siempre y cuando se acredite su urgencia para preservar la vida y la salud del paciente.

Elaboración a partir de 2019, T - 348 de 2018

Además, hasta que puedan iniciar formalmente los procedimientos de determinación de la condición de refugiado, las personas de interés no reciben ninguna documentación que confiera protección contra la deportación. Aquellas personas que no han podido programar citas o que aún no han tenido su primera cita con la COMAR siguen siendo altamente vulnerables a la detención y deportación.

## 6. BARRERAS Y OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO Y PERMANENCIA EN EL SGSSS

### 6.1. BARRERAS GEOGRÁFICAS

Medellín y el Valle de Aburrá han avanzado en la descentralización de servicios de salud; sin embargo, ciertos territorios no cuentan con ningún centro de salud y ello dificulta la garantía del derecho. De enero a agosto de 2021, el 34,58% de las personas entrevistadas en el Monitoreo de Protección (MP)<sup>33</sup> de DRC indicó que no existe un centro de salud cerca de su hogar. Asimismo, se ha identificado la insuficiencia del acceso a la red de atención de urgencias. Por ejemplo, personas de la vereda Granizal (municipio de Bello) y el barrio Carpinelo han manifestado que no reciben atención

en la unidad hospitalaria más cercana (barrio Santo Domingo) y deben ir hasta el barrio Manrique<sup>34</sup>, lo cual implica mayores desplazamientos y, muchas veces, tomar varios medios de transporte, lo que constituye también una barrera económica. Esta situación se ha evidenciado particularmente en casos de mujeres gestantes que viven fuera de Medellín y llegan a la ciudad para la atención del parto<sup>35</sup>, circunstancia que -correlativamente- genera dificultades al momento de la afiliación.

### 6.2. BARRERAS ECONÓMICAS

A través de las actividades del monitoreo de protección de DRC, las personas han manifestado dificultades de acceso a los servicios de salud, principalmente por no contar con la documentación requerida, de forma que gran parte de la población no asegurada se ve forzada a considerar la solicitud de citas particulares<sup>36</sup>. No obstante, el alto costo de los servicios privados y la precariedad socioeconómica de esta población hacen muy difícil iniciar o dar continuidad a tratamientos médicos; incluso, en grupos focales realizados en julio y agosto de 2021 algunos participantes indicaron que los centros de salud les cobraron los servicios de urgencias y quedaron debiendo dinero.

La falta de recursos económicos también afecta a núcleos familiares con afiliación al SGSSS, debido a

que deben costear el valor del transporte a las citas médicas, medicamentos no cubiertos por la EPS y cuotas moderadoras. Por otro lado, se evidencia que las personas venezolanas pueden enfrentar barreras para acceder o mantenerse en el régimen contributivo, considerando que sus actividades económicas son principalmente informales.

La falta de recursos económicos también afecta a núcleos familiares con afiliación al SGSSS, debido a que deben costear el valor del transporte a las citas médicas, medicamentos no cubiertos por la EPS y cuotas moderadoras. Por otro lado, se evidencia que las personas venezolanas pueden enfrentar barreras para acceder o mantenerse en el régimen contributivo, considerando que sus actividades económicas son principalmente informales<sup>37</sup>.

<sup>33</sup> Monitoreo de Protección (Dashboard Power BI). Enero a agosto de 2021.

<sup>34</sup> Grupo focal en el barrio Carpinelo, Comuna 1 de Medellín, mixto en situación migratoria irregular.

<sup>35</sup> Entrevista a informante clave, integrante Metrosalud.

<sup>36</sup> Informe de Monitoreo de Protección. Marzo 2021

<sup>37</sup> Según las encuestas del MP realizadas entre enero y agosto de 2021, el 92,6% de las personas respondientes trabajan en el mercado laboral informal.

### 6.3. BARRERAS INFORMATIVAS Y ACTITUDINALES

Una de las barreras más relevantes es la falta de información sobre el SGSSS y el proceso de afiliación<sup>38</sup>, situación que tiene varias causas. En primer lugar, algunos funcionarios de EPS desconocen la normatividad aplicable y documentación exigible para la afiliación de personas refugiadas y migrantes<sup>39</sup>, lo que tiene como consecuencia que den información poco clara<sup>40</sup>; esta situación también se evidencia en funcionarios de Instituciones Prestadoras de servicios de salud (IPS)<sup>41</sup>, quienes, además tienen menor contacto con entidades y organizaciones que realizan procesos de capacitación sobre afiliación, sobre el contexto de la migración venezolana o sobre enfoques de protección para este tipo de población. Adicionalmente, los funcionarios tampoco tienen información sobre el sistema de refugio, la situación sociopolítica de Venezuela, y mecanismos de regularización migratoria y sus implicaciones en el acceso al SGSSS<sup>42</sup>.

En segundo lugar, existen pocos canales informativos presenciales y bajo acceso a canales virtuales; por

ejemplo, no existe un espacio virtual reconocido en el que se pueda acceder a información clara sobre temas de salud<sup>43</sup>. Además de la falta de información sobre el proceso de afiliación, muchas personas desconocen el hecho mismo de estar afiliadas en el SGSSS, en qué EPS han sido afiliadas, cómo consultar tal afiliación y/o los documentos con los que se pueden identificar para acceder a los servicios<sup>44</sup>.

La desinformación, a su vez, coexiste con prejuicios y prácticas discriminatorias que han sido documentadas sistemáticamente en los informes producidos por el equipo de protección de DRC Medellín. Las personas venezolanas perciben tratamientos irrespetuosos basados en su nacionalidad por parte de profesionales médicos y personal administrativo<sup>45</sup>. Sin embargo, no todas las prácticas discriminatorias se basan en la nacionalidad, sino también en precauciones de tipo aparentemente jurídico, pues muchas personas asumen que hay una prohibición legal para brindar atención y aseguramiento a personas venezolanas<sup>46</sup>.

<sup>38</sup> Así se ha documentado en los informes producidos por la UNIDAD DE PROTECCIÓN DE MEDELLÍN del Consejo Danés para Refugiados, y particularmente durante los bimestres de junio-julio y abril mayo de 2021. Adicionalmente, se evidenció en el Grupo focal con habitantes de las comunas 7 y 8 de Medellín, mixto en situación migratoria irregular.

