

Maestría en Salud Pública



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Tesis de grado

**Análisis de los determinantes sociales de salud relacionados con la
morbimortalidad materna en el contexto de la diáspora venezolana en Colombia,
2017 - 2021¹**

María Eugenia Pinilla Saraza

Héctor Hugo Sotelo Londoño

Tesis para optar al título magister de salud pública

Asesora: Dra. Daniela Arango Ruda



Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Maestría en Salud Pública

Bogotá D.C.

¹ Antioquia, Barraquilla, Bogotá, Cundinamarca, Guajira, Norte de Santander, Madrid, Riohacha y Soacha.

Autoridades Académicas

Dra. ANA MARÍA PIÑEROS RICARDO

Rectora

Dr. LUIS GABRIEL PIÑEROS RICARDO

Vicerrector académico

Dr. JUAN DAVID PIÑEROS RICARDO

Vicerrector administrativo

Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA

Secretario general

Dra. MARÍA LUISA LATORRE CASTRO

Decana de la Maestría en Salud Pública

Dr. JUAN CARLOS CORREA SENIOR

Coordinador del subcomité de Investigaciones de la Maestría en Salud Pública

Agradecimientos

A las mujeres migrantes venezolanas, que a través de sus historias de vida y relatos de las situaciones vividas durante la gestación y el proceso migratorio hacia Colombia, nos permitieron conocer aquellas situaciones que afectaron y pudieron poner en riesgo su vida y la de su hijo en gestación.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	10
2. Definición del problema en salud pública	12
3. Pregunta de investigación	16
4. Objetivos	16
4.1 Objetivo general.....	16
4.2 Objetivos específicos.....	16
4.3 Hipótesis	17
5. Justificación.....	17
6. Marco de referencia	19
6.1 Estado del arte.....	19
Determinantes sociales:.....	21
Salud materna y migración:	22
6.2 Marco Teórico	23
6.2.1 Análisis de la mortalidad materna.....	23
6.2.2 Metodologías de análisis de la morbimortalidad materna.....	24
Modelo de las tres demoras	25
Modelo de IMMPACT (Iniciativa para la evaluación de programas de mortalidad materna).....	26
Modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal (UNICEF, 2008)	26
Análisis integrado mortalidad materna basado en la web	27
6.2.4 Análisis de la morbilidad materna extrema	28

6.2.5	Análisis de los determinantes Sociales de la salud en salud materna	30
6.2.6	Migración y diáspora.....	33
6.2.7	Salud y migración	38
6.3	Marco Legal.....	40
7.	Metodología.....	46
7.1	Tipo de estudio	46
7.2	Tipo y métodos de investigación.....	46
7.3	Recolección de la información (Trabajo de campo).....	48
7.4	Plan de procesamiento y análisis de información	50
	Análisis retrospectivo	50
7.6	Técnicas de recolección de información cualitativa	53
	Entrevista semiestructurada.....	53
	Grupo de discusión	55
	Validez interna y externa.....	56
	Sesgos y limitaciones.....	57
8.	Consideraciones éticas	58
	Consideraciones éticas respecto al acceso a la población de estudio	58
9.	Resultados	60
9.1	Caracterización sociodemográfica de la población inmersa en el fenómeno de la diáspora venezolana en Colombia.....	60
9.2	Describir el comportamiento específico de los indicadores de morbimortalidad materna de población migrante en Colombia para periodo entre 2017 y 2021, y su influencia en la morbimortalidad materna nacional.....	72
9.3.	Identificar cómo los determinantes sociales de la salud han influido en la morbimortalidad materna en Colombia en el contexto de diáspora venezolana.....	84

9.3.1 Relatos de la supervivencia de la morbilidad materna extrema en el contexto de la diáspora en Colombia.	85
9.3.1.1 El relato de Maracaibo	86
9.3.1.3 El relato de Guajira.....	102
9.3.1.4 El relato de portuguesa	108
9.3.2 Diálogo de saberes con expertos de la morbimortalidad materna en el contexto de la diáspora venezolana en Colombia y su impacto en las regiones.....	113
Perfil de las participantes	114
9.3.3 Entrevista a epidemióloga con IEC de mortalidad materna	135
9.3.4 Análisis de casos de mortalidad materna	138
10. Discusión.....	143
11. Conclusiones.....	155
12. Recomendaciones.....	157
13. Bibliografía	160
14. Anexos	171

Contenido de figuras

Figura 1.Estado del Arte. Búsqueda por categoría.....	20
Figura 2.Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.....	32
Figura 3. Zonas de mayor concentración por residencia de nacionales venezolanos en Colombia	61
Figura 4. Pirámide poblacional nacionales venezolanos en Colombia.....	62
Figura 5. Pirámide Poblacional de Población Extranjera atendida según sexo y grupo de edad. Colombia 2021	66
Figura 6. Estado de afiliación a salud nacionales venezolanos en Colombia 2020.....	68

Figura 7. Demanda de servicios de salud en mujeres migrantes procedentes de Venezuela en edad fértil, 2021. Colombia.....	69
Figura 8. Razón de mortalidad materna, comparativo Colombia- población migrante 2017-2021	73
Figura 9. Mapa comparativo de la razón de mortalidad materna por entidad territorial en población migrante en Colombia, años 2017-2021	76
Figura 10. Mapa comparativo de la razón de mortalidad materna por entidad territorial en Colombia, años 2017-2021	77
Figura 11. Razones de mortalidad materna comparativo nacional-migrantes, con variación porcentual anual estimado a partir de modelos de regresión Joinpoint, Colombia, 2017-2021	78
Figura 12. Razón de morbilidad materna extrema, comparativo Colombia- población migrante 2018-2021	80
Figura 13. Mapa comparativo de la razón de morbilidad materna extrema en población migrante-nacional por entidad territorial en Colombia, año 2021	82
Figura 14. Nube de palabras entrevista sobrevivientes de morbilidad materna	86
Figura 15. Nube de palabras grupo focal expertos.....	116
Figura 16. Jerarquización de categorías del grupo de discusión de expertos.....	137

Contenido de tablas

Tabla 1. Términos fundamentales sobre migración, descritos por la Organización Internacional para las Migraciones OIM	35
Tabla 2. Conformación de grupos de discusión y entrevistas	50
Tabla 3. Tipo de Atenciones realizadas a población extranjera, Departamento de Colombia 2018-2021	67
Tabla 4. Mortalidad materna- principales variables sociales y demográficas comparativo Colombia, 2017-2021	74

Tabla 5. Principales variables socio demográficas de los casos de morbilidad materna extrema en población migrante años 2018-2021	81
Tabla 6. Lista de códigos entrevistas a casos de morbilidad materna extrema.....	85
Tabla 7. Perfil relato "Maracaibo"	86
Tabla 8. Perfil relato "Anzoátegui"	94
Tabla 9. Perfil relato "Guajira"	102
Tabla 10. Perfil relato "Portuguesa"	108
Tabla 11. Lista de códigos grupo focal.....	115

1. Introducción

En Colombia durante los últimos años, se ha observado aumento en el número de casos morbilidad materna en mujeres migrantes, y con ocasión de ello, los informes generados por el Instituto Nacional de Salud indican un incremento importante en la notificación de las muertes maternas en esta población, pasando de 24 casos en el año 2019, a 41 casos notificados en el año 2020 (1), y para morbilidad materna extrema el número de casos pasó de 48 para el año 2018 a 3991 en el año 2021.

Frente a la situación en salud analizada, es importante indicar que en Colombia las migraciones provenientes de Venezuela presentan aumentos significativos a partir de los años 2017-2018, incrementándose durante el año 2020; lo cual se dio principalmente por las dificultades sociales, económicas y políticas, según la fuente consultada (2).

Así mismo, la información publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social hace referencia a las dificultades en el acceso a los servicios de salud de la población migrante, y en específico para las mujeres migrantes, que enfrentan barreras significativas, respecto a la salud materna, y sexual y reproductiva (3).

En este contexto el del Grupo de Trabajo para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) de la Organización Panamericana de la Salud, en su último encuentro enmarcado en la campaña de la reducción de la morbilidad materna en la región, en parte de sus conclusiones “hizo referencia a las tendencias en la razón de mortalidad materna de América Latina y el Caribe”. La experta de UNFPA Corao, hizo énfasis en mencionar que

“ los países donde se concentra el mayor número de muertes maternas en la región – Brasil, México, Haití. Venezuela, Colombia, Guatemala, Bolivia, Perú, Argentina y Ecuador– y en los que las desigualdades sociales asociadas a la mortalidad materna son más visibles” (4).

En concordancia con este propósito: “Colombia planteó en el Conpes 3918 del 2018 reducir la mortalidad materna a 51,0 casos para 2018 y para 2030 reducir a 32,0 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos” (5). En el Plan decenal de salud pública que finalizó en el año 2021, se definió que en la “Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, la mortalidad materna evitable sería interior a 150 muertes anuales en el país para el año 2021” (5).

Respecto a lo anterior, es importante resaltar el hecho de fortalecer las acciones en la protección de los derechos de las mujeres colombianas y las mujeres migrantes. Un informe publicado por UNFPA, señala la existencia de una situación de alerta en un departamento fronterizo en Colombia, respecto a la morbilidad materna en mujeres migrantes, lo cual es evidenciado a través del uso de los servicios de salud, e indica específicamente, el aumento en la atención de partos complicados y/o complicaciones relacionadas con morbilidad materna extrema (6).

Finalmente es importante aclarar que el presente estudio busca entender las causas asociadas a este incremento, sin recaer en la patologización o la estigmatización; lo cual espera aportar en las metas definidas en salud pública para Colombia, incluidas en “los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que para el 2030 la reducción de la tasa

mundial de mortalidad materna a menos de 70 casos por cada 100.000 nacidos vivos, y por tanto debe ser prioridad en los planes de desarrollo de los gobiernos” (7).

Por lo anterior es importante retomar las conclusiones del GTR, quienes “señalaron que el trabajo de abogacía que llevan adelante busca reposicionar los determinantes sociales y destacaron la importancia de la aprobación de normas, la implementación de políticas, el monitoreo de esas políticas públicas” (4).

2. Definición del problema en salud pública

Es ampliamente conocido que la desigualdad social ”y la inequidad en el acceso a los servicios de salud influyen de manera directa en la morbimortalidad materna, la cual representa una de las principales circunstancias de salud pública, y cuyas causas son en su mayoría evitables. Al respecto, autores como Freyermuth y Enciso (8) afirman que las brechas surgen entre mujeres de diferentes países, regiones, ámbitos locales, y son resultado en esencia de una distribución inequitativa de ingresos, recursos materiales y beneficios generados con las políticas públicas de los gobiernos, por tanto, es necesario visualizarlas y actuar sobre ellas.

Por lo establecido con anterioridad, resulta fundamental realizar un análisis desde la identificación de los determinantes sociales que influyen directamente en “la sobrevivencia de las mujeres, y, por tanto, en la persistencia de las brechas en salud” (8). De manera particular, para el periodo entre 2017 y 2021 en Colombia, se ha identificado una variación significativa en los indicadores de salud materno perinatal, entre varias causas, se

encuentran las dinámicas demográficas que han variado a partir de la diáspora venezolana en el país.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), reporta que cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, y en 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos” (9).

Respecto al comportamiento de la mortalidad materna de acuerdo a lo indicado por el Instituto Nacional de Salud, quienes referencian los datos publicados por naciones unidas, “en el mundo la razón de mortalidad materna disminuyó en un 43,9%, entre 1990 a 2015” (10), al respecto se debe precisar que a nivel mundial se puede omitir una variación en el progreso entre países dada la falta de registro de las defunciones maternas (es decir, la generación de los certificados de defunción). Así mismo, “al analizar acumulativamente las muertes de 1990 a 2015, 10,7 millones de mujeres murieron en todo el mundo debido a causas obstétricas” (11).

En el análisis desde la “perspectiva de los determinantes sociales de la salud (DSS)”, se identifica un enfoque relevante en torno a la intervención en salud, toda vez que posibilita la identificación de aquellos componentes estructurales, institucionales y sociodemográficas que desencadenan las desigualdades, y por ende mayores probabilidades de morir (12). Precisamente en el contexto de la mortalidad materna en México, la literatura refiere que es necesario realizar “el análisis de la mortalidad como fenómeno socioeconómico, al ser la muerte un hecho inevitable, existen diferentes

mecanismos o alternativas que hacen posible frenar o postergarse si se interviene tempranamente en los factores que la desencadenan” (13).

Lo descrito con anterioridad se complementa por lo dicho por Ugarte, quien determina que “la estructura social y que, en interacción con otros ejes como la clase social, la edad, la etnia o la raza y el territorio, determina jerarquías de poder y conlleva desigualdades en las oportunidades de tener una buena salud” (14). Es por esto que el contexto de los DSS en Colombia será categórico para entender el porqué de esta situación en el contexto migratorio.

En ese marco este autor refiere que, “es importante indicar que hay interés respecto a la salud obstétrica de la población migrante, ya que se han desarrollado investigaciones ponen en evidencia de un grave problema de equidad en la salud materna de estas mujeres. Su salud reproductiva es mucho peor que la de las mujeres autóctonas” (14).

Ugarte señala que existen una gran variedad de factores que repercuten en la situación de vulnerabilidad de las mujeres migrantes, donde se destacan las particularidades del “contexto migratorio”, “la escasa competencia cultural del sistema sanitario” en las “atenciones de salud” brindadas (14), incluso, para el contexto de la migración venezolana en Colombia para el periodo referenciado estuvo marcada por un número elevado de migración irregular, lo que juega un rol preponderante en los niveles de riesgo y vulnerabilidad.

Fernández y otros, en su “estudio Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano”, refieren que “las relaciones entre migración,

gestación y salud incluyen múltiples variables. La gestación puede ocurrir en el proceso migratorio como intersección de la mujer migrante, en algunos casos puede por sí misma es un factor que desencadena la migración a fin de encontrar mejor atención en los servicios de salud” (15).

La vivencia de la maternidad determinada por el contexto de la migración y más si se da con estatus migratorio irregular, suele ser compleja, dadas las condiciones socioeconómicas desfavorables en que se pueden dar, lo cual complejiza las desigualdades de la salud materna y de sus necesidades de cuidado, principalmente en el ingreso a los servicios de salud y el fraccionamiento o la recomposición de las redes de apoyo primarias, que finalmente pueden incidir en la salud materna y en la reducción de la mortalidad materna, pero que pone de manifiesto la necesidad de evaluar el peso real en la variación de los indicadores, y si al analizarlas por grupo el comportamiento es similar al de poblaciones de acogida en condiciones similares.

3. Pregunta de investigación

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema, el equipo investigador genera la siguiente pregunta: ¿De qué forma los determinantes sociales de la salud influyen en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad ocurrida en Colombia entre el 2017 y el 2021, en el contexto de la diáspora venezolana?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar la influencia de los determinantes sociales de la salud en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad materna entre 2017 y 2021, en el contexto de la diáspora venezolana en Colombia.

4.2 Objetivos específicos

- Describir el perfil sociodemográfico de la población inmersa en el fenómeno de la diáspora venezolana y la morbilidad y mortalidad materna.
- Describir el comportamiento específico de los indicadores de morbi mortalidad materna de población migrante en Colombia para periodo entre 2017 y 2021.
- Identificar cómo los determinantes sociales de la salud han influido en la morbilidad y mortalidad materna en Colombia en el contexto de diáspora venezolana, en periodo estudiado.

4.3 Hipótesis

Durante los años 2017 a 2021, el comportamiento de la morbimortalidad materna en Colombia podría estar relacionada con la falta de acceso oportuno a servicios de salud y otros determinantes sociales y demográficos en el contexto de la migración de mujeres venezolanas.

5. Justificación

La presente investigación busca analizar la morbi-mortalidad materna en población migrante en Colombia con enfoque de determinantes sociales, a fin de dar elementos de análisis respecto a las acciones desarrolladas en la atención en salud sexual y reproductiva de la mujer migrante y generar políticas, programas y proyectos para esta población.

Entender cómo ocurren estas muertes es fundamental, ya que la mortalidad materna en su mayor proporción es evitable, refleja principalmente el bajo acceso a servicios de salud con calidad en el manejo de las emergencias obstétricas, así como el ingreso inoportuno a servicios de primer nivel de atención donde se determine el riesgo obstétrico (16).

En Colombia el acceso a servicios de atención materna en mujeres de todos los grupos sociales y en todas las regiones geográficas aún no es una realidad; las mujeres de las familias más pobres de comunidades rurales, de pertenencia étnica indígena y sin acceso a trabajo y educación son quienes presentan más vulnerabilidad (16).

En ese sentido, el análisis de la morbilidad materna en población migrante, desde los determinantes sociales, aportan elementos más específicos respecto a los aspectos que incidieron en la ocurrencia de estas muertes en componentes como, las redes de apoyo y social y familiar, el acceso a servicios de salud, calidad en atención en salud, barreras de acceso a servicios y otros aspectos que permiten la definición de políticas, programas y proyectos en salud materna de las mujeres en situación de migración en nuestro país, para ello se tomarán espacios de divulgación a nivel nacional, donde se está abordando el análisis de la mortalidad materna (17).

Analizar los principales indicadores incluidas las variables sociales y demográficas de la morbilidad materna en mujeres migrantes en el contexto de los determinantes sociales en Colombia, aporta elementos para desarrollo de políticas públicas, focalización de recursos e intervención en salud pública en salud sexual y reproductiva de la mujer migrante. Adicionalmente se pretende identificar elementos de análisis e interpretación de la morbilidad materna en esta población, dado que los registros de defunción no incluyen la variable nacionalidad y no se cuenta con la mayoría de las unidades de análisis de estos casos (según información generada en grupo de discusión de profesionales de las entidades territoriales).

Así mismo, de acuerdo con la documentación definida por la Organización Panamericana de la Salud donde se definen las metodologías para intercambio de información y gestión de conocimiento respecto a la toma de decisiones en salud pública se encuentra que el presente documento permite; “mejorar la calidad de las decisiones en salud pública, incorporación del análisis del contexto en la toma de decisiones” (18).

6. Marco de referencia

A fin de desarrollar el marco de referencia de la investigación, se realizó revisión del estado del arte, el marco teórico y el marco legal de la siguiente forma:

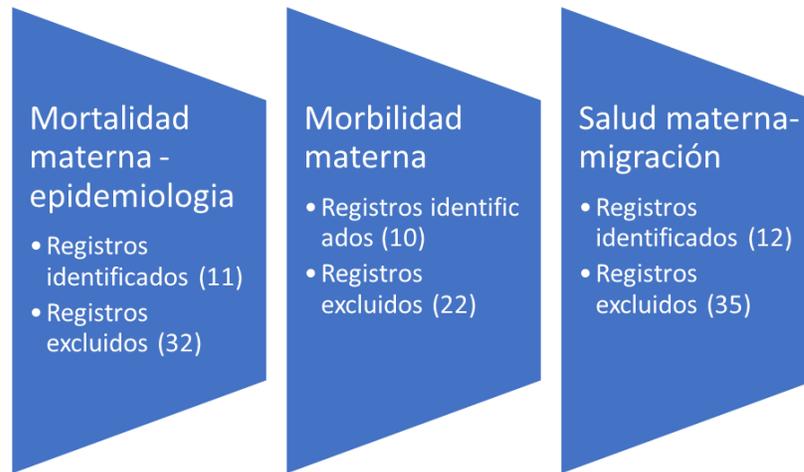
6.1 Estado del arte

En la revisión de literatura relacionada con la investigación, se realizó búsqueda por palabras clave y ejes temáticos donde se incluyeron los “Descriptores de Ciencias de la Salud (DECS)” (19); a partir de la revisión de las bases de datos disponibles por la Fundación Universitaria Juan N Corpas: Scielo, Acces Medicine, EBSCO, CLinical Key, Acces Medicine, revisando documentación de los últimos años que permitiera abordar la temática de investigación.