<sup>39</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular. Esta barrera ha sido evidenciada, además, por trabajos académicos como el de DIAZGRANADOS OJEDA, DANIELA y PARIS, ISABELA. (2020). *Derechos sociales: alimentación, salud y educación en el marco de la inmigración venezolana en Medellín*. [Trabajo de grado]. Medellín: UPB.

<sup>40</sup> Grupo focal en el barrio Carpinelo, Comuna 1 de Medellín, mixto en situación migratoria irregular.

<sup>41</sup> Entrevista a informante clave de Opción Legal, 17 de agosto de 2021.

<sup>42</sup> Entrevista a informante clave, IC-SURA.

<sup>43</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular.

<sup>44</sup> Entrevistas a informantes clave, integrantes ADRA y Famicove.

<sup>45</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular; grupo focal con habitantes de las comunas 7 y 8 de Medellín, mixto en situación migratoria irregular.

<sup>46</sup> Entrevista a informante clave, integrante Famicove.

Los vacíos informativos y la xenofobia desde las instituciones públicas pueden causar y agravar actitudes en las personas de interés, que funcionan como barreras “autoimpuestas” para acceder al SGSSS. Se han identificado temores de deportación o expulsión del país si se intenta acceder a servicios de salud y algunas personas solicitantes de refugio temen que el proceso de aseguramiento revele información sensible que ponga en riesgo su permanencia en el país<sup>47</sup>. Otras personas (incluso con un PEP) han manifestado temores frente al uso de datos personales, y la relación entre los sistemas de información del SGSSS y de Migración Colombia<sup>48</sup>. Igualmente, el temor de padecer xenofobia o discriminación hace que algunas personas eviten acercarse a las entidades del SGSSS para informarse, acceder a servicios de salud o afiliarse a la EPS, a pesar de tener derecho y/o cumplir con los requisitos correspondientes<sup>49</sup>.

Otra gran barrera identificada son las limitaciones de los sistemas y plataformas de gestión de información del SGSSS. Así, si bien el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) fue creado hace dos años a través del Decreto 1818 de 2019<sup>50</sup>, solo hasta 2020 empezó a utilizarse, y los operadores y agentes del SGSSS aún continúan en un proceso de conocimiento<sup>51</sup>; adicionalmente, se han identificado problemas de articulación entre las entidades territoriales y las IPS para el diligenciamiento y manejo de esta plataforma. La otra herramienta de manejo de información del SGSSS, la página de la Base de Datos Única de Afiliados -BDUA- (integrante de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-), es altamente desconocida por la población venezolana<sup>52</sup>, difícil de comprender y con múltiples problemas de conexión; de hecho, estos problemas explican en parte por qué muchas personas que están afiliadas desconocen su afiliación.

#### 6.4. DEMORAS EN EL PROCESO DE AFILIACIÓN SGSSS

Actualmente, el proceso de afiliación puede hacerse de manera virtual<sup>53</sup> o presencial<sup>54</sup>. Las personas aportan copias de sus documentos de identificación (PEP, salvoconducto de permanencia, cédula de extranjería, principalmente), una declaración de incapacidad de pago, una copia de los servicios públicos e información sobre dirección y contacto. Estos documentos pueden llevarse ante la entidad territorial, ante una institución prestadora de servicios de salud (IPS) o

ante una EPS, quienes hacen la afiliación a través del sistema de afiliación transaccional (SAT), cuando la persona cuenta con PEP o cédula de extranjería, o de manera manual, cuando tienen salvoconducto de permanencia. Después de ello, las personas deben consultar periódicamente el sistema ADRES, para verificar si ya fueron afiliadas, pues no siempre se les notifica directamente la inclusión.

<sup>47</sup> Entrevista a informante clave, integrante International Rescue Committee.

<sup>48</sup> Entrevista a informante clave, integrante Metrosalud.

<sup>49</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular.

<sup>50</sup> El SAT es una plataforma tecnológica que permite administrar la información de los integrantes del sistema de salud, desde su inclusión en el mismo hasta su modificación y eliminación.

<sup>51</sup> Entrevistas a informantes claves, integrantes SURA y Metrosalud.

<sup>52</sup> EIC – Famicove y Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular.

<sup>53</sup> Las entidades territoriales habilitaron correos electrónicos a los cuales se pueden enviar los documentos necesarios para la afiliación.

<sup>54</sup> Existe la posibilidad de que las personas acudan directamente a las instalaciones de las secretarías de salud de las entidades territoriales, de las IPS o de las EPS.



Ahora bien, la agilidad en este procedimiento de afiliación es uno de los problemas más graves del proceso de aseguramiento, ya que puede tardar hasta tres (3) meses o más en concretarse<sup>55</sup>. Las demoras en este proceso han aumentado la necesidad de intervención y acompañamiento por parte de organizaciones humanitarias<sup>56</sup>, esfuerzos que -de otra forma- podrían redirigirse a población que no cumple con requisitos de acceso al SGSSS.

La documentación de los tiempos de respuesta en 115 casos de afiliación que el Equipo de Ayuda Legal de Medellín ha acompañado entre julio de 2020 y septiembre de 2021 permite evidenciar y dimensionar estos problemas de oportunidad: 26 casos (es decir, el 22,6%) no han tenido ninguna respuesta y han pasado, en promedio, 158 días (más de cinco meses) desde el momento de la solicitud; incluso, se documenta un (1) caso en el que ha pasado un año sin obtener respuesta<sup>57</sup>. En este punto, Medellín es uno de los municipios con los principales retos, pues tiene la mayoría de los casos sin respuesta:

<b>ENTIDAD TERRITORIAL</b>	<b>SOLICITUD</b>	<b>SOLICITUD SIN RESPUESTA</b>
Solicitud de afiliación SGSSS - Bello	19	1
Solicitud de afiliación SGSSS - Envigado	1	1
Solicitud de afiliación SGSSS - Itagüí	4	2
Solicitud de afiliación SGSSS - Medellín	90	22
Solicitud de afiliación SGSSS - Sabaneta	1	0
<b>Total General</b>	<b>115</b>	<b>26</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los casos que ha acompañado el Equipo de Ayuda Legal de DRC en Medellín

La información sobre Envigado, Itagüí y Sabaneta resulta insuficiente, por el bajo número de casos llevados en estos municipios, sin embargo, una comparación entre Medellín y Bello permite evidenciar los mayores retos que tiene la capital de Antioquia.

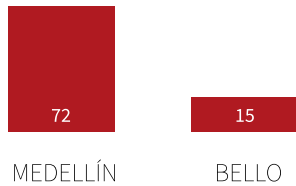
En cuanto a los casos con respuesta efectiva, el tiempo promedio de respuesta fue de 56 días, es decir, casi 2 meses, dato que resulta consistente frente a los hallazgos de las entrevistas y los grupos focales. Estos resultados varían de acuerdo con un análisis territorial, pues mientras Medellín puede tardar un tiempo aproximado de 2 meses y medio, la afiliación en Bello suele garantizarse en dos semanas.

<sup>55</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular y Entrevista a informante clave, integrante Famicove.

<sup>56</sup> Entrevista a informante clave, integrante MercyCorps.

<sup>57</sup> En estos casos, el Equipo de Ayuda Legal del DRC ha recurrido a las acciones constitucionales para lograr respuestas; sin embargo, en algunos casos incluso estas medidas resultan insuficientes.

## PROMEDIO DE RESPUESTA



## TIEMPO PROMEDIO RESPUESTA EN DÍAS

Fuente: Elaboración propia

Existen pocos elementos que permitan hacer conclusiones definitivas sobre las razones que explican estas diferencias en los tiempos de respuesta, particularmente por la baja información que existe sobre el presupuesto que se asigna a este tema en los dos municipios; sin embargo, es posible identificar algunos elementos relevantes para el análisis. El primero es el lugar que ocupa la afiliación en el plan de desarrollo de cada municipio. Mientras que Bello tiene una meta expresada en número de personas que se afilian al régimen subsidiado y se ha establecido una meta de cerca de 10.000 personas en el cuatrienio<sup>58</sup>, Medellín establece un indicador de porcentaje de cobertura general del SGSSS, y la meta está incluso por debajo de la línea de base<sup>59</sup>.

Esta diferencia es relevante en tanto Bello tiene un incentivo mucho más fuerte para la afiliación. Por una parte, parece poco probable que el indicador de base de Medellín tome en consideración a la población venezolana en situación migratoria irregular, lo que

genera un problema de subregistro que no visibiliza una necesidad pública de incrementar el porcentaje de afiliación. Por otro lado, y a diferencia de Bello, en Medellín no hay un énfasis sobre el alcance específico del régimen subsidiado y, con ello, la afiliación de poblaciones especiales y en situación de vulnerabilidad corre el riesgo de recibir menos atención.

Un segundo elemento de análisis es la diferencia entre poblaciones, pues implica una mayor carga en términos de demanda. Así, a 31 de enero de 2021, Medellín albergaba casi ocho veces más de población venezolana que Bello: en Medellín habitarían unas 90.000 personas venezolanas y en Bello, unas 14.000<sup>60</sup>. Un análisis completo de este factor exigiría una comparación entre la capacidad de respuesta, por ejemplo, en términos del número de personas contratadas para los procesos de afiliación, pero no se cuenta con información al respecto. No obstante, las entrevistas a informantes claves permitieron evidenciar que las entidades territoriales cuentan con pocas personas para adelantar una tarea de alta demanda y que los apoyos de las ONGs son insuficientes<sup>61</sup>.

Un tercer y último elemento de análisis es la articulación entre las entidades territoriales a nivel municipal y las IPS. Desde la Secretaría de Salud de Bello se ha señalado que una de las principales articulaciones en este proceso ha sido la participación de las IPS en la afiliación, lo que ha permitido menor presión sobre la entidad territorial<sup>62</sup>. Ahora bien, lo anterior podría resultar contraproducente en contextos en los que las IPS tengan un alto volumen de pacientes por atender y carezcan de personal dedicado en exclusividad al proceso de afiliación<sup>63</sup>.

<sup>58</sup> ALCALDÍA DE BELLO. (2020). *Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023*. Bello: Alcaldía de Bello.

<sup>59</sup> ALCALDÍA DE MEDELLÍN. (2020). *Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023*. Bello: Alcaldía de Medellín.

<sup>60</sup> UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL MIGRACIÓN COLOMBIA. *Radiografía venezolanos en Colombia*. 31 de enero 2021. Bogotá: Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, 2021.

<sup>61</sup> Entrevistas a informantes claves, integrantes Famicove y Opción Legal.

<sup>62</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría de Salud de Bello.

<sup>63</sup> Entrevistas a informantes claves, integrantes Metrosalud y ACNUR-Medellín.

## 6.5. OBSTÁCULOS PARA LA PERMANENCIA EN EL SGSSS

Una vez las personas ingresan al SGSSS, continúan las barreras y vacíos de protección que ponen en riesgo la continuidad de su afiliación. Las personas migrantes que se afilian con PEP bajo la figura de listado censal tienen la obligación de actualizar su información de domicilio cada cuatro (4) meses<sup>64</sup>, o pueden perder la afiliación<sup>65</sup>. No obstante, las personas desconocen esta obligación y desde el Estado<sup>66</sup> y el sector privado<sup>67</sup> no se han adelantado estrategias para subsanar ese vacío.

Los riesgos se acentúan por la movilidad de la población, pues algunas personas suelen cambiar de domicilio, sin actualizar sus datos y su afiliación en la ciudad de llegada mediante los trámites de portabilidad<sup>68</sup>. Además, este proceso puede ser bastante extenso y tardar algunos meses, particularmente por las dificultades de comunicación con la EPS de origen<sup>69</sup>.

Los problemas de permanencia se acentúan dependiendo del régimen de afiliación, aunque la principal dificultad está en la movilidad del régimen contributivo al subsidiado, en casos de terminación de contratos o incapacidad de pago. Las personas no tienen información sobre esta obligación de movilidad y muchas veces incluso desconocen que estaban afiliadas al régimen contributivo y pierden la permanencia en el sistema.