A través de la búsqueda por palabras clave, se identificaron conceptos específicos que permiten el abordaje de conceptos: migración, mortalidad materna, morbilidad materna, como resultado se obtuvieron más de 122 referencias a partir del año 2016.

En la revisión bibliográfica se identificaron las publicaciones donde se identificaron como ejes temáticos: morbimortalidad materna-epidemiología; morbimortalidad materna-determinantes sociales, y, salud materna y migración, los cuales se describen a continuación:

Figura 1. Estado del Arte. Búsqueda por categoría



Fuente: Construcción propia

Los resultados de la revisión bibliográfica se establecieron cinco categorías de las publicaciones de la siguiente forma:

1. Morbimortalidad materna:

Las publicaciones revisadas se tomaron de fuentes latinoamericanas que mostraron cómo la morbimortalidad materna está directamente relacionada con las condiciones sociales, demográficas y económicas que no garantizan los derechos de las mujeres. Además, exponen cómo el bajo acceso económico, la baja escolaridad, las malas condiciones de vivienda, las áreas geográficas de difícil acceso y la falta de acceso a los servicios de salud, afectan directamente el aumento de esta tasa.

“Hoy en día la cifra de muertes maternas a nivel mundial, lamentablemente, sigue siendo un indicador que permanece vigente y en números, que para el siglo XXI, ya deberían cambiar. Lo cierto es que las inequidades cobran más vidas” (20).

Según la Organización Mundial de Salud (21) “La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”

De acuerdo a la causa, las muertes maternas se subdividen en dos grupos: “muertes obstétricas directas: las muertes obstétricas directas son las que ocurren por complicaciones obstétricas (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados”. Y muertes obstétricas indirectas: “las muertes obstétricas indirectas son aquellas que ocurren por una enfermedad ya existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se complicó por los efectos fisiológicos propios del embarazo” (21).

Determinantes sociales

Según la Organización Panamericana de la Salud (22) los determinantes sociales de la salud son “Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y

envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad” (22).

Salud materna y migración

La proporción de mujeres venezolanas que migran a Colombia es significativa, lo cual genera un reto particular de salud, tanto para ellas como para el sistema. Los estudios demuestran que la población que migra, en su mayoría tiene un estado de salud en mejores condiciones que las poblaciones de acogida; pero la misma puede verse afectada por las situaciones que deban enfrentar, como las barreras de acceso a los servicios de salud de calidad, la alimentación y las condiciones de vida digna, entre otras.

Según reporte generado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en cuanto al acceso a salud de las mujeres refugiadas en edad fértil, "la mujer que migra tiene una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de violencia de género, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, embarazos tempranos (entre 10 -14 años de edad), abortos inseguros, morbilidad materna extrema y mortalidad materna." Así mismo indican que de acuerdo a lo descrito por Profamilia, se presentó aumento en el

uso de servicios en salud sexual y reproductiva, específicamente en controles prenatales, sífilis gestacional, atención del parto y anticoncepción pos evento obstétrico durante el 2020 (23). De igual forma indica que, los motivos de consulta más frecuentes de mujeres migrantes en edad fértil en Colombia según las fuentes de información disponibles estuvieron relacionados en su mayor porcentaje con salud materna (38 %).

6.2 Marco Teórico

A partir de la revisión de la literatura se determinó el marco teórico donde se incluyen los siguientes ejes temáticos:

6.2.1 Análisis de la mortalidad materna

Es importante indicar que “La razón de mortalidad materna es la medida de mortalidad materna más usada; mide el riesgo obstétrico una vez que la mujer queda embarazada” (24) y permite medir la línea de base y el avance de los servicios de maternidad. Así mismo mide la suma de procesos para atención de un parto seguro, donde se incluyen: talento humano con competencias requeridas, sistemas de referencia y contra referencia, servicios con calidad, entre otros.

La razón de mortalidad materna “constituye un importante indicador del nivel de desarrollo de un país y de la capacidad resolutoria de su sistema de salud” (25) ya que refleja las diferencias de acceso a los servicios de salud, específicamente en salud sexual y reproductiva de acuerdo con las condiciones de vida de la mujer y el área geográfica (26). Así mismo, “La mortalidad materna se ha convertido en una problemática de la salud

de diferentes países, principalmente de los de Latinoamérica y el Caribe, dada su alta incidencia; por esta razón, su reducción fue considerada como el quinto Objetivo del Milenio en materia de salud, planteado por la OMS” (27).

6.2.2 Metodologías de análisis de la morbilidad materna

La mortalidad materna es una situación que trasciende de los factores relacionados con la salud hacia un problema social, determinado por múltiples factores donde se incluye el entorno político y económico (28).

“Sin duda los modelos nunca agotan los matices que la realidad social y sanitaria muestra. Pero también, son una herramienta poderosa para guiarnos en la comprensión de los factores que contribuyen a la ocurrencia de un problema y a la determinación de sus características, así como también para guiarnos en la identificación de los aspectos de esa realidad que deben ser modificados para conseguir el cambio esperado”(28).

Existen múltiples factores que influyen en la ocurrencia de una mortalidad materna, que al ser analizada solo desde el área de la salud no permite observar todos los factores que pueden influir y que están relacionados con el contexto donde la mujer se desarrolla (28).

El análisis de cada caso de mortalidad materna debe desarrollarse con cada uno de los actores del sistema de salud, es así como desde la institución donde ocurrió la muerte debe reunirse al personal administrativo, financiero, asistencial e incluir

subdirección técnico-científica, auditor médico y demás personal que se requiera; así mismo las entidades del orden territorial municipal/departamental y todos aquellos actores del sistema de salud (29).

6.2.3 Marcos y modelos conceptuales de los determinantes de las muertes maternas

Existen modelos conceptuales que permiten abordar el análisis de la muerte materna y así determinar la cadena de causalidades, a fin de comprender mejor las causas de las muertes e identificar las intervenciones necesarias para reducir su ocurrencia (28).

Modelo de las tres demoras

Los autores Thaddeus y Maine, utilizaron el concepto de “demoras” al tiempo que transcurre entre la presencia de la complicación hasta su atención y resolución, es decir aquellos factores que contribuyen en la ocurrencia de la mortalidad materna y los agruparon de la siguiente forma: 1) retrasan la decisión de buscar atención; (2) retrasar la llegada a un centro de salud; y (3) retrasar la prestación de atención adecuada; estos autores también indican que estas demoras se relacionan con variables sociales y demográficas las cuales aumentan el riesgo de que ocurra una mortalidad materna (30).

Modelo de IMMPACT (Iniciativa para la evaluación de programas de mortalidad materna)

“Este modelo parte del reconocimiento de la efectividad de las intervenciones para la reducción de la mortalidad materna” (28). Así mismo incorpora los siguientes componentes; ambiente, necesidades, sistema de salud, resultados de mercado, resultados de salud y realiza un análisis específico entre la oferta y la demanda del sistema de salud, este último relacionado con la percepción de la mujer gestante de ingresar a los servicios; enmarcado en el ambiente, las necesidades, y los resultados de mercado y el sistema de salud.

Modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal (UNICEF, 2008)

Este marco conceptual, al igual que en los mencionados, se incluyen elementos relacionados con los entornos familiares y comunitarios, los cuales influyen en los demás factores que determinan las muertes maternas. Este marco pretende desarrollar análisis de las causas de la morbimortalidad materna y desarrollar acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal.

Se analizan factores inmediatos relacionados con el cuidado de la salud. Factores subyacentes; relacionados con la educación, el acceso a servicios, manejo de emergencias obstétricas y los factores básicos; que tienen que ver con la pobreza, exclusión social entre otros (28). Según este modelo, se pueden agrupar los factores identificados en los análisis, lo cual indicaría criticidad.

Análisis integrado mortalidad materna basado en la web

En Colombia a partir del año 2016, el Instituto Nacional de Salud estructuró modelo de análisis de la mortalidad materna a partir de los determinantes sociales y enfoque de derechos, abordando la situación desde las problemáticas estructurales y dinámicas sociales donde se desarrollan las condiciones de vida de la mujer. A partir de lo anterior se desarrolló un aplicativo web, donde se definieron como categorías ordenadoras: mujer, familia, comunidad y sistema de salud y se “permiten incorporar de manera integrada las dimensiones sociales desde las cuales se presentan las situaciones que determinan la mortalidad materna” (31).

Para cada categoría se estructuraron unos parámetros conceptuales:

“La categoría mujer incluye condiciones relacionadas con el género, la etnia, la ocupación, el nivel educativo, el curso de vida, la condición de vulnerabilidad social y la autonomía” (31), la categoría familia incorpora elementos que permiten describir si es un sistema protector o por el contrario interviene indirectamente en la muerte; la categoría comunidad permita indagar y analizar el entorno en el que se desarrolla la vida de la mujer y por último la categoría Sistema de Salud, es definido como “el corazón del análisis” , dado que es donde se desarrolla la intervención y dado que implica los servicios de cuidado y atención de la mujer gestante.

6.2.4 Análisis de la morbilidad materna extrema

La morbilidad materna extrema (MME) es un evento de interés en Salud Pública que permite identificar la mujer en periodo de gestación que está a punto de fallecer y pretende garantizar en la atención oportuna en el momento de la complicación obstétrica y así evitar el desenlace fatal (32), cuyos parámetros están definidos en el Protocolo de vigilancia del Instituto Nacional de Salud, donde también se cita a la OMS, quien define la MME como un “estado en el cual una mujer casi muere; pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo”. Así mismo incluye la definición de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) definió la MME como: “Una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (32).

En este mismo documento se incluyen los parámetros de definición de la morbilidad materna extrema donde se indica que son: “episodios que potencialmente amenazan la vida de la gestante” y menciona cómo algunos autores “escribieron por primera vez el término Near Miss Materno” para categorizar estas condiciones (32). Es así como se define los criterios de identificación de casos con signos y síntomas.

Esta metodología fue definida a partir del año 2012 en Colombia, donde se espera realizar un control oportuno del riesgo y mejoramiento continuo de los servicios de atención materna; así como facilitar los procesos de análisis y seguimiento de casos que

permitan controlar el riesgo de fallecer. “En el 2015 se realizaron ajustes en los criterios de inclusión y se establece el propósito”; como primer punto se incluyó la determinación de las variables sociodemográficas y como segundo punto, la definición de las variables que ocasionan las morbilidades (33).

Al respecto, es importante indicar que anualmente en el mundo se estima que 20 millones de mujeres presentan complicaciones obstétricas, de las cuales aproximadamente 529.000 desencadenan muertes maternas. En Colombia para el año 2021 se notificaron 30.102 casos y un incremento de 23,1 % respecto al año anterior, con una razón de 48,4 casos por 1.000 nacidos vivos y para migrantes la notificación llegó a 4.002 con un incremento de 20,8% siendo el 13,3 % del total de casos notificados (33). En cuanto al perfil de morbilidad se encuentra que las gestantes con mayor riesgo se ubican en las edades extremas, primíparas o multíparas y con bajo acceso a control prenatal entre otros factores identificados.

Por lo analizado anteriormente la vigilancia y gestión en salud pública de la morbilidad materna extrema, determina una línea de base cada vez más completa de aquellas mujeres que requieren intervenciones que prevenga su fallecimiento, así como poder determinar medidas por parte de los actores del sistema de salud para que estas mujeres no fallezcan; e incorporar la evaluación de indicadores estableciendo relaciones entre morbilidad y mortalidad materna (34).

6.2.5 Análisis de los determinantes Sociales de la salud en salud materna

Como se mencionó, la perspectiva de determinantes sociales tomada para este estudio es la definida por la Organización Mundial de la Salud, los cuales según Tarlov son aquellas “características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar” (31), así mismo la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS indica que las condiciones en las que la población nace, crece, vive, trabaja, se desarrolla y envejece incide directamente en su estado de salud y los aspectos relacionados con el contexto las condiciones de vida y los mecanismos sociales estructurales donde se definen las disparidades que inciden en los resultados de salud de las poblaciones, “ a lo que se denomina, determinantes sociales de las inequidades en salud” (35).

En el documento “Protocolo de vigilancia de la mortalidad materna”, publicado por la Organización Panamericana de la Salud para Colombia, relacionan los elementos en los que se define el análisis de determinantes sociales para mortalidad materna. Donde refieren que el análisis de la mortalidad materna desde este enfoque aborda la complejidad de las dinámicas sociales; donde se reproducen las situaciones, condiciones, ventajas y desventajas sociales, así como las inequidades sociales que hacen más vulnerables a las mujeres gestantes; “propiciando resultados en salud desfavorables” (32).

De igual forma, el Fondo de Población de las Naciones Unidas indica que la mortalidad materna es dada en mayor proporción a los determinantes sociales y las inequidades, más que solo a factores biológicos y es por ello que su comprensión e intervención son claves para para el mejoramiento de la salud materno infantil (36).

Adicionalmente la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), indica que la salud de la madre y el recién nacido va más allá de la prestación de los servicios de salud, porque incluye una visión más amplia de principios a fin de proteger los derechos de esta población y define orientaciones “para abordar la morbilidad y la mortalidad maternas aplicando un enfoque basado en derechos” e incluye entre otros principios como la participación, la no discriminación y el empoderamiento (4).

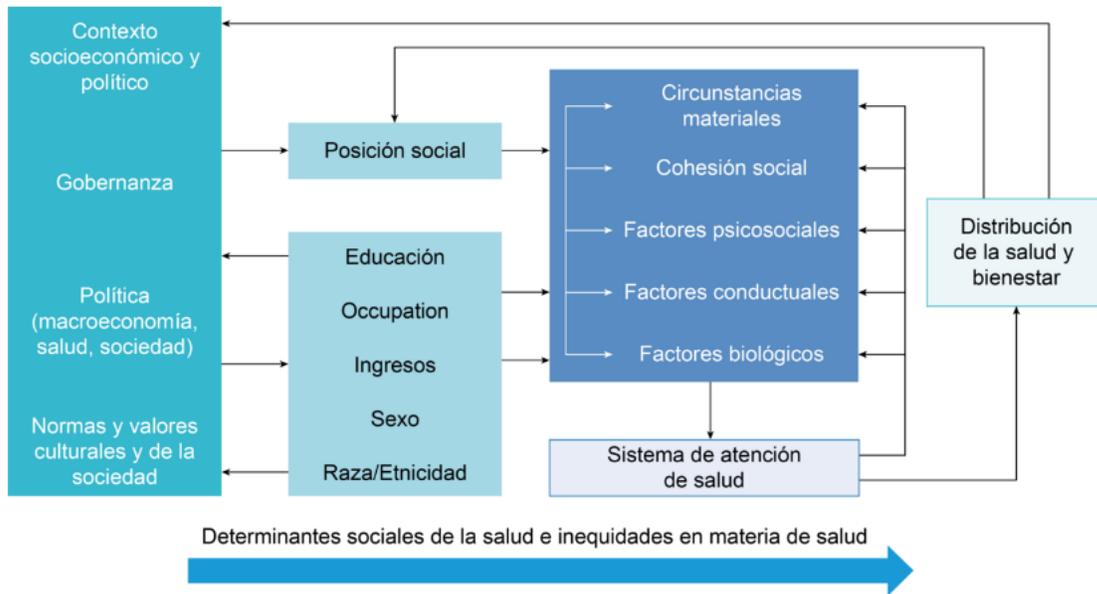
El Grupo de Trabajo Regional para Reducir la Mortalidad Materna (GTR) en su último seminario hace referencia a como “ En los últimos años se ha presentado retroceso en los indicadores de mortalidad materna y que continúan las inequidades en los grupos afrodescendientes, migrantes y zonas rurales”; de igual forma indican que hay que revisar los datos “los lentes de la desigualdad para explicar qué mueren las mujeres pobres, las mujeres rurales, las indígenas y afrodescendientes” (37).

Es así como la estructura de análisis de la mortalidad materna a partir del modelo de determinantes sociales propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (OMS) , es el punto de partida para Colombia (31), donde se espera lograr:

- Explicar los elementos que determinan cómo los determinantes sociales generan inequidad
- Cuál es la relación que se da entre los determinantes y cuáles son los que requieren mayor abordaje.

- Determinar aspectos específicos de intervención con enfoque de determinantes sociales, que permitan el desarrollo de programas y políticas en salud pública en torno a esta situación (31).

Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



Fuente. OMS. Marco Conceptual Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. 2010

Como se observa en el gráfico (figura 2), el modelo de determinantes definido por la OMS, incluye como mínimo tres categorías; los determinantes estructurales que son establecidos a partir de las posición social, el contexto político, económico y cultural; los determinantes intermedios que están dados por elementos específicos de grupos poblacionales como la familia, educación, el entorno social, las condiciones en las vive una persona y los servicios de salud a los que tiene acceso (entre otros). Los determinantes proximales que están representados por factores individuales como antecedentes, morbilidades, edad, sexo, etnia (38).

En ese contexto se aclara que, “el sistema de salud colombiano se constituye en la actualidad, en el modelo de determinantes sociales y ambientales de la OMS, como un "determinante intermedio", es decir, está dado y explicado por un modelo de desarrollo económico, social y político” (38).

Por lo anterior, es importante indicar que el abordaje de las situaciones específicas en las que se desarrolla la gestación y la salud materna, son las que permiten comprender las “circunstancias sociales que determinan su salud y que pueden establecer efectos en los procesos de enfermedad y/o complicaciones obstétricas que la lleven a la morbimortalidad (39).

En el modelo de análisis de Colombia a partir del Sistema de Mortalidad materna basado en la web (el cual ya ha sido mencionado), se toman los determinantes intermedios redefinidos en las categorías mujer, familia y comunidad y como ellos condicionan las situaciones que llevan a la mujer a la muerte, e incluye elementos donde se incorpora la capacidad de la mujer para tomar decisiones, la posibilidad de planear el número de hijos que desea tener, las prácticas en salud, el acceso y reconocimiento de signos de alarma entre otros (31). Forma parte central de este análisis el sector salud y sus dinámicas, así como su afectación directa en la atención de la emergencia obstétrica.

6.2.6 Migración y diáspora

Los flujos migratorios se dan por diversas causas en el mundo, y en primera medida tienden a ser asociados a factores económicos, ocultando la complejidad del fenómeno; es por esto que se han configurado distintas categorías de análisis y herramientas

conceptuales que permitan comprender la complejidad de quienes las viven y las circunstancias en que se presentan, por ello consideramos importante para la presente investigación incluir la categoría de diáspora para referirnos al proceso de la alta emigración que desde 2014 se viene presentando desde Venezuela.

La Organización Internacional para las Migraciones OIM (40) define: “Migrante – Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones. Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas de personas, como los trabajadores migrantes; las personas cuya forma particular de traslado esté jurídicamente definida, como los migrantes objetos de tráfico; así como las personas cuya condición o medio de traslado no estén expresamente definidos en el derecho internacional, como los estudiantes internacionales” (40). La OIM atendiendo su misionalidad cuenta con un glosario de términos de los cuales hemos extraído algunos por su relevancia dentro de la presente investigación.