Por su parte, en algunas entidades territoriales el régimen subsidiado ha adoptado una visión más garantista de la permanencia, y ha inaplicado la directriz legal de retirar a quienes no actualicen su información, al reconocer los vacíos y barreras que existen para el cumplimiento de este deber<sup>70</sup>. Además, en este punto la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia ha venido realizando una tarea de direccionamiento técnico que incluye recomendar que se garantice la permanencia<sup>71</sup>.

<sup>64</sup> La información puede enviarse a la entidad territorial a través de correo electrónico (en la misma dirección habilitada para el proceso de afiliación) o de manera presencial en las oficinas de las secretarías de salud.

<sup>65</sup> Decreto 64 de 2020, parágrafo 5, artículo 3.

<sup>66</sup> Entrevista a informante clave, integrante Metrosalud.

<sup>67</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría de Salud de Bello.

<sup>68</sup> Entrevista a informante clave, integrante Opción Legal.

<sup>69</sup> Entrevista a informante clave, integrante Famicove. Esta información también se ha identificado en el monitoreo de protección del DRC.

<sup>70</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría de Salud de Bello.

<sup>71</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

## 6.6. BARRERAS ASOCIADAS AL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES (SISBEN)

El Sisbén<sup>72</sup> constituye una de las principales barreras de acceso al SGSSS, tanto por la desinformación que lo rodea como por los cambios que han operado en su metodología. A pesar de su eliminación a través del Decreto 64 de 2020, en muchas personas — tanto actores del SGSSS como personas venezolanas— existe la creencia de que el Sisbén sigue siendo un requisito para el aseguramiento<sup>73</sup>, incluso en casos de personas que cuentan con PEP<sup>74</sup>. Además, se ha percibido una confusión recurrente entre el Sisbén y

el sistema de salud en sí mismo<sup>75</sup>. Por su parte, la nueva metodología del Sisbén no se adecúa a la realidad de las personas venezolanas, puesto que no toma en consideración las barreras que enfrentan ni adopta parámetros diferenciales en la asignación de puntajes. Esto está generando que muchas personas queden excluidas del acceso a programas estatales, no solo en el ámbito de la salud<sup>76</sup>, sino en otros ámbitos de la asistencia social<sup>77</sup>.

## 6.7. PERFILES DE RIESGO

### 6.7.1. Niños, niñas y adolescentes (NNA)

Los NNA con enfermedades están en una situación de vulnerabilidad acentuada y requieren de una respuesta reforzada; sin embargo, enfrentan distintas barreras para acceder a servicios de salud. En un estudio de World Vision se identificaron como principales afectaciones de NNA venezolanos en Colombia, la falta de ingresos, comida, productos de higiene y acceso a la salud. Asimismo, en el monitoreo de protección de DRC

se han identificado casos de NN en situación migratoria irregular a quienes se ha negado la atención médica, incluyendo servicios de urgencias<sup>79</sup>. También desde el programa de ACNUR en Medellín se ha identificado que algunos nacimientos de NN de padres venezolanos no han sido registrados<sup>80</sup>, lo que imposibilita que sean afiliados al SGSSS. Por otro lado, desde IPS como la E.S.E Metrosalud han evidenciado que el acceso a servicios de la salud

<sup>72</sup> Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales del Estado colombiano.

<sup>73</sup> Entrevista a informante clave, integrante ACNUR-Medellín.

<sup>74</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular.

<sup>75</sup> Grupo focal en Robledo, Medellín, mixto en situación migratoria irregular.

<sup>76</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría de Salud de Bello.

<sup>77</sup> Entrevistas a informantes claves, integrantes Metrosalud y Secretaría de Salud de Bello.

<sup>78</sup> WORLD VISION. Migration and COVID-19: Venezuelan children between a rock and a hard place. Citado por JARAMILLO ZAPATA, Emiliana, et al. Protección de los derechos de los niños y niñas migrantes venezolanos menores de 5 años en Colombia: un estudio preliminar en la fundación F. A. N. Trabajo de grado Derecho. Medellín: Universidad CES, 2021. 21 p.

<sup>79</sup> Informes Monitoreo de Protección. Enero a agosto 2021.

<sup>80</sup> Entrevista a informante clave, integrante ACNUR-Medellín.

sexual y reproductiva está supeditado a la afiliación al SGSSS<sup>81</sup>, por lo que tanto niñas como mujeres se exponen a infecciones de transmisión sexual y a embarazos no deseados.

El aseguramiento ha avanzado en la protección reforzada a NNA, lo cual se evidencia en las normas especiales de afiliación inmediata consagradas en el Decreto 64 de 2020<sup>82</sup>, pero persisten barreras para el acceso, así como vacíos para la protección integral de quienes se encuentran en situación migratoria irregular. Una de las principales barreras está en la afiliación al momento del nacimiento; muchas de las afiliaciones se hacen con certificado de nacido vivo y sin información clara, explícita y suficiente a madres y padres, quienes asumen que su hijo está fuera del SGSSS. Además, hay inconsistencias en la actuación de las IPS respecto de su deber de afiliación al momento del nacimiento, la cual puede depender incluso de si el nacimiento se da durante días laborales o en fines de semana<sup>83</sup>.

El Decreto 64 de 2020 establece la obligación de los padres de aportar el registro civil de nacimiento<sup>84</sup>; sin embargo, y a pesar de que la consecuencia del incumplimiento no recae sobre el aseguramiento

del NN, se ha identificado el riesgo de que algunos actores del sistema pudieran valerse de tal situación para desvincularlos<sup>85</sup>. Otro problema es el caso de afiliaciones parciales, en las que se hace una primera afiliación de padres o adultos del núcleo familiar, pero hay mayores tardanzas en la afiliación de NNA como tal<sup>86</sup>.