Tabla 1. Términos fundamentales sobre migración, descritos por la Organización Internacional para las Migraciones OIM

Término	Definición
Admisión humanitaria	"Proceso que ofrece una vía de admisión en un país con carácter temporal o permanente a personas o grupos de personas que requieren protección. La admisión humanitaria suele ser un proceso acelerado que se aplica en el caso de las personas que necesitan protección, incluidos, entre otros, los refugiados, las personas con necesidades apremiantes de protección, los migrantes en situación de vulnerabilidad, los miembros de la familia extendida o las personas que necesitan asistencia y cuidados médicos". (40)
Apátrida	"Persona no considerada como nacional suyo por ningún Estado, conforme a su legislación. Fuente: Convención de las Naciones Unidas sobre el Estatuto de los Apátridas (aprobada el 28 de septiembre de 1954 y en vigor desde el 6 de junio de 1960), art. 1." (40)
Ciclo migratorio	"Etapas del proceso migratorio que comprenden la partida, en algunos casos el tránsito a través de uno o varios países, la entrada en el país de destino y el retorno." (40)
Emigración	"Desde la perspectiva del país de salida, movimiento que realiza una persona desde el país de nacionalidad o de residencia habitual hacia otro país, de modo que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual." (40)
Flujo migratorio (internacional)	"Número de migrantes internacionales que llegan a un país (inmigrantes) o parten de un país (emigrantes) en el transcurso de un periodo específico." (40)
Inmigrante	"Desde la perspectiva del país de llegada, persona que se traslada a un país distinto al de su nacionalidad o de residencia habitual, de manera que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual." (40)
Migración irregular	"Movimiento de personas que se produce al margen de las leyes, las normas o los acuerdos internacionales que rigen la entrada o la salida del país de origen, de tránsito o de destino." (40)
Migración regular	"Movimiento de personas que se produce de conformidad con las leyes del país de origen, de tránsito y de destino."

Naturalización	"Cualquier forma de adquisición, después del nacimiento, de una nacionalidad que no se poseía antes y que requiera la presentación de una solicitud por la persona interesada o su representante legal, así como un acto de concesión de la nacionalidad por parte de una autoridad pública." (40)
Refugiado (mandato)	"Persona que reúne las condiciones necesarias para recibir la protección de las Naciones Unidas proporcionada por la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados (ACNUR), de conformidad con su Estatuto y, en particular, con las resoluciones posteriores de la Asamblea General de las Naciones Unidas en las que se aclara el alcance de la competencia del ACNUR, independientemente de que esa persona se encuentre o no en un país que sea parte en la Convención de 1951 o en el Protocolo de 1967 – o en cualquier instrumento regional pertinente relativo a los refugiados – o de que su país de acogida le haya reconocido o no la condición de refugiado en virtud de cualquiera de esos instrumentos. (40)

Fuente: Términos fundamentales sobre migración, Organización Internacional para las Migraciones OIM disponible en: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>

En cuanto a la definición de diáspora, “originalmente se refiere a la dispersión del pueblo judío, pero el término ha evolucionado, y se utiliza en la actualidad para denominar a las comunidades dispersas de personas de un origen determinado” (41); por otra parte, Padilla y López en su artículo “Venezolanos en Argentina, Estados Unidos y Portugal una diáspora en construcción”, refieren que “hablar de la inmigración en sí no es hablar de diáspora, sino que es necesario reflexionar sobre un fenómeno de movilidad para poder pensar en la diáspora” (42).

Según el mismo artículo “El caso de Venezuela y de los venezolanos esparcidos por el mundo, resulta de interés ya que además de ser una realidad actual, permite poner en diálogo el concepto de diáspora con el de transnacionalismo, y al mismo tiempo identificar

algunas de sus características, al menos en el presente, cuando este pueblo atraviesa una crisis humanitaria, migratoria y sanitaria” (42).

Las autoras apoyan su análisis anterior, ya que optan por el modelo de Faist, el cual define “los elementos que caracterizan a la diáspora: a) motivación y/o causa de la dispersión, b) experiencias transfronterizas/transnacionales entre el origen y destino, y c) incorporación o integración de los inmigrantes o minorías en el país de destino. Así, la dupla diáspora/transnacionalismo resulta una herramienta conceptual que posibilita la comprensión no sólo del fenómeno migratorio en sí, sino también facilita un mejor entendimiento de la complejidad de sus actores, contextos, situaciones y su evolución a lo largo del tiempo” (42).

Si hablamos del contexto de la migración en Colombia, encontramos que históricamente el nivel de refugiados e inmigrantes ha sido bajo, y más si se habla de población con vocación de permanencia; y por su parte, la diáspora venezolana en Colombia no ha sido homogénea, tanto en cantidad de población, como en las características socioeconómicas de los nacionales venezolanos que arribaron al país. Alrededor del 2014, se dio una primera oleada de clase media alta y con educación superior, que fácilmente se fue integrando al sector productivo y en general a la sociedad, pero al pasar de los años el perfil ha ido cambiando y existe un número importante de población con mayores necesidades básicas insatisfechas y mayor grado de vulnerabilidad; si bien el un alto peso porcentual de la población se encuentra en la categoría de bono demográfico, dadas sus buenas condiciones de salud y edad

productiva, para 2021 se estimaba que 51% son hombres, y que el 75% se encuentran en edades entre los 18 y 59 años de edad (43).

En este marco, “el bono demográfico hace referencia a una fase en que el equilibrio entre edades resulta una oportunidad para el desarrollo. Ocurre cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población en edad productiva (jóvenes y adultos) y aquella en edad dependiente (niños y personas mayores), con un mayor peso relativo de la primera en relación con la segunda. Una mayor proporción de trabajadores no solo representa una reducción del gasto en personas dependientes, sino que tiende a impulsar el crecimiento económico a través del incremento en el ingreso y la acumulación acelerada del capital” (44). Bien direccionado, este fenómeno puede ser un elemento de progreso en las comunidades de acogida.

6.2.7 Salud y migración

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el análisis de la salud de los migrantes y de las comunidades que los acogen es importante resaltar los cambios y las tendencias en los flujos migratorios que se están dando en los últimos años, tanto por las características de los países de origen, como por el tipo de migración que se presenta, y las diferencias y los retos que se generan según su particularidad, sean migrantes de tránsito o con vocación de permanencia y si su comportamiento migratorio es de corto o largo plazo, entre otros (45); En este sentido la OIM define: “salud y migración – temática de salud pública que se remite a la teoría y la práctica de examinar

y encarar los factores relacionados con la migración que puede afectar el bienestar físico, social, y mental de los migrantes y la salud pública de la comunidades de acogida” (40)

Según la Organización Mundial de la Salud (46) “Los migrantes, en particular los que están en situación irregular, suelen excluirse de los programas nacionales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y atención de enfermedades, así como de la protección económica en el ámbito de la salud. También pueden enfrentar elevadas tarifas de usuario, bajos niveles de conocimiento sobre la salud, poca competencia cultural entre los proveedores de salud, estigma e insuficientes servicios de interpretación”. lo que repercute directamente en su estado de situación de salud.

Cattacin Sandro y otros autores, analizan el panorama migratorio el cual ha presentado cambios significativos en el mundo, marcado por un aumento en la diversidad de los flujos migratorios y una mayor atención a cuestiones de bienestar, en periodos anteriores la migración se asociaba principalmente con trabajadores poco calificados. A medida que avanzaba el tiempo, la percepción del migrante también evolucionó, aunque persistieron estigmas y desafíos, la complejidad de los motivos migratorios se hizo más evidente (47).

La caída del Muro de Berlín abrió nuevas posibilidades, pero también planteó desafíos inéditos en la gestión de movimientos migratorios. Este período testigo de cambios geopolíticos influyó en la percepción y tratamiento de los migrantes, marcando una transición desde el mito del 'migrante saludable' hacia una comprensión más matizada

de las realidades y desafíos asociados con la migración contemporánea (40), que deben ser ajustadas a los nuevos países de acogida.

Ante este panorama la OMS (47) y la OIM (40) plantean “Sistemas de salud que incorporan deliberada y sistemáticamente las necesidades de los migrantes en el financiamiento, la normativa, la planificación, la ejecución y la evaluación en el ámbito de la salud, con inclusión de consideraciones tales como los perfiles epidemiológicos de las poblaciones migrantes, los factores culturales, lingüísticos y socioeconómicos pertinentes, y los efectos del proceso migratorio en la salud de los migrantes”.

6.3 Marco Legal

Como se ha establecido con anterioridad, la morbilidad materna es un asunto de total relevancia que constituye una evidente problemática de salud pública, y que se ha agravado de manera importante en los años más recientes por razones que corresponden a la gran movilización migratoria que ha desafiado Colombia, ante la crisis humanitaria que afronta Venezuela; por este motivo es importante fijar una base legal que permita comprender qué directrices ha formulado el legislador al identificar este fenómeno.

Dentro de la normatividad vigente actual, es importante precisar que el punto de partida en torno a la protección de las mujeres en estado de gestación, y que a su vez hacen parte de la población migrante, se halla de manera fundamental en la Constitución Política de 1991, puesto que allí se encuentran disposiciones, como el artículo 1°, en el cual se consagran los principios fundamentales, determinando que Colombia es un

Estado social de Derecho que busca la protección de la dignidad humana de manera integral (49).

Esta es esencialmente una hoja de ruta que determina la firme intención del Estado de procurar el buen vivir de las personas que habitan en el territorio nacional (50), ello incluye una universalidad compleja de condensar, pero que en esencia atañe a que el mismo provea de algunos mínimos básicos, o condiciones materiales, como la salud, la vivienda, la educación, la alimentación, el agua, entre otros.

De manera consiguiente, dispone en el artículo 2° los fines esenciales del Estado, determinando que uno de los compromisos que el mismo tiene con la sociedad, se encuentra asociado de manera fundamental al cumplimiento de los principios descritos con anterioridad, y así mismo, a la protección de los derechos de los individuos residentes en el país, y al servicio de la comunidad (49).

Sin embargo, aunque estas garantías cobijan a toda la población en general, hay ciertos miembros que son considerados como sujetos de especial protección; por ese motivo dispone en su artículo 25° que es de vital importancia proteger la maternidad y la infancia, determinado que tienen derecho a cuidados y asistencia especiales, y además en el artículo 43° establece que la mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación, además que durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del estado (49).

A continuación, el artículo 100° de la Carta Política instruye que todos los extranjeros que se encuentren en territorio colombiano, disfrutarán de los mismos derechos civiles y

demás garantías, de las cuales gozaría un individuo con nacionalidad colombiana, salvo las disposiciones que determine la Ley; por lo tanto debe procurarse su protección, incluyendo dentro de la misma, el derecho a la vida, a la dignidad humana, al acceso al sistema de Seguridad Social, a tener una familia, a la igualdad y no discriminación, a la salud (49), que a su vez se encuentra regulado por la Ley 1751 de 2015, que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección y otros asociados que se vulneran de manera evidente con el evento de la mortalidad materna (51).

Estos derechos también se encuentran contenidos a grandes rasgos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, dentro de la cual en su artículo 25° apresta que toda persona tiene derecho a tener una familia, salud y bienestar, asistencia médica y los servicios sociales necesarios, entre otros (52).

En desarrollo de esta directriz constitucional, es expedida la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral - SGSSS y se dictan otras disposiciones, la cual contiene una serie de directrices que procuran la protección de las contingencias afectan la calidad de vida de los individuos, y allí mismo se encuentran las obligaciones respecto a la atención en salud, entre otras (53).

Es importante precisar que esta norma, al igual que la Carta Política, incluye dentro de los principios que rigen el SGSSS, la universalidad, estableciéndola como la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida; esto reforzando el concepto de que el acceso a los servicios de salud, de

manera general, no pueden limitarse por cuestiones que conciernan a la nacionalidad, o demás (49).

Además, existen otras disposiciones como el Plan decenal de Salud Pública - PDSP para los años 2022 - 2031, del cual aún no se puede consultar su texto oficial, el cual de manera previa no contiene asuntos específicos relacionados a la disminución de la MM, pero sí abarca y puntualiza en la importancia de la atención de las personas migrantes en el sistema de salud (54). Y finalmente “la Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”, la cual es a grandes rasgos un plan general respecto a la atención de las gestantes, que abarca “la atención preconcepcional, la interrupción voluntaria del embarazo, los cursos de preparación para la maternidad y la paternidad, las emergencias obstétricas, la atención al parto y al puerperio, la atención al recién nacido, y los criterios poblacionales dentro de los cuales establece la adecuación intercultural de los servicios” (55).

En cuanto a la protección de la maternidad, la dignidad humana, el acceso al SGSSS, entre otros derechos, es posible determinar que hay una normatividad, que, desde un punto de vista preliminar, podría determinar que el evento de la mortalidad materna en población migrante tiene un buen soporte legal; sin embargo, existe otro ordenamiento que abarca asuntos más específicos respecto a asuntos migratorios, el cual vale la pena analizar.

De manera inicial, es importante precisar que el Estado colombiano, desde una perspectiva legal puede considerarse como un país que detenta un amplio desarrollo normativo respecto a asuntos migratorios, desde el reconocimiento de los desplazamientos internos, de igual manera respecto a los colombianos que se trasladan al exterior como consecuencia de los diferentes conflictos internos que han surgido al interior del territorio nacional, y finalmente por el éxodo de nacionales venezolanos que se ha visualizado en la actualidad, por la crisis social y económica que enfrenta el vecino país.

Dentro de esta normatividad vigente se encuentra la “Ley 2136 de 2021, por medio de la cual se establecen las definiciones, principios y lineamientos para la reglamentación y orientación de la Política Integral Migratoria del Estado Colombiano - PIM, y se dictan otras disposiciones”; allí se determina que uno de los actores esenciales dentro del establecimiento de este tipo de normas es el Ministerio de Salud y Protección Social (56).

La disposición establecida con anterioridad también determina en su artículo 81, que, dentro de los derechos reconocidos en la misma, de manera general, debe prever que las mujeres en cualquier tipo de situación deben de gozar en plenitud sus derechos sexuales y reproductivos, lo cual incluye de manera implícita todos los asuntos relacionados a la gestión y a la maternidad (56).

Por otra parte, “el Decreto 216 de 2021, mediante el cual se adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos Bajo Régimen de Protección Temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria”, concreta algunos

conceptos referentes al Estatuto Temporal de Protección para Migrantes venezolanos, y los permisos mediante los cuales pueden permanecer de manera regular en Colombia (57).

Lo anterior adquiere relevancia para esta investigación, toda vez que la Resolución 572 de 2022, “incluye el Permiso por Protección Temporal — PPT como documento válido de identificación de los migrantes venezolanos en los sistemas de información del Sistema de Protección Social y se definen sus especificaciones (58); al igual que la Resolución 3015 de 2017, que incluye el Permiso Especial de Permanencia — PEP como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social” (59).

Finalmente, el Decreto 064 de 2020, que modifica los artículos del “Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones, refuerza la importancia de la atención de los migrantes venezolanos en el sistema de salud”, estableciendo que algunas personas, que cuenten con una serie de condiciones específicas, como por ejemplo estar en tránsito en Colombia y ser nacionales venezolanos, que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, se encuentran afiliados al Régimen subsidiado (60).

7. Metodología

7.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo y cuantitativo (mixto explicativo), donde se incluye un análisis cualitativo fenomenológico de los determinantes sociales en morbilidad materna en población migrante y un análisis descriptivo retrospectivo de corte transversal de los casos de morbilidad materna en población venezolana notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila, durante los años 2017-2021, dado que la fuente oficial RUAF ND no incluye la variable nacionalidad en el certificado de defunción.

7.2 Tipo y métodos de investigación.

Es un estudio con metodología de investigación mixta (modelo explicativo), ya que “utilizan diversas fuentes de información que se combinan de diversas maneras para sustentar análisis más comprensivos, acerca de la problemática” (61). Para el presente estudio se tomarán fuentes secundarias, bases de datos de Sivigila de los eventos de mortalidad materna y morbilidad materna extrema y se realizará la aplicación de instrumentos cualitativos como entrevistas semiestructuradas y un grupo de discusión que permitan nutrir el análisis, desarrollando” un modelo explicativo o aclaratorio, el cual es utilizado cuando los resultados o preguntas derivadas del estudio cuantitativo son investigadas cualitativamente para producir datos, que puedan ser usados de maneras complementaria o con el fin de aclarar hallazgos originales” (61).

Con el fin de entender un poco mejor los resultados del análisis cuantitativo, se buscará evidenciar a través de las narrativas que se originen desde el ejercicio de observación por medio de entrevistas semiestructuradas a sobrevivientes de morbilidad materna extrema en tres de las entidades territoriales donde el análisis cuantitativo nos indica una mayor notificación de casos de mortalidad materna: Guajira, Cundinamarca y Bogotá; respecto a las narrativas es importante indicar que el cuerpo determina la experiencia, y es responsable de la construcción de realidad, ya que a través de él, los sujetos actuamos y experimentamos nuestras vivencias (62), lo que hace importante el relato de quienes lograron superar la morbilidad materna extrema.

La fenomenología es una ciencia descriptiva a través de la cual se pueden dar a conocer por medio de las experiencias, las representaciones de espacio, de tiempo y del mundo en general; ya constituido antes de que nosotros entremos en él, y no puede ser concebido como el resultado de nuestro pensamiento sino de nuestras vivencias dentro de él. En esa medida el cuerpo se presenta como el mejor ámbito de nuestra experiencia, puesto que a través de él vivenciamos el mundo y comprendemos el mundo fenomenológico (62).

Entender la maternidad como un proceso que influye en la salud y el bienestar de la mujer, es darle importancia a la voz femenina, y resulta como una particularidad distintiva de una aproximación feminista, puesto que desde el momento en el cual se realiza la definición de las problemáticas de investigación, éstas deben nacer desde las experiencias de las gestantes, y éstas a su vez son tenidas en cuenta “como un indicador significativo de la “realidad” que permite contrastar las hipótesis” (63).

Brindar valor a las experiencias femeninas, como un medio a través del cual se analiza la realidad social, tiene implicaciones evidentes en la manera en la cual se construye la estructuración de la vida social en toda su totalidad, y es por esa razón, que se debe prestar especial énfasis en que son las sobrevivientes las que deben revelar de primera mano cuáles han sido sus experiencias (63). en el contexto de su morbilidad materna extrema.

Abadía (64) refiere que, “Desde el punto de vista de las Ciencias Sociales, las enfermedades son consideradas entramados socioculturales que explican y se articulan con un todo, y a esta conclusión se ha llegado a través del análisis de experiencias e interacciones entre sujetos enfermos, sujetos tratantes, instituciones (tales como la familia, las redes de salud, o la escuela) y políticas públicas, todas ellas sociales y culturales y, por lo tanto, relativas, históricas y contextuales” (64).

Lo anterior para resignificar esas maternidades complejas y complementarlas con la voz del grupo de discusión con funcionarios de las cinco entidades territoriales de salud con mayor peso y relevancia para el evento, que permitan desde su visión expertos contribuir al análisis de los territorios de (Guajira, Norte Santander, Bogotá, Barranquilla y Antioquia).