El caso de NNA en situación migratoria irregular es el que muestra la desprotección más grave. Si bien el ordenamiento jurídico da la posibilidad de afiliar a NNA protegidos por instituciones distintas al ICBF, dicha posibilidad ha sido ignorada por las entidades territoriales. En el marco de las resoluciones 4622 de 2016 y 1838 de 2019, se da la posibilidad de que aquellas entidades usen códigos específicos para afiliar a menores sin un número válido de identificación. De hecho, esta posibilidad jurídica se usa en el caso de NN bajo custodia del ICBF, y en la práctica, una vez logran un documento de regularización, se adelanta una actualización de datos directa ante las EPS<sup>87</sup>. Así, a la fecha, la única posibilidad que tendrían NNA es que se inicie un proceso administrativo de restablecimiento de derechos, que puede llegar a ser contraproducente, sin embargo, no hay información suficiente para llevar a cabo conclusiones más robustas.

---

<sup>81</sup> Entrevista a informante clave, integrante Metrosalud.

<sup>82</sup> Art. 1.

<sup>83</sup> Entrevista a informante clave, integrante ACNUR-Medellín.

<sup>84</sup> Art. 3, par. 5.

<sup>85</sup> Entrevistas a informantes claves, integrantes ACNUR-Medellín y Opción Legal.

<sup>86</sup> Informes DRC Medellín, enero, febrero y marzo, abril y mayo.

<sup>87</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría de Salud de Bello.



## 6.7.2. Habitantes de calle

Las personas venezolanas en situación de calle se encuentran en una circunstancia similar, pues el sistema jurídico también da posibilidades para que se garantice su afiliación, con independencia de su situación migratoria, pero no existen lineamientos o información suficiente sobre su aplicación. De acuerdo con los hallazgos, en municipios como Bello se observa que existe una práctica de adelantar este tipo de afiliaciones<sup>88</sup>, en la que se requiere de un trabajo articulado con la Secretaría de Inclusión Social, pero la situación en municipios como Medellín sería mucho menos favorable, pues la Secretaría de Salud de Medellín ha expresado dudas sobre la posibilidad de estas afiliaciones<sup>89</sup>.

Frente a esta población, existe un riesgo de discriminación debido a la nacionalidad. El Decreto 64 de 2020, al señalar las poblaciones especiales que pueden incluirse con independencia de su situación migratoria, se refiere a los habitantes de calle sin señalar un requisito especial ligado a la nacionalidad. Sin embargo, una interpretación regresiva y poco protectora podría derivar la exigencia de un documento de identificación válido, o que el acento —e incluso la apariencia— de una persona sería suficiente para identificar la nacionalidad de las personas y determinar si se cuenta o no con este derecho.

## 6.7.3. Solicitantes de refugio

A los solicitantes de refugio se les entrega un salvoconducto de permanencia SC2, un documento válido de identificación que permite la permanencia regular del solicitante de manera temporal en Colombia. Sin embargo, prácticas institucionales indebidas hacen que este documento resulte deficiente en la garantía de acceso y que las personas solicitantes de refugio padezcan una alta desprotección en salud, a pesar de ser una de las principales razones por las que muchas personas han tenido que salir de Venezuela y solicitar refugio.

Una de las principales barreras identificadas es la exigencia de la encuesta Sisbén, hecha por algunas entidades territoriales como requisito previo para la afiliación<sup>90</sup>, aunque el Decreto 64 de 2020 eliminó a la encuesta Sisbén como procedimiento previo para la afiliación al régimen subsidiado de salud respecto de personas que tienen salvoconducto de permanencia SC2<sup>91</sup>.

<sup>88</sup> Ibíd.

<sup>89</sup> Taller participativo liderado por el Mixed Migration Center, UPSE, Medellín.

<sup>90</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular y EIC Metrosalud.

<sup>91</sup> Esta eliminación de la encuesta como requisito previo de afiliación se desprende de manera literal y clara del numeral 3 del artículo 4 del Decreto 64 de 2020, que señala que: «Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al régimen contributivo, y que no le ha sido aplicada la encuesta SISBÉN o que no pertenece a alguna población especial de las señaladas en el artículo 2.1.5.1. del presente decreto, la registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscribirá en una EPS del régimen subsidiado que opere en el municipio de domicilio. Cuando se trate de afiliados a los que no les ha sido aplicada la encuesta del Sisbén, la entidad territorial deberá gestionar de manera inmediata el trámite necesario para la aplicación de la encuesta SISBÉN al afiliado.

Una segunda barrera está en la exclusión del salvoconducto SC2 del SAT, que tiene un diseño que resulta discriminatorio frente a las personas solicitantes de refugio. Aunque el SAT es la herramienta clave para lograr afiliaciones rápidas y oportunas, actualmente no incluye al salvoconducto SC2 en el listado de documentos para la afiliación, a pesar de ser un documento válido para ello, según el numeral 5 del artículo 2.1.3.5 del Decreto 780 de 2016. No hay ninguna razón jurídica que justifique la exclusión del salvoconducto en el SAT, pues el artículo 2.1.3.5 referido no establece ninguna diferenciación entre los documentos allí señalados, ni señala que el salvoconducto de permanencia tenga un menor efecto jurídico.

#### 6.7.4. Mujeres gestantes y lactantes

El monitoreo de DRC ha evidenciado casos de mujeres gestantes que requieren controles prenatales a quienes se niega tal atención por no contar con afiliación al SGSSS<sup>94</sup>. De igual forma, estas mujeres tienen barreras diferenciales para acceder al SGSSS, en la medida en que afrontan altas tasas de informalidad laboral,

#### 6.7.5. Personas con discapacidad

A pesar de que las personas con discapacidad (PcD) suelen recibir un tratamiento jurídico que se resalta su protección en el ámbito de la salud, este grupo poblacional no ha recibido ninguna medida diferencial o afirmativa para que se garantice su acceso al SGSSS, con independencia de su situación migratoria. Muchas PcD se encuentran en situaciones que requieren de asistencia médica, medicación y rehabilitación, además de dispositivos de apoyo, pero la denegación de estos servicios obstaculiza el acceso a los demás derechos en igualdad de condiciones.