7.3 Recolección de la información (Trabajo de campo)

Este trabajo se desarrolló en varias etapas, la primera en una búsqueda activa a través de organizaciones de base comunitaria con contacto con nacionales venezolanas, para la identificación de sobrevivientes de morbilidad materna que estuvieran dispuestas y de

manera voluntaria a participar del proceso de investigación, y a través de ellas logramos ponernos en contacto con seis mujeres.

Vía telefónica se establece contacto con cada una de ellas, se les explicaba el tipo de estudio que se estaba llevando a cabo, el alcance, la confidencialidad de los datos suministrados, y se les consultó por la disponibilidad para recibir en su vivienda al investigador que desarrollaría la entrevista. Con cinco de ellas se logró concretar la entrevista, pero desafortunadamente la informante de Cúcuta el día de la entrevista decidió no continuar con el proceso.

Una vez concertada la cita, uno de los investigadores se desplazó a la vivienda, leyó en conjunto con la informante el consentimiento informado, le dio a conocer las preguntas que se tenían previstas, y se da inicio con la entrevista, la cuales fueron grabadas, luego transcritas a documento de Word, y codificadas a través de Nvivo, para su respectivo análisis y en base a ellas se construye los cuatro relatos. (todo este proceso tomó 6 meses).

Para el caso del grupo de discusión, se dio inicio contactando a profesionales especializadas de las secretarías de salud territoriales, seleccionadas a partir de proporción de casos notificados de los eventos de morbilidad mortalidad materna en sus territorios, a quienes se les informó sobre el tipo de investigación, la metodología, y la plataforma virtual por la cual realizaríamos la discusión con la promesa de anonimato, una vez confirmada su voluntad de participación se establece la fecha del

encuentro, el cual fue grabado, transcrito en documento de Word y codificado a través de Nvivo.

Tabla 2. Conformación de grupos de discusión y entrevistas

Tipo de participante	Grupo Discusión	Entrevista	Código
Profesional especializada del orden departamental	3		F#
Profesional especializada del orden distrital	2		F#
Profesional especializada del orden municipal		1	E#
Nacional venezolana sobreviviente de morbilidad materna		4	Inicial del nombre asignado y #

Construcción propia

7.4 Plan de procesamiento y análisis de información

Para el método explicativo de tipo cuantitativo que se usó esta investigación, se aplicaron los siguientes criterios:

Análisis descriptivo retrospectivo

“Los estudios descriptivos, miden la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte de tiempo” (65), donde se puede describir el análisis de un evento, para este caso el relacionado con la morbimortalidad materna

En la investigación se desarrolla un análisis descriptivo retrospectivo de corte transversal; a partir de los casos de mortalidad y morbilidad maternas extrema notificados al “Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -Sivigila”, mediante los códigos 549-

551 para los años 2017 a 2021; revisando las tendencias de la morbilidad materna en nacionales y migrantes.

Para la medición de los indicadores se determinan las muertes maternas tempranas (ocurridas durante la gestación y hasta los 42 días posparto) y los datos de nacidos vivos del periodo 2017 a 2021 del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), los casos de mortalidad materna en población migrante corresponden a mortalidad materna temprana de nacionalidad extranjera y residentes en Colombia.

Se realiza el cálculo de la razón de mortalidad materna y la razón de morbilidad materna extrema a nivel nacional y en población migrante: a partir del cálculo de la razón para estos dos eventos se realiza un análisis de tendencias de los años 2017-2021 y “para la razón de mortalidad materna se realiza cálculo de “regresión de puntos de inflexión (Joinpoint)”

Definición de razón de mortalidad materna: “La Razón de Mortalidad Materna (RMM), es el número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, por cada 100.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país o área geográfica” (31)

Definición de razón de morbilidad materna extrema: “Número de mujeres con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida, pero sobrevive, por cada mil nacidos vivos”.

Para el análisis de los datos se toma la variable “residencia” de acuerdo a la recomendación dada por el Instituto Nacional de Salud y donde se aplica la definición del Departamento Nacional de Estadística “**Residente habitual**: Es la persona que habita la mayor parte del tiempo en una unidad de vivienda o en un Lugar Especial de Alojamiento (LEA), aunque en el momento de la entrevista se encuentre ausente temporalmente. Además de los residentes presentes, son residentes habituales en una unidad de vivienda, las siguientes personas: Los miembros del hogar que en el momento de la entrevista, se encuentren ausentes temporalmente por un periodo igual o inferior a seis meses” (32).

Posteriormente se realiza el análisis de las variables sociales, demográficas; comparando la notificación nacional con la notificación en migrantes, donde se incluyen: edad , régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud, pertenencia étnica, área de residencia y principales variables del análisis por determinantes sociales para los eventos de morbilidad materna extrema y mortalidad materna. En el área de residencia se determinan las razones de morbimortalidad materna de las entidades territoriales, a fin de determinar aquellas que presentan más afectación y estarían relacionadas con la migración. Así mismo se realiza consolidado de los años 2017-2021 de las variables edad, régimen de afiliación, nivel educativo, pertenencia étnica, realizando cálculo de porcentajes y determinación de aquellas que presentan aumento como parte de los determinantes sociales intermedios que están relacionados en el marco teórico.

Frente a lo anterior es importante indicar que, se realiza el calculo de proporciones en las variables sociales y demográficas y no de las razones de morbilidad materna extrema

y de mortalidad materna (medición epidemiológica más indicada), dado que no se encuentra fuente de información para determinar el número de nacidos vivos de migrantes venezolanas para estos indicadores.

A partir del cálculo de la razón de mortalidad materna y morbilidad materna extrema, se desarrollaron los mapas comparativos entre los datos nacionales y en población migrante a partir del sistema de información geográfica Qgis.

Para la descripción y caracterización sociodemográfica de la población migrante, se realizó búsqueda bibliográfica de información, la cual puede ser aplicada en la revisión de un tema de investigación, a fin de entender la situación en salud, así mismo se organizó por componentes a fin de dar respuesta al objetivo propuesto (66).

7.6 Técnicas de recolección de información cualitativa

Autores como Mejía (67) describen que “la muestra cualitativa se ha desarrollado con mucha fuerza en la investigación social, la utilidad y conveniencia de la muestra cualitativa ocurre cuando el muestreo aleatorio no es factible realizar, “La selección de las unidades se realiza en función de la representatividad de sus propiedades y estructura social de su contenido lo que define su singularidad”.

Entrevista semiestructurada

Létourneau (68) la describe como “el método más utilizado para discernir el conocimiento de una persona acerca de un aspecto específico de su vida cotidiana. Toma la forma de una conversación que gira alrededor de un cuestionario abierto relacionado

con un campo preciso de investigación. Con frecuencia el cuestionario sólo contiene los temas que se abordarán. En caliente, el investigador prepara en forma definitiva las preguntas pertinentes, tanto las principales como las secundarias” ... “En el caso de una entrevista semiestructurada, el investigador que la realiza desempeña un papel determinante, puesto que debe coger al vuelo las pistas que la persona entrevistada le brinde, respetando en todo momento los temas incluidos en el cuestionario. La entrevista será tanto más difícil de realizar cuanto más se aborden temas personales e íntimos” (68). Se definen 2 tipos de población con las que se aplicó el instrumento.

Población	Lugar
Se define por conveniencia entrevistar a profesional del área de la salud especializada, que haya realizado investigación epidemiológica de campo a casos de migrantes venezolanas cuya causa de muerte estuviera definida como mortalidad materna y se hayan presentado en el país (cumpliendo con la definición de residencia), que voluntariamente decidan participar del proceso de investigación.	Cundinamarca

<p>Se define por conveniencia entrevistar a mujeres migrantes venezolanas mayores de edad, que cumplen con la definición de residencia en el país, que voluntariamente decidieron participar y que tuvieron la experiencia de sobrevivir a la morbilidad materna extrema en Colombia.</p>	<p>Bogotá, Madrid, Soacha (Cundinamarca), Riohacha (La Guajira), Cúcuta (Norte de Santander).</p>
---	---

Grupo de discusión

Son usados generalmente dentro del enfoque cualitativo para obtener una comprensión más profunda de los problemas sociales, y es común encontrarla en las investigaciones de la salud, combinadas con otras metodologías. “El grupo focal constituye una técnica especial, dentro de la más amplia categoría de entrevista grupal, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo” (69). Nuestro objetivo es obtener datos de un grupo de funcionarios de salud seleccionados a propósito de su experiencia con el seguimiento a los eventos de salud materno perinatal de los territorios con mayor número de notificaciones.

Población	Lugar
En los que se invitó a participar a funcionarios de las entidades territoriales referentes de vigilancia salud materna en los territorios seleccionados por un tiempo mayor a un año en el periodo 2017 a 2021, que voluntariamente accedan a participar.	La Guajira, Norte Santander, Bogotá, Barranquilla y Antioquia

Tipo de muestreo por conveniencia

El muestreo por conveniencia es una técnica que autores como se define como:

“La muestra por conveniencia es el procedimiento que consiste en la selección de las unidades de la muestra en forma arbitraria, las que se presentan al investigador sin criterio alguno que lo defina. Las unidades de las muestras se auto seleccionan o se eligen de acuerdo con su fácil disponibilidad. No se especifica claramente el universo del cual se toma la muestra. Por consiguiente, la representatividad estructural es nula no se consideran las variables que definen la composición estructural del objeto de estudio” (67).

Esta suele ser utilizada de manera común, ya que es extremadamente sencilla, económica y, además, los miembros suelen estar accesibles para ser parte de la muestra.

Definición de categorías de análisis

A partir del desarrollo de las entrevistas semiestructuradas y de el grupo focal, se permite establecer las dinámicas e interacción de los determinantes sociales en las mujeres migrantes en el periodo de gestación y posparto. Es así como en la revisión de

la información recolectada se establecen las categorías de análisis cualitativo, teniendo en cuenta los elementos conceptuales del modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud relacionados en el marco teórico.

Validez interna y externa

La evaluación a través del juicio de expertos, “consiste básicamente, en solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza, o su opinión respecto a un aspecto concreto” (70). Se trata de una técnica cuya realización adecuada desde un punto de vista metodológico constituye a veces el único indicador de validez de contenido del instrumento de recogida de datos o de información (70); como se referencia, se espera que el resultado sea de gran utilidad en la valoración de aspectos de orden cualitativo. Para esta investigación se estableció instrumento de validación para cada uno de los procesos a desarrollar: entrevista familiar, entrevista a casos de morbilidad materna extrema y grupo focal; en el que se incluyeron los criterios de claridad, coherencia, suficiencia y objetividad para cada uno de las variables a evaluar.

Sesgos y limitaciones

“Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la auditabilidad y la transferibilidad. La credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas”. Una de las ventajas de las metodologías cualitativas es que

aporta información respetando las opciones y los términos utilizados por los participantes. Esta característica confiere a la información un alto grado de validez subjetiva.

Pero son múltiples los peligros potenciales de esta falta de control: invertir tiempo en temas irrelevantes, perder el rumbo de los objetivos de investigación, disminuir la comparabilidad entre la información de diferentes grupos, entre otras.

Frente a lo anterior es importante indicar que, en Colombia el análisis de la morbilidad materna en migrantes a partir de los datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional se puede establecer a partir de la incorporación de la variable nacionalidad en la ficha de datos básicos a partir del año 2017, lo cual permite determinar la situación de las principales variables sociales y demográficas contenidas en las bases de datos. Pero no se cuenta con registro de casos pendulares, mujeres que residen en Venezuela y son atendidas en los servicios de salud en Colombia, por lo que podría existir un subregistro de casos en esta población.

8. Consideraciones éticas

Consideraciones éticas respecto al acceso a la población de estudio

Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas que deben regir las investigaciones en seres humanos definidas por la Organización Panamericana de la Salud donde se determina que “toda la investigación que involucra a personas debe ser siempre revisada y aprobada previamente por un comité que asegura que la investigación propuesta es ética” (71), específicamente las que se relacionan a continuación se relacionan

directamente con el objetivo de la presente investigación: “requieren que la investigación tenga siempre valor social y científico. Si un estudio no tiene el potencial de generar conocimiento que permita mejorar la salud y el bienestar de las personas, entonces no es ético” (71). Y las contenidas en la Resolución 8430 de 1993 “Artículo 1: Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud”.

Así mismo se incluye la revisión de la definición de vulnerabilidad a “fin de que no se entienda como un simple rótulo a grupos completos de personas, sino que más bien facilite un análisis sobre las características específicas que puedan hacer a las personas o poblaciones más proclives a sufrir un daño al participar en una investigación. Este abordaje a la vulnerabilidad permite que los comités de revisión ética hagan un análisis más detallado y puedan así proteger mejor a las personas vulnerables, en vez de simplemente excluirlas categóricamente de las investigaciones como se ha hecho tradicionalmente con el ánimo de proteger a grupos que se consideraban vulnerables (por ejemplo, niños, mujeres embarazadas)” (71).

De igual forma es importante tener en cuenta que, se realiza el abordaje de la investigación con embarazadas para facilitar un análisis más detallado de los casos concretos a fin de brindar elementos de protección de las mujeres embarazadas y la promoción de la investigación para resolver la inequidad de la que son víctimas (71).

Finalmente es importante aclarar que para cada una de las entrevistas y el grupo focal se dio a conocer el objetivo del estudio y se realizó diligenciamiento de consentimiento informado para cada participante (anexo N).

9. Resultados

En este apartado se realiza una descripción de los resultados obtenidos a partir de la pregunta de investigación: ¿De qué forma los determinantes sociales de la salud influyen en el comportamiento de la morbilidad ocurrida en Colombia entre el 2017 y el 2021, en el contexto de la diáspora venezolana? desarrollando cada uno de los objetivos propuestos.

9.1 Caracterización sociodemográfica de la población inmersa en el fenómeno de la diáspora venezolana en Colombia

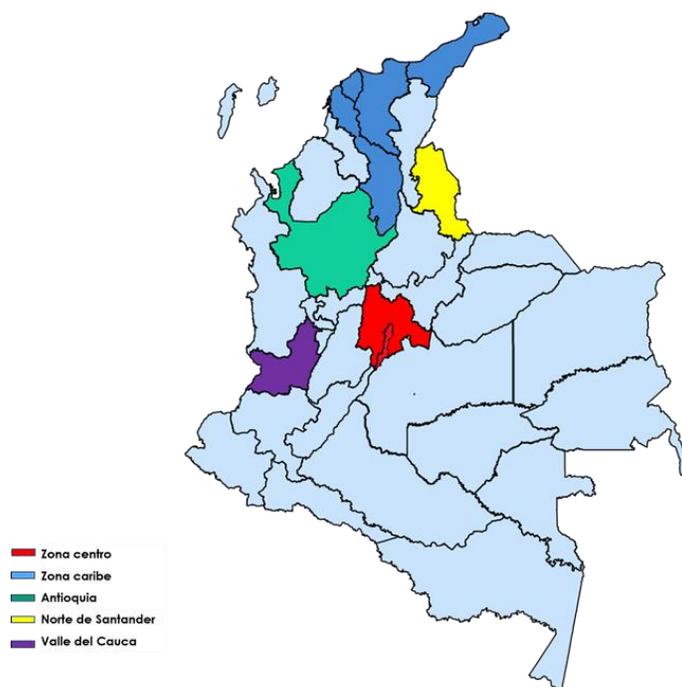
En la última década Colombia ha sido uno de los principales receptores de la diáspora venezolana, convirtiéndolo en uno de los fenómenos más destacados por su significativo impacto en diversos ámbitos como la economía, la política, y la sociedad en general; más aún, en un país que no ha tenido hasta ahora una tradición de inmigración, este hecho no es ajeno en términos de salud pública e inclusive se convierte en un reto mayúsculo para este sector, ya que requiere una labor muy decidida de las instituciones para evitar la discriminación y garantizar los derechos de los mismos.

Según datos de Migración Colombia, el flujo migratorio ha experimentado un crecimiento exponencial, pasando de unos pocos de miles (23573) en 2014 a más de dos millones y medio en 2021, y para octubre de 2022, esta autoridad migratoria reportaba

2.894.593 nacionales venezolanos en Colombia (72), convirtiéndose en el 5% del total de la población del país, con un perfil sociodemográfico diverso que abarca diferentes grupos de edad, género, y niveles educativos. En general, se observa una presencia significativa de jóvenes adultos, y adultos en edad laboral, aunque también se han registrado la migración de familias enteras.

Cerca del 75% de los nacionales venezolanos que residen en Colombia se concentran en 5 zonas específicas (figura 3), alrededor del 25% del total se ubican en la zona centro (Bogotá - Cundinamarca), seguidos por la zona caribe (Atlántico, Bolívar, Guajira y Magdalena) con alrededor del 20 % y por los departamentos de Antioquia, Norte de Santander y Valle del Cauca , respectivamente (72).

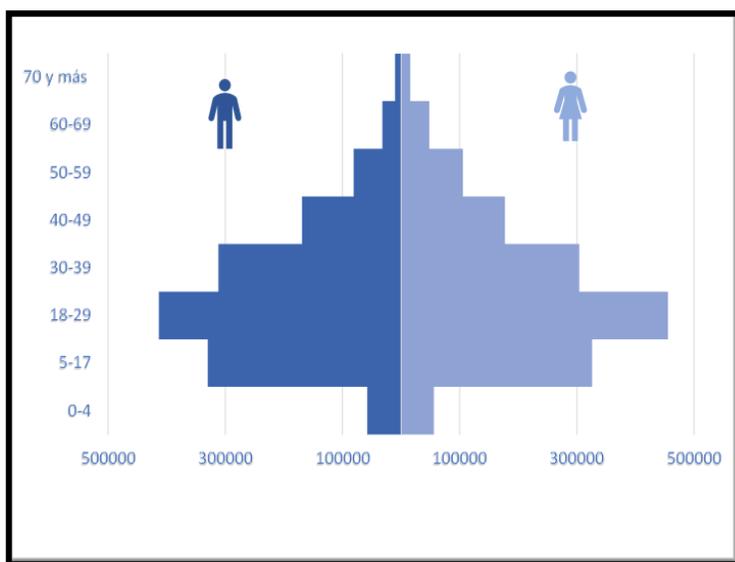
Figura 3. Zonas de mayor concentración por residencia de nacionales venezolanos en Colombia



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Migración Colombia 2022

En términos de género, tanto hombres como mujeres migran en proporciones similares, aunque con una tendencia creciente hacia la feminización de la diáspora, el análisis poblacional (figura 4) permite evidenciar la relación: por cada 100 mujeres nacionales venezolanas en el país se encuentran 94 hombres venezolanos, con un 70 % de población en edad productiva y fértil y una pirámide robusta entre los 18 y 40 años de edad para ambos sexos (72), evidenciando un bonus poblacional, dado que la relación de población entre los 15 y 29 años, presenta un índice de juventud de 38 años (72). Es así como su participación en la fuerza laboral bien direccionada ayuda a impulsar el crecimiento económico, aumentar la productividad y fortalecer la competitividad del país (figura 4). Si bien esto ha generado desafíos en términos económicos, sociales y políticos, también es una oportunidad interesante de desarrollo económico.

Figura 4. Pirámide poblacional nacionales venezolanos en Colombia



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Migración Colombia 2022

En cuanto a educación, existe una variabilidad considerable, desde migrantes con niveles educativos bajos hasta profesionales altamente capacitados, esto ha tenido un impacto significativo en la economía y el mercado laboral, ya que muchos migrantes han contribuido al crecimiento económico a través de la creación de pequeñas empresas, la incorporación en el sector laboral formal e informal, lo que se evidencia en la participación en diversos sectores productivos, como construcción, comercio y servicios (73). Sin embargo, también se han presentado desafíos en términos de competencia laboral y saturación de ciertos sectores, lo que ha generado tensiones en el mercado laboral, con mucha mayor fuerza en el mercado laboral informal.

En la Encuesta Pulso de la Migración 2021 del DANE (EPM DANE), a la pregunta ¿cuál es el título o diploma de mayor nivel educativo que usted ha recibido?, el 52.8% respondieron ser bachiller, el 9.9% ser técnicos o tecnólogos y 8% tienen una carrera profesional (74), lo cual evidencia un porcentaje importante de población cualificada.

En la revisión realizada por la misma entidad en el año 2023, se evidencia como la tercera razón para migrar son las mejores condiciones de acceso a la educación; superada por el acceso a mejores oportunidades laborales (74), siendo algo razonable, dado que históricamente las personas migran con la expectativa de mejorar sus condiciones de vida. Sin embargo, el acceso al trabajo digno en Colombia para los extranjeros presenta tres barreras fundamentales, evidenciadas por la EPM DANE 2023, que resalta primero la falta de documentación, seguido por la xenofobia o incluso la baja remuneración como principales obstáculos para encontrar trabajo en el país, siendo las personas jóvenes las que más dificultades presentan (74).

En cuanto a la incorporación laboral y según datos del informe: “Inclusión laboral de migrantes una apuesta del sector privado”, realizado por la ANDI y publicado en 2023 se indica que, “la ocupación de los migrantes venezolanos en los diferentes sectores de la economía colombiana, resalta su participación el sector comercio, hoteles y restaurantes, es decir en trabajos de servicio al cliente (49,1 %”, seguida por sectores de actividades artísticas, entretenimiento, industria manufacturera y construcción (73).

El Observatorio del proyecto migración Venezuela con base en la gran encuesta integrada de hogares (GEIH) del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en su informe realizado para 2019, “estimaba que el 70,5 % de los venezolanos era población en edad de trabajar, y un 52,3 % hacía parte de la población económicamente activa”, así mismo indicó que “Los ocupados venezolanos son jóvenes, cerca de la mitad tiene entre 18 y 29 años, 30,6 % está entre 30 y 39 años, y un 16,1 % entre los 40 y 59 años” (75).

En este punto es importante resaltar que, en gran medida la población migrante llega en condiciones de desigualdad y exclusión y que estas condiciones se acentúan, al compararlas con las comunidades de acogida, “esto se puede evidenciar en el nivel de ingresos entre un hogar venezolano que sobrevive al mes con \$455.000 per cápita y uno colombiano que cuenta con \$767.000, lo que muestra una brecha del 40.6%” (73); según datos estimados para el 2019 por el (GEIH). Lo anterior evidencia que uno de los principales desafíos de la población migrante es el acceso al empleo formal, ya que muchos son forzados a trabajar en el sector informal, donde enfrentan bajos salarios y condiciones laborales precarias.

La vulnerabilidad también se ve marcada por la dificultad de acceder a servicios básicos como salud, educación y vivienda digna, entre otros, aunado a las tensiones que se han generado y en algunos casos a los procesos de discriminación que enfrentan por parte de la población local, dados los estereotipos y prejuicios que dificultan la integración de los migrantes con las comunidades de acogida.

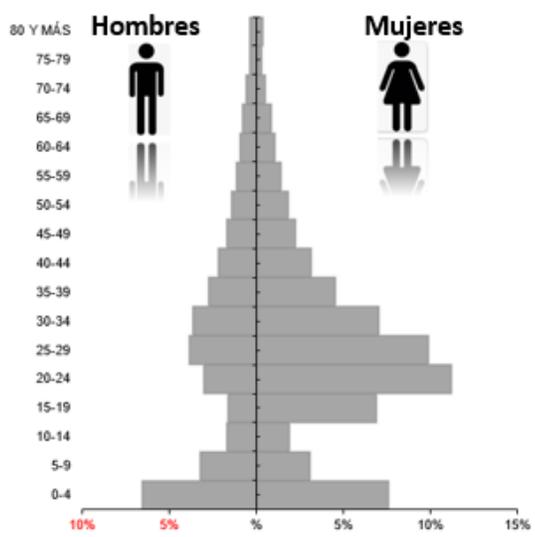
En atención a lo referido anteriormente la EPM DANE 2023, señala que el 39,1% comparten la habitación para dormir con 2 o más personas, que el 38,1 % en promedio consumen menos de 2 comidas al día, que el 14,5% convive con menores no escolarizados, sobre este último punto refiere como principales motivos que no cuentan con la documentación para matricularse o que no consiguieron cupo (74), lo que evidencia un grupo significativo de población en condiciones de vulnerabilidad.

La ubicación geográfica puede ser un factor limitante para acceder a servicios básicos incluidos los de salud, especialmente porque muchos migrantes deben seleccionar las áreas periféricas donde la infraestructura es limitada, o deficiente, lo que puede complejizarse por el desconocimiento del funcionamiento cada uno de los sectores, por ejemplo, al no estar familiarizados con el sistema de salud de Colombia, se dificulta su capacidad para buscar atención médica cuando la necesitan, ejemplos como los de Villa Caracas en Barranquilla, Rincón del lago en Soacha, las zonas altas de las localidades del sur oriente de Bogotá; por citar algunos ejemplos.

Según el Análisis de Situación de Salud de la nación emitido el año 2022, la población migrante atendida en el sistema de salud se encuentra en el grupo de edad de 20 a 29

años, siendo las mujeres quienes aportan la mayor proporción de atenciones con un 63.85%; también se observa una base de la pirámide robusta (figura 5) lo que indica que los menores de 4 años representan un porcentaje importante dentro de las consultas (76).

Figura 5. Pirámide Poblacional de Población Extranjera atendida según sexo y grupo de edad. Colombia 2021



Fuente: Imagen tomada de documento ASIS 2022.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>.

En cuanto al tipo de atención en salud al cual accedió la población migrante, se puede observar que del año 2018 al 2021 el número total de atenciones aumentó 2,5 veces pasando de 655.664 en el 2018 a 1.564.390 en el año 2021. En cuanto a los nacimientos de madres de procedencia venezolana para el periodo evaluado, fue el año 2020 donde se presentó el mayor número de nacimientos con un total de 31.504 en todo el territorio nacional, los años 2019 y 2021 se comportan de forma similar. El acceso al servicio de atención la consulta externa aporta el 35,44% (n=1.740.092), seguido de procedimientos con el 30,85% (n=1.514.631) (77).

Tabla 3. Tipo de Atenciones realizadas a población extranjera, Departamento de Colombia 2018-2021

COLOMBIA	Tipo de atención	AÑO					
		2018	2019	2020	2021	2018 a 2021	% 2018-2021
	Consulta Externa	231.141	519.802	421.168	567.981	1.740.092	35,44
	Servicios de urgencias	55.873	106.750	74.595	81.277	318.495	6,49
	Hospitalización	37.746	81.131	74.202	91.996	285.075	5,81
	Procedimientos	210.005	425.698	353.705	525.223	1.514.631	30,85
	Medicamentos	110.575	321.656	252.531	269.416	954.178	19,43
	Nacimientos	10.324	27.162	31.504	28.497	97.487	1,99
	Total	655.664	1.482.199	1.207.705	1.564.390	4.909.958	100

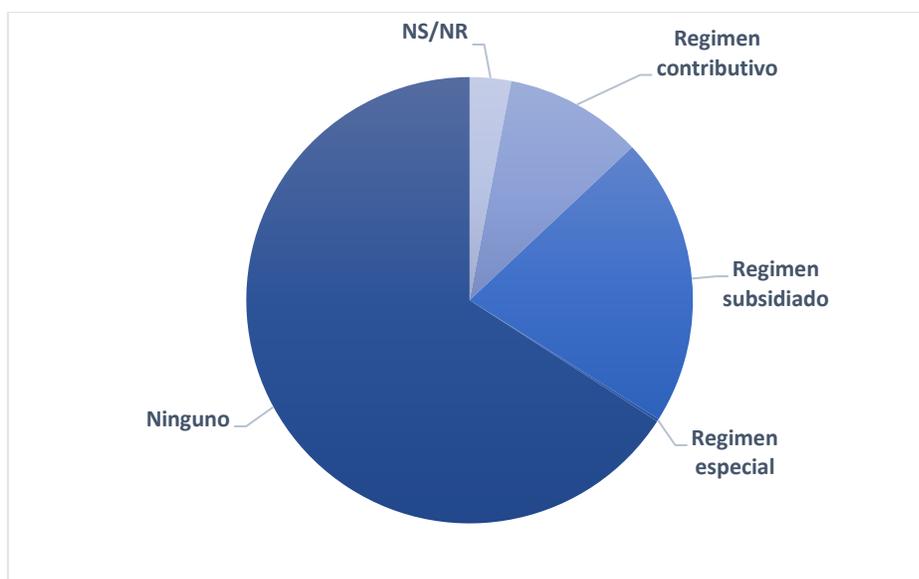
Fuente: elaboración propia en base a los datos emitidos en el ASIS nacional años 2019 a 2022

En cuanto al régimen de afiliación para los años evaluados según los ASIS nacionales, para el año 2018 el 49.28% de la población atendida no se encontraba afiliada al sistema general de salud, el 17,6% correspondía al régimen contributivo y el 11,72% de las atenciones fueron de forma particular. En contraste para el año 2021 el 38,2% de la población atendida se encontraba en el régimen vinculado, 24,8% en el régimen contributivo y el 10% en el régimen subsidiado. Se espera que las cifras del año 2022 evidencien el proceso de regularización que lleva a cabo el país el cual pretende que los venezolanos nacionalizados accedan al sistema general de salud (77), el año 2017 no está contemplado en este análisis en particular, por el cambio en la forma de reportar los datos en ASIS Colombia 2018, que difiere al de los años siguientes.

En el año 2020 la situación de aseguramiento de los nacionales venezolanos fue una de los elementos indagados por la encuesta de Calidad de Vida e Integración de los Migrantes Venezolanos en Colombia, la cual reflejaba que “El 66,1 % de los migrantes

venezolanos no está afiliado a ningún régimen y entre las principales razones de esta desafiliación se destacan la falta de documentos (64,4 %), el no tener la encuesta Sisbén (11,3 %) y el desconocimiento sobre cómo afiliarse (5,2 %)” (75). Es importante destacar que, aunque para ese año había una porción importante de población regularizada, las barreras en las diferentes entidades territoriales eran un factor determinante para que la población pudiera realizar los trámites para acceder al régimen subsidiado (figura 6).

Figura 6. Estado de afiliación a salud nacionales venezolanos en Colombia 2020

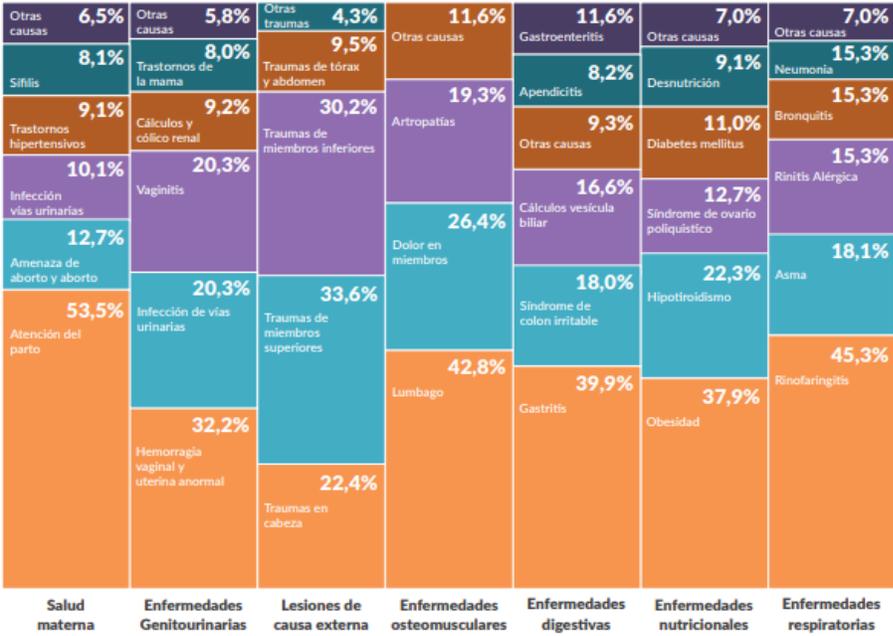


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Observatorio del Proyecto Migración Venezuela – Encuesta de Calidad de Vida e Integración de los Migrantes Venezolanos en Colombia, diciembre de 2020.
*Coeficiente de variación superior al 20 %.

Respecto al acceso a salud de las mujeres migrantes, según datos publicados por el Observatorio Nacional de Migración y Salud -ONMS en el año 2022, indica que, en el año 2021 del total de mujeres migrantes procedentes de Venezuela, 71,5% corresponden a mujeres migrantes en edad fértil (13 a 49 años); el uso de los servicios de salud aumentó del año 2019 a 2021 en un 11,6%, así mismo se encuentra que el distrito de Bogotá es

el que más registra atenciones con un 20,7%. “Los servicios por los que más consultan las mujeres migrantes venezolanas son los servicios de salud materna con un 38%, enfermedades genitourinarias con 18,9%, lesiones de causa externa 7,7%, enfermedades del sistema osteomuscular y de tejido conjuntivo 6,5%, enfermedades digestivas 5,9%, enfermedades nutricionales 5,0%, enfermedades respiratorias 4,9% y el 13,1% restante que agrupa otras causas (4).

Figura 7. Demanda de servicios de salud en mujeres migrantes procedentes de Venezuela en edad fértil, 2021. Colombia



Fuente: Boletín 4 acceso a salud de las mujeres migrantes en edad fértil. Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS- Circular 029, consultado en la bodega de datos del SISPRO en mayo de 2022.

En la figura anterior (figura 7) se observa como la atención del parto tiene la mayor proporción de consultas con el 53,5%, seguido de hemorragia vaginal y uterina anormal con el 32,2%. Frente a lo anterior se encuentra que, según lo reportado por RUAF ND durante los años 2019-2021 del total de nacimientos atendidos en mujeres de

nacionalidad venezolana, según el tipo de procedimiento el 61,9 % fueron partos y el 38,1 % corresponden a cesáreas (4).

De igual forma, un informe publicado por Profamilia (81) indica el incremento en el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva de la población migrante joven, incluida la atención y acceso a tratamiento antirretroviral para VIH, donde la mortalidad por esta causa pasó de 20 casos en el 2017 a 82 casos en el 2018. En cuanto al acceso al aborto, para el 2017 tres de cada cuatro abortos realizados en Profamilia fueron en venezolanas. Otro aspecto importante tratado en el estudio indica que, la proporción de las necesidades insatisfechas en métodos anticonceptivos fue del 11% en Venezuela frente a un 6,7% en Colombia.

El estado colombiano no ha sido ajeno a estas dificultades y ha establecido una serie de medidas que permiten dar respuesta ante la crisis generada, es así como se han dado diferentes procesos para facilitar la regularización, y se han tomado medidas administrativas con el apoyo de la intervención de la cooperación internacional para facilitar el acceso a diferentes servicios básicos, que varían entre las distintas entidades territoriales.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (78) en su informe “Migración en Colombia y respuestas de Política Pública” realiza una descripción del desarrollo normativo y las acciones del estado para los procesos de regularización. En 2016, según datos de migración Colombia “50,000 venezolanos cruzaban diariamente la frontera” hacia el país, en su mayoría de manera temporal, buscaban medicamentos y

alimentos para retornar el mismo día, por lo que se diseñó a implementación de la “Tarjeta de Movilidad Fronteriza” en agosto de 2016 buscó identificar a esta población (79).

En 2017, se crearon los “permisos especiales de permanencia” PEP; esto permitió su identificación en el país, trabajo legal, acceso a servicios sociales y participación en programas de subsidios. Aunque inicialmente otorgado por 90 días, prorrogables hasta por 2 años, este permiso no contribuía al tiempo necesario para solicitar una visa de residencia. En 2017, 698,000 venezolanos ingresaron regularmente, 69,000 obtuvieron el Permiso Especial de Permanencia, y se estimó que 374,000 permanecían irregularmente. “estuvo disponible entre 2017 y 2021 para población venezolana que hubiera ingresado a Colombia de forma regular por un puesto de control fronterizo autorizado y que, en su última actualización, estuviera en Colombia antes del 31 de agosto de 2020. Además, se implementó un programa de regularización masiva en 2018, que ofreció un Permiso Especial de Permanencia a migrantes irregulares en Colombia ” (78).

En este punto es importante resaltar que gracias al decreto 064 el 2020 se estableció que la población migrante que hubiera realizado el proceso de regularización, podrían ingresar a los listados censales que los ubicaba como población de especial protección con el fin les permitiera acceder al régimen subsidiado sin necesidad de tener escuelas encuestas SISBEN (80); y la población no regularizada sólo podía acceder a la atención inicial de urgencias, tal como lo defina la ley 100 en su artículo 168 y lo ratifica la ley estatutaria de 2017.

Al momento de realizar esta investigación el país contaba con un nuevo modelo para la regularización de los nacionales venezolanos con vocación de permanencia en el país, denominado permiso de protección personal PPT creado a través de la resolución 1778 en agosto de 2021 y con la entrada en vigencia en el año 2022, y por lo tanto sin incidencia en nuestro periodo de estudio.

El análisis anterior se complementa con la descripción de los indicadores de morbilidad materna en migrantes venezolanas, los cuales se desarrollan en el siguiente objetivo.

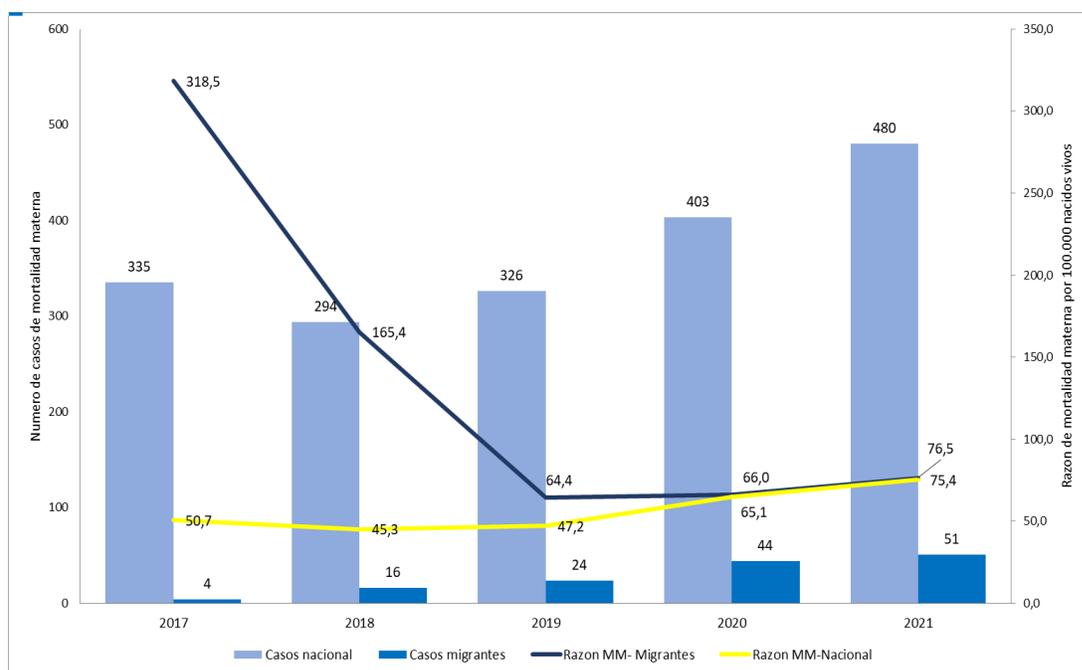
9.2 Describir el comportamiento específico de los indicadores de morbilidad materna de población migrante en Colombia para periodo entre 2017 y 2021.