Por otra parte, la corta vigencia del salvoconducto (seis meses) y la obligación de renovación periódica del documento hacen que la permanencia en el SGSSS resulte problemática.<sup>92</sup> Además, al contar con dos números (el de historial de extranjero y el de salvoconducto), se generan confusiones y errores en el proceso de afiliación, pues si se hace la afiliación con el número de salvoconducto, este deberá ser cambiado una vez haya una renovación. Este es uno de los principales problemas que se ha identificado desde organizaciones que acompañan los solicitantes de refugio en el proceso de afiliación<sup>93</sup>.

y suelen tener cargas de cuidado que les impiden acceder a información sobre el SGSSS y las hacen preocuparse principalmente por el bienestar de las personas que cuidan, en detrimento de su propio bienestar.

En este sentido, algunas PcD han manifestado que la falta de afiliación al SGSSS les ha dificultado el acceso a citas médicas, procedimientos de rehabilitación y acompañamiento psicológico; también manifestaron dificultades para obtener dispositivos médicos, medicamentos, e incluso para acceder a servicios de urgencias<sup>95</sup>. Esta situación podría afectar de una forma acentuada a NN con discapacidad, particularmente al momento de acceder a servicios educativos, en los que se puede requerir de una intervención conjunta entre el sector educativo y el sector salud.

<sup>92</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

<sup>93</sup> Entrevista a informante clave, integrante Opción Legal.

<sup>94</sup> Informes del Monitoreo de Protección. Enero a agosto 2021.

<sup>95</sup> Grupo focal realizado con personas con discapacidad en enero de 2021.

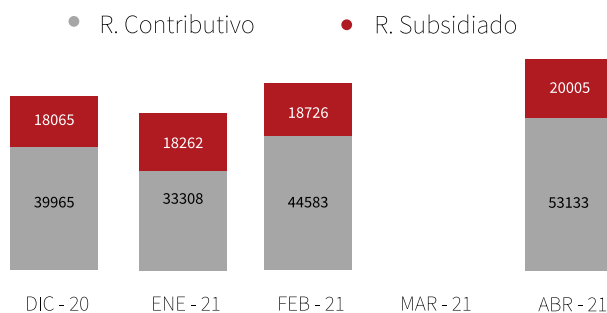
## 7. BUENAS PRÁCTICAS IDENTIFICADAS

### 7.1. AMPLIACIÓN DEL ASEGURAMIENTO

A nivel departamental, se observa un avance en el proceso de aseguramiento. A abril de 2021, un total de 20.500 personas venezolanas estaban afiliadas al régimen subsidiado, mientras que 53.133 lo estaban en el régimen contributivo. Esto implicaría que se ha logrado un porcentaje de afiliación del 46,6%, si se toma como referencia que, según datos de Migración Colombia, a enero 31 de 2021 habitaban en el departamento casi 158.000 personas<sup>96</sup>. Los principales avances se han presentado en las afiliaciones en el régimen contributivo, con lo que se evidencian mejores prácticas por parte del sector formal de la economía en la inclusión laboral de las personas refugiadas y migrantes, así como mejor acceso a la información por parte de quienes tienen contratos formales o capacidad de pago; sin embargo, el avance en la afiliación al régimen subsidiado ha sido más modesto. El régimen subsidiado enfrenta barreras específicas

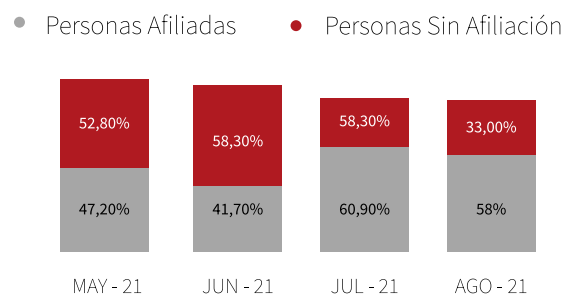
para asegurar a las personas. El régimen contributivo tiene dos facilidades que el subsidiado no. Por una parte, no tiene que identificar a la población, pues es esta quien busca la afiliación, a través de las EPS; además, la población que tiene capacidad de pago o contrato formal suele tener su situación migratoria regularizada. El régimen subsidiado, por su parte, debe identificar a la población y llegar a ella para afiliarla, y una parte importante de quienes requieren de esa protección no tienen documentos válidos para afiliación. En otras palabras, el régimen contributivo llega más fácilmente a quienes lo necesitan. El monitoreo de protección no permite derivar afirmaciones concluyentes sobre tendencias en la afiliación, sin embargo, se observa que durante julio y agosto de 2021 se revirtió la relación entre personas afiliadas y personas sin aseguramiento:

#### PERSONAS SEGÚN RANGO DE EDAD Y SEXO



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la SSSA

#### EVOLUCIÓN DE LA AFILIACIÓN, MONITOREO DE PROTECCIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del monitoreo de protección

<sup>96</sup> UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL MIGRACIÓN COLOMBIA. *Radiografía venezolanos en Colombia. 31 de enero 2021*. Bogotá: Unidad Administrativa Especial Migración Colombia, 2021.

<sup>97</sup> Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Con el fin de fortalecer la cobertura en salud, la Alcaldía de Medellín ha fomentado la estrategia de realizar un censo virtual de población refugiada y migrante venezolana con PEP para agilizar los trámites de afiliación al SGSSS<sup>98</sup>. De igual forma, otro método para ampliar la cobertura se evidencia en el municipio de Bello, en donde se han implementado jornadas presenciales de afiliación en barrios y lugares estratégicos<sup>99</sup>. Otra práctica relevante para ampliar el acceso a servicios de salud que se ha dado en Bello es la inclusión de personas migrantes en situación irregular al programa de salud pública frente al COVID<sup>100</sup>.

## 7.2. COORDINACIÓN

La SSSA ha venido afianzando la articulación entre las organizaciones humanitarias, entidades territoriales y Ministerio de Salud<sup>101</sup>, lo cual ha reforzado el recurso humano en salud en Antioquía y ha permitido avanzar en los procedimientos de afiliación. De igual forma, desde la SSSA manifiestan que se han fortalecido las alianzas con EPS e IPS para mejorar los procesos institucionales tendientes a definir competencias y rutas de atención, unificar criterios, gestionar procesos de afiliación, y brindar asesoría y asistencia técnica. Esta dependencia le ha brindado a otras Secretarías de Salud e IPS a nivel departamental una plataforma donde pueden elaborar un formulario de afiliación para las personas que no se pueden registrar en el SAT, lo que les permite llevar un control de afiliaciones oficiosas y remitirlas a las entidades correspondientes<sup>102</sup>.

Esta articulación institucional se ha evidenciado a través de la participación en mesas interinstitucionales y de trabajo conjunto entre entes territoriales y organizaciones humanitarias, lo cual ha permitido la remisión de casos para gestionar el aseguramiento<sup>103</sup>. Es importante resaltar el papel que han tenido algunas organizaciones sociales y humanitarias para cubrir las necesidades de salud inmediatas en la población migrante sin acceso al SGSSS como MercyCorps, Famicove, OIM, IRC y el CICR han ofrecido servicios de salud que van desde medicina general, exámenes de laboratorio, planificación familiar, pediatría, ginecología, psicología y profilaxis en salud oral.

<sup>98</sup> TORO, MABEL. (2021). En Medellín se realiza censo de alrededor de 78.000 migrantes venezolanos. [Nota de prensa]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=contenido/10077-En-Medellin-se-realiza-censo-de-alrededor-de-78000-migrantes-venezolanos>.

<sup>99</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría de Salud de Bello.

<sup>100</sup> *Ibíd.*

<sup>101</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría Seccional de Salud de Antioquía.

<sup>102</sup> SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA [SSSA]. (2020). *Estadísticas Migrantes Venezolanos*, 2020. Medellín: SSSA.

<sup>103</sup> Entrevistas a informantes claves, integrantes Famicove y Opción Legal.

### 7.3. COMUNICACIÓN

A pesar de los retos identificados en términos de información y comunicación, se evidencian algunas prácticas que deben continuarse y fortalecerse. Por ejemplo, algunas personas venezolanas mencionaron que, para tener mayor conocimiento sobre la atención en salud en Colombia, se acercaban a puntos de información de hospitales y asistían a sesiones informativas impartidas por organizaciones humanitarias<sup>104</sup>. De igual manera, instituciones como Metrosalud, las Unidades Productoras de Servicios de salud (UPPS), ACNUR y la Personería de Medellín han venido brindando información en materia de derechos en el ámbito de la salud<sup>105</sup>.

Por otro lado, la SSSA indicó que cuenta con piezas publicitarias a través de medios de comunicación como televisión, páginas web, afiches y pendones distribuidos en los distintos municipios e IPS de Antioquia<sup>106</sup>; la profesional de la Secretaría de Salud de Bello indicó también que una estrategia para apoyar el proceso de afiliación ha sido la difusión de

información en los medios de comunicación de la Alcaldía<sup>107</sup>. Sin embargo, es necesario señalar que, a través del Monitoreo de Protección<sup>108</sup>, se evidencia que el acceso a estos medios de información por parte de la población de interés es bajo, ya que sólo un 9,3% manifestó haber recibido información de servicios a través de redes sociales, un 0,7% por medio de radio y televisión, un 0,5% mediante afiches y un 0,2% por portales web institucionales. Por tanto, se considera necesario profundizar en la indagación y en el acceso efectivo a estos medios informativos por parte de las personas refugiadas y migrantes provenientes de Venezuela.

Finalmente, desde la SSSA se han apoyado los procesos de afiliación mediante capacitaciones a funcionarios de diferentes municipios, así como a organizaciones de salud y oenegés<sup>109</sup>. Asimismo, algunas organizaciones de migrantes han recurrido a las mesas interinstitucionales para comunicar temas sobre acceso a la salud, como es el caso de Famicove<sup>110</sup>.

### 7.4. PERMANENCIA

Como se expuso anteriormente, la SSSA ha venido recomendando a las entidades territoriales que mantengan la afiliación de las personas, a pesar de que no actualicen los datos en el sistema cada cuatro meses, según el Decreto 64 de 2020. Estos lineamientos han sido cumplidos, positivamente, por parte de entidades territoriales como Bello y Medellín, que han comprendido las circunstancias particulares que impiden a las personas de interés cumplir con estas cargas.

<sup>104</sup> Grupo focal en el barrio Prado, Comuna 10 de Medellín, mixto en situación migratoria regular y Grupo focal en Robledo, Medellín, mixto en situación migratoria irregular.

<sup>105</sup> DIAZGRANADOS OJEDA, DANIELA y PARIS, ISABELA. (2020). *Derechos sociales: alimentación, salud y educación en el marco de la inmigración venezolana en Medellín*. [Trabajo de grado]. Medellín: UPB.

<sup>106</sup> SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA [SSSA]. (2020). *Estadísticas Migrantes Venezolanos, 2020*. Medellín: SSSA.

<sup>107</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría de Salud de Bello.

<sup>108</sup> Monitoreo de Protección (Dashboard Power BI), abril 2020 a septiembre 2021.

<sup>109</sup> Entrevista a informante clave, integrante Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.

<sup>110</sup> Entrevista a informante clave, integrante Famicove.



## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones



En términos del derecho a la salud, el aseguramiento y la permanencia en el SGSSS materializan la estabilización e integración social de las personas refugiadas y migrantes. Solo a través del *acceso permanente* a los servicios de salud parece posible pasar plenamente de un concepto de salud centrado en la emergencia o supervivencia (situaciones de vida o muerte), a uno asociado al *estado completo de bienestar físico, mental y social*, en cumplimiento con los estándares internacionales en materia de DDHH, de manera que las personas pueden vivir de manera digna y acceder a los servicios que requieren (por ejemplo, acceso permanente a consultas médicas, servicios psicológicos y odontológicos).



Las amenazas y vulneraciones al derecho a la salud de personas refugiadas y migrantes provenientes de Venezuela en Colombia son recurrentes, diversas, y afectan por igual a personas tanto recién llegadas como a aquellas que llevan un tiempo viviendo en el país. La superación de estas barreras al derecho a la salud requiere: i) resaltar la protección constitucional especial y reforzada que recae sobre tal población debido a su situación de vulnerabilidad alta; ii) promover la importancia del sistema de protección internacional y refugio como mecanismo de acceso al SGSSS; iii) superar interpretaciones restrictivas del concepto de *residencia* y, en su lugar, centrarse en la continuidad o persistencia material, temporal y espacial de la desprotección de tal derecho; esto implica que debe apuntarse a que deje de exigirse un documento de regularización migratoria como criterio central para el aseguramiento.