A fin de identificar las principales variables relacionadas con el análisis descriptivo, se realiza comparación en la tendencia de la razón de mortalidad materna nacional y la presentada en población migrante (figura 8). La razón de muerte más alta en población migrante se registra para el año 2018, dado en parte por el número de nacimientos en mujeres migrantes bajo para ese año.

De acuerdo al número de casos es importante indicar que pasaron de 4 en el 2017 a 51 muertes maternas en mujeres migrantes en el año 2021, la razón de mortalidad materna disminuyó significativamente dado el número de nacimientos que para el año 2021 registro 61.118 y para el año 2017 1.256 nacimientos, de acuerdo a la información publicada por el DANE, esto se relaciona directamente con la información reportada por

el Ministerio de Salud y Protección Social, respecto al aumento en el uso de los servicios de maternidad por parte de las mujeres migrantes a partir del año 2020.

Figura 8. Razón de mortalidad materna, comparativo Colombia- población migrante 2017-2021



Fuente. Elaboración propia a partir de datos Sivigila, Estadísticas vitales, ASIS-MSPS, Migración Colombia 2017-2021

Análisis de las principales variables sociales y demográficas

En la tabla adjunta (tabla 4) se presenta una descripción de la mortalidad materna, comparando el dato nacional con los casos presentados en mujeres migrantes en el periodo comprendido en los años 2017 a 2021, presentando las principales variables sociales y demográficas. En el análisis en migrantes, del total de muertes que ocurrieron en el grupo de mujeres indígenas, el 76% se presentó en el área rural, donde hay una menor oferta de servicios de salud; según los grupos de edad la proporción más alta fue

en las edades de 20 a 34 años (53,5%); no obstante, un 20,1% de las muertes ocurren en menores de 19 años (17,6% entre 15-19 años y 2,4% en menores de 14 años).

Al comparar el dato de migrantes con el nacional en los años analizados, se encontró que, según el área de residencia, la cabecera municipal es superior al 70% tanto en migrantes como en nacional, el rango de edad de 20-34 años es el que presenta porcentajes superiores al 50% para migrantes al igual que el dato nacional. El régimen de afiliación con mayor porcentaje es para el régimen subsidiado en muertes maternas nacionales y en migrantes se presenta mayor porcentaje en no afiliados, lo cual está relacionado con las otras fuentes de información y caracterización de mujeres migrantes donde se indica el bajo acceso a afiliación, dado el porcentaje de migrantes irregulares en esos años.

Según el grupo étnico afectado, la población indígena tanto para nacionales como para migrantes presenta un porcentaje significativo de casos al compararlo con el total de casos para cada año, siendo esta población la que presenta mayor vulnerabilidad, menor acceso a servicios de salud.

Tabla 4. Mortalidad materna- principales variables sociales y demográficas comparativo Colombia, 2017-2021

Variables sociodemográficas	2017				2018				2019				2020				2021			
	Nacional		Migrantes		Nacional		Migrantes		Nacional		Migrantes		Nacional		Migrantes		Nacional		Migrantes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Área geográfica																				
Cabecera municipal	235	70,8	4	80	192	66	11	68,8	219	73,2	17	70,8	266	66	37	84,1	347	72,7	41	74,5
Centro poblado	32	9,6	1	20	25	8,6	2	12,5	21	7	2	8,3	51	12,7	4	9,1	50	10,5	6	10,9
Rural disperso	65	19,6	0	0	74	25,4	3	18,8	59	19,7	5	20,8	86	21,3	3	6,8	80	16,8	4	7,3
Grupos de edad																				
Menores de 14 años	2	0,6	0	0	1	0,3	0	0	1	0,3	0	0	2	0,5	0	0	4	0,8	1	1,8
15-19 años	50	15,1	2	40	43	14,8	3	18,8	46	15,4	6	25	53	13,2	12	27,3	41	8,6	5	9,1

20-34 años	202	60,8	3	60	184	63,2	10	62,5	177	59,2	13	54,2	254	63	28	63,6	315	66	40	72,7
35 o más	78	23,5	0	0	63	21,6	3	18,8	75	25,1	5	20,8	94	23,3	4	9,1	117	24,5	5	9,1
Sin información																				
Seguridad social																				
Contributivo	97	29,2	0	0	76	26,1	0	0	63	21,1	0	0	87	21,6	2	4,5	139	29,1	4	7,3
Subsidiado	214	64,5	2	40	175	60,1	3	18,8	204	68,2	1	4,2	265	65,8	5	11,4	274	57,4	3	5,5
Excepción	4	1,2	0	0	4	1,4	0	0	2	0,7	0	0	2	0,5	0	0	9	1,9	0	0
Especial	0	0	0	0	3	1	0	0	3	1	0	0	6	1,5	0	0	0	0	0	0
No asegurado	17	5,1	3	60	33	11,3	13	81,3	27	9	23	95,8	47	11,7	37	84,1	55	11,5	44	80
Sin información	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,7		0				
Nivel educativo																				
Preescolar y primaria	19	5,7	0	0	4	1,4	0													
Secundaria	76	22,9	1	20	11	3,8	2													
Superior	137	41,3	2	40	33	11,3	0													
Ninguno	31	9,3	0	0	5	1,7	0													
Sin información	69	20,8	2	40	12	4,1	1													
En blanco					226	77,7	13													
Pertenencia étnica																				
indígena	1	0,3	1	20	50	17,2	5	31,3	47	15,7	8	33,3	59	14,6	5	11,4	47	9,9	4	7,3
Rom gitano	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,3	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0
Raizal	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,7	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0
Negro, mulato afrocolombiano	0	0	0	0	17	5,8	1	6,3	20	6,7	0	0	24	6	0	0	28	5,9	0	0
Otro	4	1,2	4	80	224	77	10	62,5	229	76,6	16	66,7	325	80,6	39	88,6	402	84,3	47	85,5

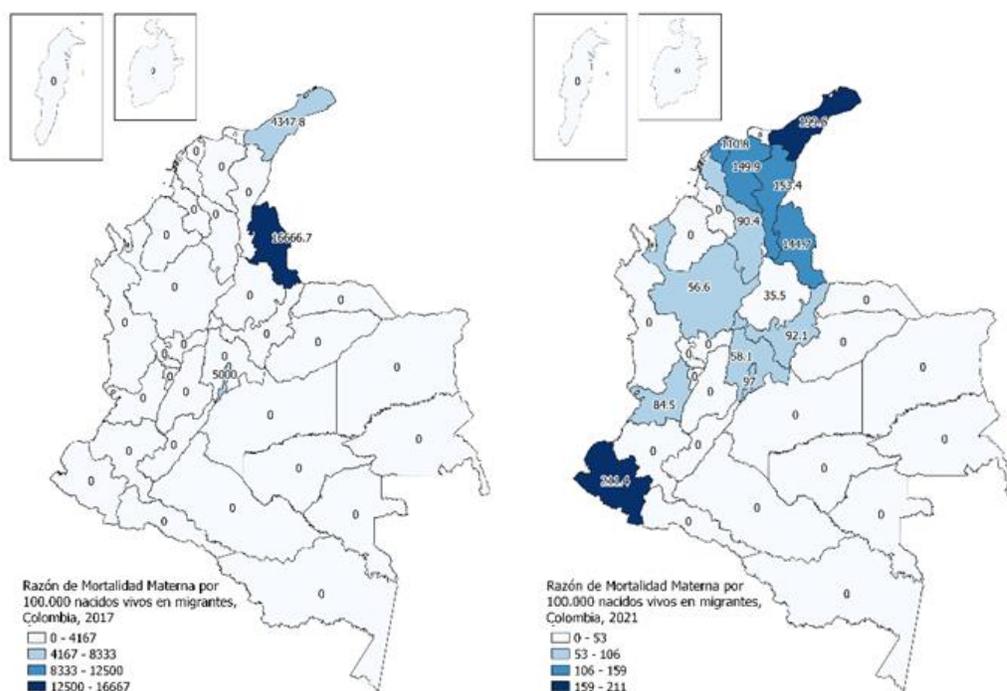
Fuente. Construcción propia a partir de datos de Sivigila, Estadísticas vitales, ASIS-MSPS, Migración Colombia 2017-2021

Respecto al comportamiento de las razones de mortalidad materna en mujeres migrantes al comparar los años 2017-2021 según el departamento de residencia se identifica un aumento significativo para el último año evaluado; donde las razones más altas corresponden a los departamentos de La Guajira, Norte de Santander, Barranquilla, Cesar y Nariño (figura 9).

Las razones de mortalidad materna más altas en población migrante se encuentran en la región caribe, mientras que la Amazonia, Chocó y Orinoquia no presentan casos de mortalidad materna en mujeres migrantes; según el número de casos, el distrito de Bogotá es el que presenta más casos para el 2017 con 49, seguido de Antioquia con 42, La Guajira con 35, Cundinamarca y Córdoba con 24 cada uno.

A pesar de que el distrito de Bogotá es el que más presenta muertes maternas, la razón de mortalidad materna es de 61,4; a diferencia de La Guajira donde el riesgo obstétrico es mayor, ya que es más del doble con 132,8 casos y un total de 35 muertes maternas.

Figura 9. Mapa comparativo de la razón de mortalidad materna por entidad territorial en población migrante en Colombia, años 2017-2021

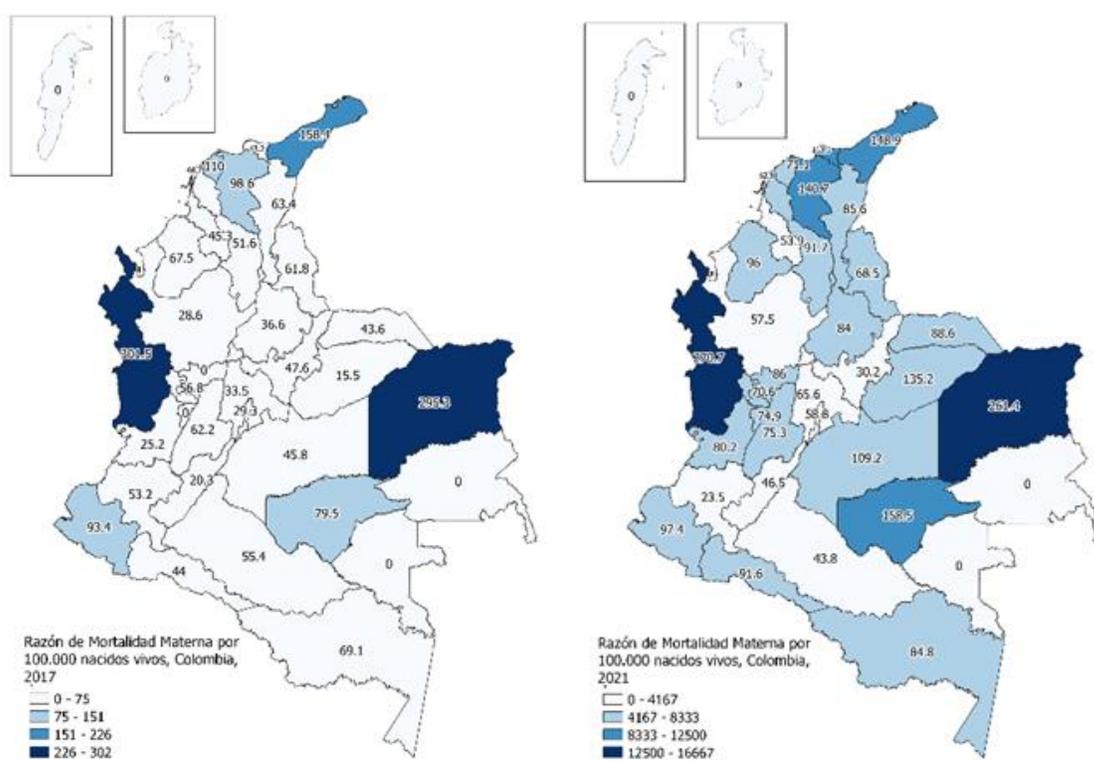


Fuente. Construcción propia a partir de datos de Sivigila, Estadísticas vitales, ASIS-MSPS, Migración Colombia 2017-2021

En Colombia la razón de mortalidad materna muestra un comportamiento hacia el aumento para el año 2021; las razones más altas para el año 2021 se ubican en los departamentos de Vichada, Chocó, La Guajira, Magdalena y Guaviare. Al relacionar la geografía de las muertes en migrantes con el dato nacional (figura 10), siguen siendo los

departamentos de la región caribe los que presentan riesgo obstetricia alto. También se identifica como el país muestra mayor riesgo que la mujer fallezca en el periodo de gestación y posparto en los departamentos de la periferia, específicamente en el Vichada y Chocó, seguido de La Guajira y Córdoba.

Figura 10. Mapa comparativo de la razón de mortalidad materna por entidad territorial en Colombia, años 2017-2021



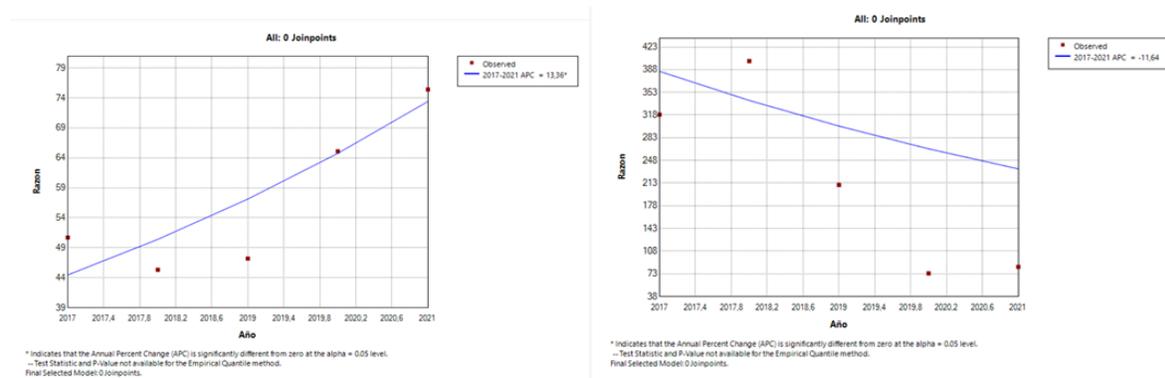
Fuente. Construcción propia a partir de datos de Sivigila, Estadísticas vitales, ASIS-MSPS, Migración Colombia 2017-2021

Como parte del análisis del comportamiento de la tendencia de la razón de mortalidad materna comparada para Colombia y población migrante. Se realiza “modelamiento mediante análisis de regresión de puntos de inflexión (Joinpoint), lo cual “muestra un aumento estadísticamente significativo, en el porcentaje de cambio anual (PCA) de la

tendencia de la razón de mortalidad materna” nacional” (10), en el periodo 2017- 2021 (figura 11). A diferencia de la situación que se presenta en la tendencia de la razón de mortalidad materna en población migrante, donde el PCA para el periodo 2017 a 2021 disminuye, pero no es estadísticamente significativo. Lo cual se relaciona con el aumento en el número de nacimientos de la población migrante, la regularización que permite el acceso a servicios de salud que, aunque no cubre la totalidad de mujeres migrantes, el porcentaje de acceso indica disminución de brechas.

Así mismo, realizar la diferenciación de la tendencia de la razón de mortalidad materna entre el dato nacional y en migrantes, muestra que, para Colombia en el periodo evaluado el darse desde el análisis de otras variables que permitan apreciar mas detalladamente el aumento en razón de mortalidad materna para este periodo. A su vez valida la importancia del análisis de la morbilidad materna en población migrante, dadas las diferencias significativas en los datos epidemiológicos.

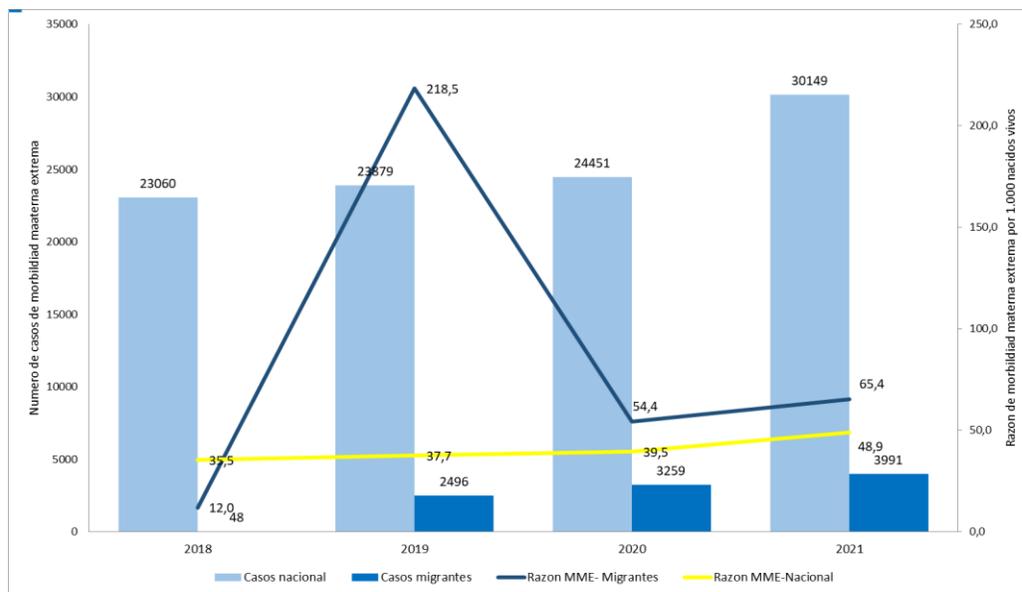
Figura 11. Razones de mortalidad materna comparativo nacional-migrantes, con variación porcentual anual estimado a partir de modelos de regresión Joinpoint, Colombia, 2017-2021



Fuente. Construcción propia a partir de bases de datos Sivigila - RUIAF ND 2017-2021

Relacionado con el análisis de los datos de la vigilancia de la mortalidad materna, se complementaron con algunas variables de los casos de morbilidad materna extrema en población migrante para el mismo periodo. En el análisis de los datos de morbilidad materna extrema, no se encontraron registros de casos de migrantes para el año 2017, por lo que el periodo analizado es del año 2018 a 2021. Como se mencionó en el marco teórico, la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema busca identificar las mujeres que están a punto de fallecer y prevenir su muerte; es así como en Colombia y en población migrante el número de casos para el año 2021 aumenta. En cuanto a la razón de morbilidad materna extrema, se observa superior para la población migrante con 65,4 casos para el 2017 y un pico de 218,5 casos por 1.000 nacidos vivos en el año 2019. Si se comparan estos datos, con lo presentado en la tendencia de la razón de mortalidad materna, se observa un comportamiento similar en la población migrante, lo cual podría estar relacionado con el aumento en el número de nacimientos y el acceso a servicios de maternidad de esta población (figura 12).