Las personas enfrentan múltiples barreras geográficas, informativas, actitudinales y operativas para su aseguramiento y permanencia en el SGSSS. e identifican problemas por la lejanía de los centros de salud, que implican menos acceso a información y oportunidades de afiliación; por la precariedad económica para gastos relacionados con acceso a salud (transporte, copagos, medicamentos no cubiertos); por la baja información y por las falencias de los sistemas informativos; por las demoras en la afiliación; así como por los vacíos legales que ponen en riesgo la permanencia en el sistema de salud.



Los riesgos, vacíos y barreras afectan diferencial y especialmente a grupos poblacionales concretos. Así, se observa que no hay un enfoque diferencial de afiliación para la niñez, y que persisten los vacíos para garantizar el aseguramiento de niños y niñas recién nacidas, con derecho a la nacionalidad. Tampoco se ha aplicado un enfoque diferencial para solicitantes de refugio, quienes enfrentan más barreras que las personas con PEP. De igual forma, las personas venezolanas en situación de calle no están siendo afiliadas como población especial, a pesar de tener derecho según la normatividad vigente. Finalmente, las personas con discapacidad no pueden acceder al derecho a la rehabilitación y los apoyos técnicos que requieren por parte del sistema.

## Recomendaciones para DRC



Es necesario explorar y ahondar en la generación de espacios de socialización y refuerzo dirigidos a la institucionalidad estatal, en los cuales se traten contenidos sobre el derecho a la salud de personas venezolanas según los estándares constitucionales, regionales e internacionales de protección en la materia de regularización migratoria, información sobre el país de origen, protección internacional, así como de sensibilización sobre el fenómeno migratorio.



DRC debe profundizar en la realización de espacios formativos sobre aseguramiento y permanencia en el SGSSS, en los cuales se contemple el funcionamiento de la BDUA, la obligación de actualizar la información de domicilio, el trámite de portabilidad y la movilidad entre regímenes, de manera que se promueva el acercamiento y mayor entendimiento sobre aspectos formales, procedimentales y/u operativos clave del sistema.



De igual manera, DRC debe construir herramientas y piezas comunicativas que, de manera concreta, den información a las personas de interés sobre el uso de aplicativos e instrumentos como el ADRES, Miseguridadsocial.gov y las páginas web de las secretarías de salud municipales.



DRC debe implementar acciones de litigio estratégico alrededor del aseguramiento en salud; particularmente, se recomienda la construcción y presentación de una acción de constitucionalidad contra las normas de rango legal que regulan la afiliación de personas extranjeras y, particularmente contra el parágrafo 1 del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011.

## Recomendaciones para GIFMM e institucionalidad pública



La Mesa de Salud, de Protección y la Plenaria del GIFMM Antioquia deben articular esfuerzos para la identificación, cuantificación y visibilización de los casos de incumplimiento a la obligación de aseguramiento que tienen las IPS respecto de NN de padres venezolanos al momento de su nacimiento.



La institucionalidad estatal y organizaciones humanitarias que brinden información sobre los derechos a la salud y a la seguridad social deben incorporar una perspectiva que reconozca las particularidades socioculturales e históricas del sistema de salud en Venezuela, así como sus diferencias respecto al sistema de salud en Colombia, con el fin de adecuar las expectativas de la población venezolana en Colombia. Para incorporar dicha perspectiva, se recomienda realizar sesiones informativas sobre salud que muestren las diferencias puntuales entre el sistema de salud colombiano y el venezolano; particularmente, las diferencias entre requisitos para estar asegurado por el sistema de salud y la diferencia entre requisitos para recibir servicios de salud (por ejemplo, cobros de copagos, cuotas moderadoras, etc.). Principalmente, la comparación debe hacerse con el sistema de salud venezolano cuando era funcional.



De acuerdo con las recomendaciones para DRC, entidades territoriales, EPS e IPS deben fortalecer el conocimiento de sus colaboradores(as) para que transmitan información básica sobre el derecho fundamental a la salud de personas venezolanas, regularización migratoria y protección internacional. Para ello, se deben hacer capacitaciones entre estos funcionarios sobre el derecho al refugio, ETPV y sobre los estándares internacionales en materia de salud.



Las entidades territoriales deben fortalecer sus campañas de información sobre la afiliación, con mayor publicidad de los requisitos para la afiliación y los canales de comunicación con las secretarías de salud, así como revisar las posibilidades efectivas de acceso a tales campañas por parte de las personas refugiadas y migrantes. Para tal efecto, es esencial que profundicen en la divulgación de estos contenidos a través de redes sociales como Facebook e Instagram, de gran utilización por parte de la población venezolana.



Las entidades territoriales y, particularmente, las secretarías de salud deben hacer una interpretación de las normas en materia de afiliación que sea favorable a sujetos de especial protección constitucional como NNA y habitantes de calle, e iniciar procesos de afiliación mediante listado censal, incluso respecto de personas en situación migratoria irregular. Para ello, se recomienda que se apoyen en las herramientas jurídicas que permiten la asignación de números temporales de identificación dentro del sistema, al tiempo que brinden acompañamiento para la regularización de la situación migratoria en el marco del ETPV.



El Departamento Nacional de Planeación y los departamentos locales de planeación de cada entidad territorial deben incorporar un enfoque diferencial de migración a la aplicación de la encuesta Sisbén. Con ello, se espera que las personas venezolanas obtengan una categorización dentro del Sisbén más ajustada a su realidad y que les permita acceder a programas sociales.



El Ministerio de Salud y de la Protección Social debe adecuar el SAT para que se incorpore el salvoconducto de permanencia SC2 como documento válido de registro.



El gobierno nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social debe emitir una regulación del Permiso por Protección Temporal (PPT) semejante a la del PEP y, en esa medida, dar trato a la población venezolana con PPT como población especial susceptible de ser afiliada mediante listado censal y sin exigencia de encuesta Sisbén como requisito de ingreso.



**DRD** CONSEJO  
DANÉS PARA  
REFUGIADOS

· Estamos allí