Figura 12. Razón de morbilidad materna extrema, comparativo Colombia- población migrante 2018-2021



Fuente. Construcción propia a partir de datos de Sivigila, Estadísticas vitales, ASIS-MSPS, Migración Colombia 2017-2021

A continuación se analizan las principales variables sociales y demográficas de los casos de morbilidad materna extrema en población migrante (tabla 5); respecto al área geográfica se observa que el mayor número de casos se ubica en la cabecera municipal al igual que para la mortalidad materna, así mismo las edades en las que se presentan estos casos, son en mayor proporción en mujeres de 20 a 34 años, donde se presenta el mayor número de casos de muerte materna y la mayor proporción de uso de servicios de salud sexual y reproductiva. Una variable de importancia en el análisis de la morbilidad materna extrema es la afiliación que presentan estas mujeres al sistema de salud, que para todos los años muestra que la falta de afiliación es la que presenta el mayor porcentaje de casos. Respecto a la variable de pertenencia étnica, es la población indígena donde se presenta un número importante de casos, relacionado con el análisis

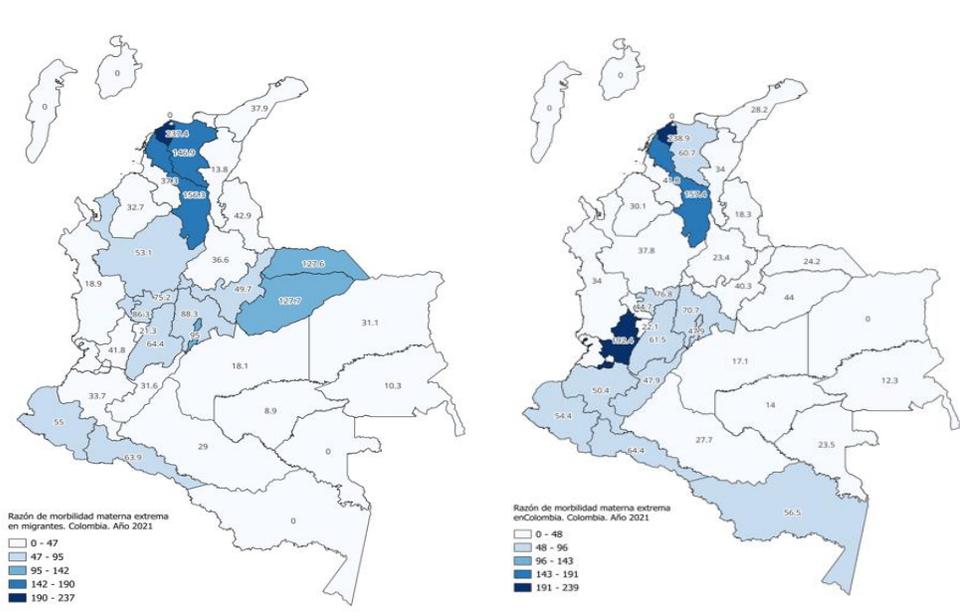
Tabla 5. Principales variables socio demográficas de los casos de morbilidad materna extrema en población migrante años 2018-2021

Periodo de análisis 2018-2021	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Área geográfica								
Cabecera municipal	28	0,3	2188	22,3	2729	27,9	3463	35,4
Centro poblado	14	0,1	231	2,4	385	3,9	320	3,3
Rural disperso	6	0,1	77	0,8	145	1,5	208	2,1
Grupos de edad								
Menores de 14 años	0	0,0	14	0,1	15	0,2	38	0,4
15-19 años	7	0,1	542	5,5	693	7,1	838	8,6
20-34 años	33	0,3	1678	17,1	2179	22,2	2637	26,9
35 o mas	8	0,1	262	2,7	372	3,8	478	4,9
Seguridad social								
Contributivo	6	0,1	186	1,9	243	2,5	256	2,6
Subsidiado	18	0,2	308	3,1	278	2,8	304	3,1
Excepción	0	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,0
Especial	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No asegurado	24	0,2	1973	20,1	2709	27,7	3405	34,8
Pertenencia étnica								
Indígena	2	0,0	25	0,3	29	0,3	78	0,8
Rom gitano	1	0,0	10	0,1	10	0,1	3	0,0
Raizal	0	0,0	2	0,0	5	0,1	1	0,0
Negro, mulato afro colombiano	1	0,0	22	0,2	11	0,1	14	0,1
Otro	44	0,4	2437	24,9	3202	32,7	3893	39,7

Fuente. Construcción propia a partir de datos de Sivigila, Estadísticas vitales, ASIS-MSPS, Migración Colombia 2017-2021

Se realiza mapa comparativo de la razón de morbilidad materna a nivel nacional y en población migrante para el año 2021 (figura 13); de acuerdo al departamento de residencia se observa que para población migrante las razones de morbilidad materna extrema más altas están ubicadas en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Magdalena; siendo las entidades territoriales que presentan el mayor número de casos en su orden; Bogotá, Atlántico, Antioquia y Cundinamarca; la geografía de estos datos varía al compararlo con el mapa de mortalidad materna, aunque en el caso de migrantes persisten los indicadores altos para departamentos de la región caribe y andina (figura 13).

Figura 13. Mapa comparativo de la razón de morbilidad materna extrema en población migrante-nacional por entidad territorial en Colombia, año 2021



Fuente. Construcción propia a partir de datos de Sivigila, Estadísticas vitales, ASIS-MSPS, Migración Colombia 2021

Teniendo en cuenta los datos analizados tomando como fuente en Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública Nacional, se puede indicar de forma general que en Colombia a partir del año 2017 se encuentra registro de los casos de mortalidad materna en migrantes y a partir del 2018 para morbilidad materna extrema. El número de casos de morbimortalidad viene en aumento, así como el número de nacimientos en mujeres migrantes, por lo tanto, el indicador de razón de mortalidad materna, como el de morbilidad materna extrema presentan cifras similares en los últimos años, al comparar el dato nacional con el de migrantes (siendo la tendencia de la razón de mortalidad materna nacional hacia el aumento y la tendencia en migrantes a la disminución en el periodo de 2017-2021).

Las regiones del país donde se presentan las razones de morbimortalidad más altas en esta población están concentradas en la región caribe y andina, siendo el Distrito de Bogotá el que más registra casos, relacionado con la búsqueda de acceso a servicios de salud y la oferta que pueden encontrar las mujeres migrantes en el momento de una complicación obstétrica.

En el análisis de las variables sociales y demográficas, se encuentra que la población más afectada no presenta aseguramiento, la mayor proporción de casos se ubica en edades de 20 a 34 años, siendo esta la que presenta mayor natalidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

Es así como la información presentada, permite tener el contexto de las principales variables sociales y demográficas de estos casos; donde se incluyen los departamentos

y/o área geográfica donde residían, las edades, el aseguramiento en salud, la pertenencia étnica, entre otras características que aportan en el análisis de los determinantes sociales y que permiten contar con un panorama general de la situación en el país, así como elementos para identificar cómo los determinantes sociales afectan la situación en salud analizada.

9.3. Identificar cómo los determinantes sociales de la salud han influido en la morbimortalidad materna en Colombia en el contexto de diáspora venezolana

A fin de conocer el contexto y condiciones en las que se presentan las morbilidades maternas en las mujeres migrantes en Colombia y pretendiendo aportar variables de análisis cualitativo al presentado por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional relacionado en el ítem anterior, el presente estudio incorporó el acercamiento a mujeres migrantes en su periodo de gestación, complicaciones, proceso migratorio y demás determinantes sociales.

De igual forma y dado que en el Sistema de Vigilancia de Mortalidad Materna (antes mencionado) desarrollado por el Instituto Nacional de Salud incluye el desarrollo de las entrevistas, historias clínicas y unidades de análisis de los casos de mortalidad materna; donde no se incluyeron la totalidad de casos de muertes maternas en migrantes en los años analizados, se espera aportar con aspectos relacionados con los determinantes sociales de las mujeres que accedieron al sistema de salud en Colombia y lograron sobrevivir a una complicación obstétrica.

9.3.1 Relatos de la supervivencia de la morbilidad materna extrema en el contexto de la diáspora en Colombia.

A continuación, se da a conocer la historia de cuatro mujeres nacionales venezolanas residentes en Colombia, que, a partir del trabajo realizado en campo en las ciudades de Bogotá, Riohacha, Soacha y el municipio de Madrid, compartieron su vivencia de gestación y morbilidad, aportando datos de interés al análisis de la morbimortalidad materna, desde su contexto de vida. Con el fin de proteger sus identidades, se estableció suplir sus nombres por territorios que les fueran significativos, además para poderlas citar textualmente se establecieron los siguientes códigos:

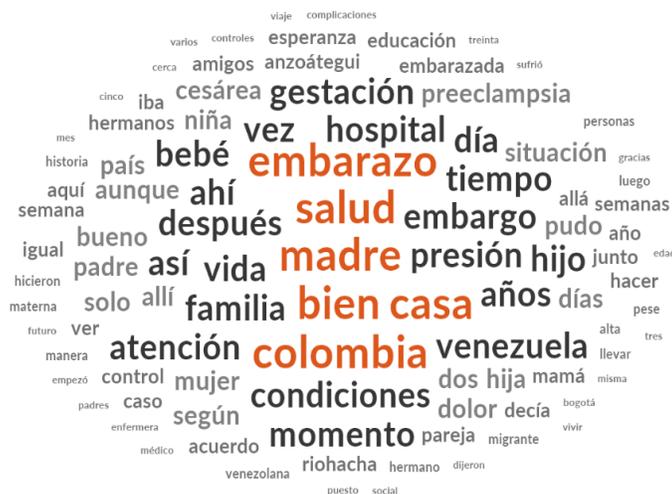
Tabla 6. Lista de códigos entrevistas a casos de morbilidad materna extrema

Región	Nombre	Código
Madrid	Maracaibo	M1
Bogotá	Anzoátegui	A1
Riohacha	Riohacha	R1
Soacha	Portuguesa	P1

Construcción propia

De la transcripción realizada a las sobrevivientes de morbilidad materna y con el apoyo de la herramienta Nvivo 14, se extrajeron las frecuencias más significativas de palabras y surgió la siguiente nube:

Figura 14. Nube de palabras entrevista sobrevivientes de morbilidad materna



Fuente: Elaboración propia a partir del uso de la herramienta Nvivo14.

Se observa cómo las palabras más destacadas son el embarazo, salud, madre, colombiana, bien, casa; a partir del análisis Nvivo14.

9.3.1.1 El relato de Maracaibo

A continuación, se realiza la descripción del perfil del primer caso de morbilidad materna extrema y el perfil general del caso descrito.

Tabla 7. Perfil relato "Maracaibo"

Perfil al momento de ocurrencia de la morbilidad materna	
DDS	Respuesta
Educación	Formación superior sin terminar en Venezuela
Ocupación	Servicio doméstico
Ingresos	Satisface necesidades básicas
Patrón ancestral, étnica	No se autorreconoce con ningún grupo
Posición social	Migrante irregular
Edad	34

Construcción propia

Proceso de migración: “La Travesía”

La historia de MARACAIBO (M1) es un testimonio acerca de las dificultades que enfrentan millones de personas que han tenido que dejar su país, su familia y sus amigos debido a la crisis que atraviesa Venezuela. Ella misma nos contó:

en Venezuela era una persona muy humilde que se dedicó a estudiar, gracias a los valores y a los principios que me dieron mis padres [...] Yo llegué a la universidad, pero solo obtuve el segundo semestre de Administración porque debido a eso el país se puso mal económicamente, y debido a eso yo tuve que emigrar para acá para Colombia. (M1).

Nacida en Maracaibo, Estado de Zulia, proveniente de una familia humilde, trabajadora, amorosa y unida, a sus treinta y cuatro años nos quiso contar su historia.

Sus primeros años transcurrieron con relativa normalidad; no obstante, debido a la creciente escasez de recursos en su hogar, tuvo que ingresar al mercado laboral trabajando en una empresa de ropa y calzado llamada Traki, donde estuvo un buen tiempo hasta que empezó a trabajar para la inmobiliaria de su hermana. La crisis en su país se hizo inminente y millones de personas abandonaron el territorio en grandes olas migratorias; ella, durante años, tuvo el deseo de irse también, pero el lazo que la ataba a su familia y demás seres queridos era muy fuerte para irse sin más.

Pese a la esperanza que tenía de que su país mejoraría, la situación social no dio para más. Tenía que decidirse pronto, finalmente, un amigo suyo radicado en Curillo (Caquetá) la convenció de salir antes que fuera realmente tarde. El viaje tenía tres paradas y la ruta que siguió, según nos comentó, fue la siguiente:

Salí directamente de mi casa, un carro siempre nos busca de mi casa hasta Maicao y de Maicao para acá me vine expreso [...] En Maicao te dejan y de allí yo compro el tiquete para venir. Llegué hasta Bogotá. En Bogotá compré un tiquete hasta el Caquetá. (M1)

Él le consiguió hospedaje y empleo con el propietario de una panadería que le ofrecía el siguiente acuerdo laboral: \$7000 pesos diarios, más hospedaje, más alimentación y, a cambio, ella vendía su fuerza de trabajo. Estas condiciones, aunque precarias, fueron cimientos en la construcción del carácter de la mujer que nos cuenta esta historia.

Proceso de Gestación

Allá en Venezuela, antes de emigrar, conoció a JOTA (quién es colombiano), por Facebook gracias a un amigo en común. Dejaron de comunicarse, pero mantuvieron contacto en redes hasta que, años después, al llegar a Caquetá, MARACAIBO se comunicó nuevamente con él, pues sabía que estaba en Colombia y quería tener más amigos cerca. Después de un tiempo hablando, JOTA le dice que se vaya para Madrid (Cundinamarca), un pueblito cercano a Bogotá donde -según él- encontraría mejores oportunidades. Además, él y su hermana vivían allí y podrían brindarle apoyo hasta que se estableciera.

Luego de un par de semanas en Madrid, MARACAIBO empezó a sentirse mal y decidió hacerse una prueba de embarazo que salió positiva. Invasada por muchas emociones, decide ir al hospital Santa Matilde de Madrid para empezar todos los controles y procedimientos necesarios para llevar a término la gestación sin riesgo para ella o los gemelos. No obstante:

...Allí me negaron los controles, me dijeron que no podía porque yo era venezolana, no tenía documentación, no tenía papeles en regla. Y ahí yo fui a una EPS y me exigían eso, que si yo quería que ellos me atendieran yo tenía que tener, como tal, que pagar una consulta. (M1)

En tanto su situación migratoria no fuera resuelta, le iban a negar cualquier servicio a menos que lo pagara, pues no contaba con EPS ni registro en el SISBÉN.

Desconsolada, quiso retornar a Venezuela, pero la convencieron de ir a la alcaldía para que le brindaran ayuda o alguna asesoría. Sin embargo, recibió otra negativa que detonó en ella una profunda incertidumbre, tristeza e inseguridad. No solo su futuro sino el de sus hijos estaba en riesgo porque no tenía un documento que legitimara su estadía en Colombia. El asesor de alcaldía que le atendió, al verla romper en llanto, le recomendó ir a Funza y exponer su caso; lo que le implicó tomar transporte intermunicipal con un trayecto de 30 minutos en promedio; llegar al Hospital Nuestra Señora de las Mercedes, favoreció su proceso de gestación, pues cuando la enfermera supo que era inmigrante venezolana, le dijo

“¿eres migrante venezolana? Ven, ven”, y de una vez me llevó y le dijo al muchacho: “métemela, por favor. Tómale los datos a ella y la metes en control, ellas tienen que tener su control”. El muchacho metió todos mis documentos, me dijo: “bueno, a partir de mañana tienes, por la organización de migración, un seguro”. (M1)

Ahora bien, ella tenía trabajo, era aseo en una casa de familia, pero no disponía de garantía alguna que le amparase ante algún requerimiento de carácter médico. Debido a esto, continuó sus funciones laborales con la misma intensidad de siempre, hasta que un día, cerca de la semana diez, tuvo un aborto espontáneo de uno de sus gemelos a causa de un esfuerzo físico que le solicitó la señora de la casa: mover los muebles de lugar,

pese a tener un embarazo gemelar. Al intentar moverlos, sintió como salía la sangre de su cuerpo y llamó a su esposo para que la llevara al hospital, ya que la empleadora no le brindó ningún tipo de auxilio.

Complicaciones en la gestación

A pesar de las dificultades, siguió adelante con el bebé que continuaba gestando.

Quando yo fui como decir al octavo control que era ya mi último control, porque yo tenía ...cuando yo fui a mi último control yo tenía treinta y ocho semanas de embarazo. Me ve la ginecóloga y me toma la presión; cuando ya me toma la presión me dice que mi presión arterial estaba muy alta, salía 140-85. (p. 5). (M1)

Sin embargo, la recomendación de la ginecóloga fue que esperara a la semana treinta y nueve para ver si mejoraba la presión arterial y, si no era el caso, realizarle una cesárea. Ella atendió las indicaciones, pero diariamente iba a la farmacia a que la revisaran y tener un control regular de esto para no empeorar. La presión siguió subiendo hasta que tuvo que ir al hospital en la semana treinta y nueve.

Yo iba a una droguería para que me tomaran las presiones durante ese tiempo hasta las treinta y nueve semanas... igualito, me salían, eh... 145-90, eh... 150-100, me salían muy altas. Mi esposo tiene una amiga que ella es enfermera y cuando ella me vio me dice: "tú tienes treinta y nueve semanas de gestación. Tú tienes que ir al hospital y por lo menos di que tienes dolor y que tienes contracciones para que ellos te puedan atender, porque tienes una hipertensión y estás embarazada y puede ser muy peligroso". (M1)

Proceso de Hospitalización

Inicialmente no querían ingresarla sin acatar todo el protocolo, pero finalmente la ingresaron por *preeclampsia* y la medicaron para controlar la tensión arterial, ya que los

recursos de cooperación cubrían los controles, el parto se considera urgencia vital y es cubierto por el Estado, por lo que es necesario realizar ciertos trámites administrativos.

Al segundo día por la mañana fui al hospital de Funza, mi esposo me llevó hasta allá. Al principio, pusieron muchos protocolos para atenderme: que tenía que llevar un recibo de luz, de gas, de casa de... en ese momento, que yo tenía las presiones altas hasta que llegó un muchacho y me “dijo tú eres migrante, ¿verdad?” Y yo le dije “sí”, y le dijo al otro: “no, atiéndela. lo de ella es urgente, tiene las presiones arteriales altas”. (M1)

Es ingresada y atendida, en donde le empiezan a indagar y revisar si se encuentran signos de alarma, y al ver sus mediciones tensionales, le dicen que tiene preeclampsia y recibe medicamentos de manejo y se sigue complicando su situación de salud.

Cuando me atiende la doctora que me atendió, me tomó tres veces las presiones arteriales y salían 190... 190-120, o sea, la alta altísima y la baja super alta. Llegó una doctora. Me pusieron en una camilla. Yo me acuerdo que ese día me quitaron todas las ropas, me pusieron... me dieron un losartán, me lo pusieron por las vías intravenosa. No. Nada. En vez de bajar las presiones, subían. Ella me decía: “mamá será que usted está... -me decía ella- nerviosa?” Y yo en realidad no estaba nerviosa, nada. No. “Ella tiene una preeclampsia. ¿Pero te duele la cabeza?” No. yo le decía... yo... “a mí no me duele la cabeza”, pero no. Me miraban a ver si yo me hinchaba y nada, pero ella decía que era una preeclampsia que me estaba dando. (M1)

Con las complicaciones que MARACAIBO refiere fue necesario su traslado de inmediato al Hospital Regional San Rafael de Facatativá, para recibir una atención más especializada y poder darle manejo a la cesárea.

La doctora muy buena, llama a mi esposo y le dice que firme el consentimiento y me van a trasladar a Faca en una ambulancia porque en realidad yo tenía una preeclampsia y nos podíamos quedar o las dos o podía morir alguna de las dos [...] En ese momento puedo decir que me atendieron bien; mientras estuvo esa doctora con el enfermero de la ambulancia, me atendieron bien, después que se fueron ellos ahí me dejaron en esa sala, me dejaron como botada... La enfermera me decía era “mamá, te tienes que esperar porque hay cuatro cesáreas, contigo son cinco” (M1)

Pero allá dilataron el momento de realización de la cesárea y son horas que se hacen eternas y que dan mucho que pensar, hasta que el camillero y el doctor encargado del procedimiento tuvo que apelar por ella.

Bueno, yo ahí bien... encomendándome a Dios. Yo decía: "bueno, Diosito. Si es tu voluntad, pero yo ya he llegado ya hasta aquí, hasta lo último y bueno, en tus manos te dejo a mi hija y quedo yo". Cuando son las 3 de la tarde me sacaron la sangre, me hicieron unos exámenes, como decir, de glóbulos rojos y glóbulos blancos a ver cómo los tenía, las plaquetas, todo. (M1)

Ellos metían y metían a pacientes a hacerles cesárea, hasta que a las cinco de la tarde llegó al camillero y le dice... yo escucho cuando le dice a la enfermera que "dónde está la paciente migrante venezolana que trajeron desde las ocho y no se la han pasado a ellos allá, que ella trae una preeclampsia", y dice la enfermera: "pero ella llegó de número cinco". Y el camillero se fue. Cuando el camillero se fue viene el doctor, este... le dice a la enfermera que por qué a mí, desde las ocho de la mañana que me habían llevado, no me habían pasado a quirófano si lo mío era una urgencia; que las demás cesáreas podían esperar, lo mío era una emergencia, y les dijo a ella: "si ese paciente se llega a morir acá, ustedes van a responder a los familiares por ella, porque yo voy a salir y le voy a decir a los pacientes que yo estaba esperando esta paciente desde las ocho de la mañana en mi quirófano y son las cinco de la tarde y no la metió. (M1)

Proceso de Parto (cesárea).

Es trasladada al quirófano donde le practican la cesárea, la bebé nació bien y solo ella requería atención especial debido a que mantenía la presión alta.

Yo vi cuando trajeron un aparato que es como para revivir a las personas, trajeron bolsas de sangre, trajeron esos aparatos y me pusieron muchos aparatos de la tensión, de todo... el oxígeno... y cuando él empezó, que dejó que el anestesiólogo me pusiera la raquídea, lo único que dijo fue... bueno, miró al cielo y dijo: "bueno Dios. En tu mano te encomiendo esta persona". Yo tranquila, él empezó ahí a hacer eso. Yo me acuerdo que había dos médicos muy viejitos, ellos cuchitos, ya de pelitos blancos y uno de ellos me dice... me estaba como hablando como para que a mí se me olvidaran las cosas y me dice: "China ¿este esté es tu primer hijo?", y yo le digo "sí, mi primero, mi único y mi último hijo". Y dice: "¿quieres que te operemos?", y dice el otro "no, cómo la vamos a esperar con estas tensiones -ya mis tensiones eran de 280 en adelante-. Vamos a darle más bien rápido, porque con ella tenemos que andar rápido porque es una preeclampsia". Bueno...

Anduvieron rápido, me hicieron una cesárea, la bebé salió bien. Gracias a Dios me sacaron de ahí, me llevaron al cuarto de recuperación, me tuvieron ahí desde las seis de la tarde hasta las doce de la noche. Yo no... yo no... yo en vez de avanzar recuperándome... o sea, retrocedía porque mis tensiones eran demasiado altísimas, era tanto así que la anestesia no me quería pasar. La... las enfermeras llegaban “mamá, ¿ya te pasó la anestesia? Mueve los pies”. (M1)

Complicaciones Posparto

Tuvo varios días de tratamiento y supervisión en la UCI sin mejora significativa alguna, por lo que sufrió depresión posparto y se tuvo que sumar un psiquiatra a su equipo médico. Finalmente, fue dada de alta y regresó a casa con un tratamiento de un mes para regular la presión; no obstante, al concluir la presión volvió a subir rápidamente, por lo que tuvo que ir a consulta. Allí, la ginecóloga le indico:

como yo tuve una preeclampsia, las personas que tienen preeclampsia no se les debe poner implantes porque ella dice que viene de presión arterial muy alta -yo vengo de una presión arterial muy alta-. ¿Qué hace el implante? El implante, a las personas hipertensas, les sube la presión porque traen mucha hormona y no debieron ponértelo”. (M1)

Tras explicarle todo, procedió a retirarle el implante, siendo un gran alivio para la paciente. Actualmente su principal objetivo es cuidar de su bebé y procurar que esté segura, sana y mantenga un desarrollo pleno hasta que decida retomar la vida laboral y tiene la tranquilidad de contar con acceso a la salud para ella y su hija, pese a las limitaciones que hay en Colombia respecto a Venezuela.

9.3.1.2. El relato de Anzoátegui

A continuación, se desarrolla el segundo relato, a partir de la entrevista realizada por el equipo investigador.

Tabla 8. Perfil relato "Anzoátegui"

Perfil al momento de ocurrencia de la morbilidad materna	
DDS	Respuesta
Educación	Bachillerato sin concluir
Ocupación	Ama de casa
Ingresos	Necesidades básicas insatisfechas
Patrón ancestral, étnica	No se autorreconoce con ningún grupo
Posición social	Migrante irregular
Edad	24

Construcción propia

ANZOÁTEGUI es una mujer venezolana de veinticuatro años. Nació en Sotillo, estado de Anzoátegui, donde creció junto a sus padres, su hermana y su hermano hasta los diecinueve años, cuando tuvo que salir del país junto a su madre debido a la escasez de recursos que la crisis trajo consigo. Sin embargo, pese a venir en busca de mejores condiciones, la primera temporada que residieron en Bogotá tuvieron que hacinarse junto a doce personas más en un apartamento de dos habitaciones con un solo baño para todos.

Allí, además, conoció a quien sería el padre de su primer embarazo fallido, un hombre violento y posesivo que siempre encontró razones para maltratarla. No obstante, reunió el valor necesario y le dejó para continuar tranquilamente con su embarazo, sin saber lo que le depararía el futuro. Actualmente, vive con su nueva pareja en el barrio La Playa, cerca del hospital Meissen, y su cuñado. En ellos ha encontrado apoyo y solidaridad,

pues su madre y hermanos siguieron su rumbo a Lima, mientras que su padre se quedó en Venezuela.

Es una mujer agradecida, con un carácter firme debido a los golpes que le ha dado la vida. Es precisamente la fortaleza que ha encontrado en su dolor lo que la motivó a contarnos su historia, pues este es el testimonio de cómo la falta de empatía hacia la comunidad de migrantes venezolanos ha impactado en su vida y en la de muchas otras madres que sufrieron complicaciones durante la gestación y que no contaban con amparo del Estado Colombiano debido a su estatus migratorio.

Así pues, podemos encontrar en su historia, y su percepción sobre la apatía de funcionarios públicos que, en representación de algunas instituciones, desconocieron la realidad que afrontaba en el momento y que conlleva, por un lado, a que le arrebataran a su primogénito -nacido con microcefalia- poco después de un mes de haberlo dado a luz. El ICBF le quitó los derechos sobre su hijo pues, según ellos, ella no lo cuidaba responsablemente, sin tener en cuenta el cuadro de salud que sufría el recién nacido, y entregó la custodia a dos hogares de paso.

Anzoátegui, tras mucho pelear con las entidades, consiguió que le permitieran visitar a su hijo durante un año cada miércoles. Sin embargo, en las primeras citas notó quemaduras en su hijo y se dio cuenta que lo habían estado bañando con azufre al igual que a su ropa, causando las lesiones que pudo encontrar. Ella expuso el caso y consiguió que les quitaran la custodia; no obstante, se la entregaron a otra familia de paso en lugar de dársela a ella. De esta manera, solo pudo ver a su hijo una vez a la semana hasta

que, a un año y un mes de nacido, el pequeño murió. Durante este período, encontró en su actual pareja el apoyo necesario para continuar su camino.

Con su testimonio, quiere hacer un llamado frente al daño que ella y muchas otras mujeres que estuvieron en las mismas condiciones de vulnerabilidad han sufrido. Como bien lo indica

a la final, si uno no tiene EPS es porque algo está pasando; no es porque uno no quiera que... “ay no lo voy a tener”, sino en el sentido que tiene que ser -cómo decirle yo- la misma la misma atención para todos, no porque tú tienes EPS o yo no tenga te voy a echar de menos, porque a la final todos -si vamos a un médico- es porque en realidad estamos mal, porque si estuviéramos bien qué vamos a hacer a un médico. (A1).

Pese a lo anterior, Anzoátegui no está dispuesta a regresar a su país a menos que las condiciones mejoren, pues reconoce que -aunque hay barreras en el acceso a la salud- aquí en Colombia ha encontrado refugio y, gracias a que su estatus migratorio cambió, sus condiciones socioeconómicas igual, quitándole el peso de la incertidumbre que la gravedad de la situación en Venezuela le hizo vivir.

Cuando piensa en su vida en Venezuela antes de que se sintieran los estragos de la crisis socioeconómica, se describe a sí misma como una niña mimada a la que cuidaban mucho sus padres. Siempre la acompañaron a ella y sus hermanos; no le permitían trabajar y estudió hasta que la situación se lo permitió. Pasó toda su vida en Sotillo, donde estudió hasta cuarto de secundaria y tuvo que dejar la escuela para trabajar.

Desde los doce años a los diecisiete sufrió una neuritis interna que limitaba fuertemente su capacidad de resistir grandes emociones ya que alteran su ritmo cardiaco, llevándola a someterse a un tratamiento que consistía en pastillas y medicamentos aplicados por

vía intravenosa durante ese tiempo. No obstante, a diferencia de la atención recibida durante los problemas de salud enfrentados en Colombia,

Allá la salud es gratis y uno va a un centro o algo y ahí atienden a uno, le hacen todo, lo tienen chequeado, pues... ahí un... chequean a uno y bueno. Aquí sí es muy diferente porque si no tienes salud, te pueden atender, pero tienes que pagar a juro porque si no, no te dejan salir. (A1).

Luego de dejar la escuela, trabajó ocasionalmente; sin embargo, no era su mayor pasatiempo pues -debido a los cuidados de sus padres- estar con su familia era lo principal. Y así fue hasta que, hacia el año 2018, cuando tenía diecinueve años, salió de Venezuela con su madre gracias a la ayuda de su hermano -que ya había emigrado- en busca de tranquilidad, de seguridad, de mejores condiciones para ella y su familia; dejó atrás a su padre, a sus amigos, los lugares que marcaron su infancia. Sin embargo, la suerte -al menos para el inicio de su viaje- le tenía otros planes.

La diáspora de su familia y su proceso migratorio

El primero en partir fue su hermano. Se fue de Venezuela con un grupo de amigos. Llegaron a Cúcuta y de allí, a pie, continuaron hasta Bogotá en donde se dispersaron. Él se fue para Perú, mientras que sus amigos se quedaron en Colombia. Ya en su destino, convenció a su hermana y su madre para viajar a su encuentro ya que una amiga suya saldría del país y podrían acompañarse las tres. El viaje fue duro, particularmente para ella pues no resistía mucho los recorridos por tierra. Además, según contó:

Ya cuando llegamos a San Antonio fue duro porque nos tocó por trocha porque no... no... no nos dejaban pasar normal. Ya después de allí sí... pasamos, duramos tres días en Cúcuta esperando que mi hermano nos pasara la plata

porque llegamos el viernes, sábado y domingo en Perú no abrían para enviar la plata, ¿sí? Allí duramos tres días esperando que mi hermano nos mandara la plata porque él estaba en Perú, y ahí como estaba cerrado allá tuvimos que esperar hasta el lunes. (A1)

Sin embargo, él no pudo enviar todo el dinero necesario para que llegaran a Lima, por lo que una vez en Bogotá, fueron acogidas por una hermana de la madre. En casa de su tía hubo roces y tensiones, llevándola a irse a vivir con los amigos de su hermano -entre los que se encontraba su pareja, quien sería el padre del primogénito-. Allí vivieron hacinados en un apartamento de dos habitaciones y un baño: Anzoátegui, su pareja y once personas más. No obstante, tras un tiempo se mudaron a un sitio con mejores condiciones.

Proceso de gestación y acceso a los servicios de salud

Un año después de separarse de su madre, quedó embarazada. A partir de ahí, su relación se rompió completamente pues su pareja -un hombre desempleado, posesivo y violento- cada vez la agredía con mayor frecuencia. Así pues, resolvió separarse de él antes que la situación escalara a algo peor. Teniendo trece semanas de embarazo regresa a vivir con su tía y su madre, y empieza los controles para llevar a término el embarazo en las condiciones óptimas para el bebé. En su primera consulta en el hospital Meissen le hicieron una ecografía y le dijeron que todo estaba en orden.

Fui por urgencias. Porque ahí para que atendieran a uno y que pudieran, según ellos, en ese momento dieran los controles fui por Meissen. Dije que tenía un dolor, un dolor bajito, que estaba embarazada y eso. Me hicieron el eco, todo eso, todos los exámenes. A la final me dijeron “no todo está bien, todo está... todo... todo está perfecto. Tienes tantas semanas”, pero no salía todavía el género del niño. (A1)

En los siguientes seis meses ella intentó acceder a los controles prenatales, pero no le ofrecían nada más que una consulta breve sin derecho a exámenes ya que debido a su estatus no contaba con seguro médico. No obstante, a la semana treinta y siete de gestación le hicieron la segunda ecografía, cuyo resultado conlleva a la hospitalización e inducción del parto. Para ello le administraron pitocin por vía intravenosa y en la madrugada del siguiente día del ingreso estaba dando a luz.

Anzoátegui percibe que la atención recibida antes, durante y después del parto fue, además de negligente, indigna de cualquier persona. A las 5:40 a.m. nació su hijo, luego de horas de ignorarla en medio del dolor y desesperación. Cuando terminó el trabajo de parto, una enfermera le mencionó que su bebé se quedó mucho tiempo “encajado en su pelvis ocasionándole una malformación en la cabeza”. Esto, según le dijo, “sería solo morfológico y no tendría implicaciones en su desarrollo”. Además, le indicaron que tenía que quedarse en observación puesto que era bebe canguro y necesitaban tener una recuperación satisfactoria antes de darle de alta.

A ella la dejaron hospitalizada cinco días -a pesar de sentirse bien- debido a que no tenía dinero para cubrir los costos médicos. En sus propias palabras,

Me dejan a mí porque no tenía seguro, entonces mi mamá dice... en ese momento mi mamá empezó “que no... que no me... no podía quedar así porque en realidad se hacía más grande la cuenta, y ellos me... la mandaron a hablar con trabajo social ahí mismo, en el mismo hospital y eso, y fue que me vieron. (A1).

Finalmente salió de la institución de salud, sabiendo que debería regresar al siguiente día pues su hijo seguía en observación por el diagnóstico de microcefalia. Sólo eso sabía la madre de la salud de su hijo: “que era prematuro y tenía microcefalia”. Nadie le dio

acompañamiento para afrontar la situación, nadie le explicó las posibles causas y consecuencias de la condición del niño. Sin embargo, lo acompañó durante un mes y trece días.

Proceso posparto. Perdida de la custodia y muerte del bebe

Pasado este tiempo le ordenaron llevar al niño a tomar unas medidas antropométricas para determinar su crecimiento y desarrollo. Ella estaba confiada pues le indicaron que era un procedimiento de rutina para neonatos de maternas venezolanas. Sin embargo, no le permitieron llevárselo porque, según ellos, el niño estaba presentando desnutrición, indicando que “era irresponsable con los cuidados de su hijo”. De esta manera, le informaron que se debía ir porque al pequeño lo entregarían al ICBF con la intención de encontrarle una madre sustituta.

En consecuencia, Anzoátegui emprendió una disputa con las entidades que le arrebataron al bebé y consiguió, luego de algunas semanas, que se le permitiera visitarlo una vez cada semana. Gracias a ello pudo ver quemaduras en él, debido a que lo bañaban con azufre e igual su ropa. Al exponer el caso, le quitan la custodia a la madre sustituta y en lugar de entregársela a la madre biológica, encuentran otro hogar para el bebé. Allí, aparentemente, tuvo mejores cuidados; sin embargo, un año y un mes después de nacido, el pequeño muere por un paro cardíaco del que nadie le explicó nada.

Regularización de estatus migratorio y segundo embarazo

Durante este período de tiempo, afortunadamente, Anzoátegui consiguió apoyo en su actual pareja. Él la acompañó durante el proceso de la custodia y le ofreció su vivienda

para resguardarse cuando la situación con su tía se volvió insostenible. Desde entonces pudo regularizarse y, en consecuencia, ingresar al sistema de salud colombiano mediante el SISBEN. En 2022 le hicieron entrega del permiso, al igual que la afiliación a Capital Salud. Claramente, esta mujer ya no era igual de vulnerable que la que sufrió la muerte de su hijo, pero el dolor de ese episodio las cobijaba a ambas de la misma manera.

A finales de 2022 queda embarazada nuevamente, pero esta vez contaba con el derecho a recibir la atención necesaria. La atención recibida en esta ocasión fue considerablemente distinta. En primera, en el momento que se supo del embarazo, solo fue necesario ingresar sus datos para empezar con todos los controles prenatales que necesitaría. Esta vez, con optimismo frente a este embarazo que, aunque no planeado, fue completamente deseado, asistió durante siete semanas a exámenes y chequeos sin barrera alguna. Lamentablemente, el embarazo no se pudo llevar a término. Según explicó,

El doctor me dijo: “[...] Este... al parecer yo veo algo muy... muy raro en su embarazo y esperemos que salga el eco y ya le explico”; y bueno, me hicieron un eco y eso, y él me dijo “no señora Yandra, en el eco le sale que tiene un embarazo retenido. (p. 16).

De inmediato la internaron y le aplicaron, nuevamente pitocin, pero en este caso por vía vaginal para hacer el legrado y expulsar los residuos del aborto, de manera que no se afectara su salud. Fue un procedimiento rápido y solo estuvo hospitalizada un día.

Ahora bien, el aborto retenido posiblemente fue consecuencia de esa dificultad que manifestó tener para concebir, probablemente una *hipoplasia uterina* por lo que contó, ya que tuvo que someterse a un tratamiento de planificación familiar para estimular la

maduración del útero. Aunque sufrió la muerte, no de uno, sino de sus dos hijos, mantiene la esperanza de poder llevar a término algún embarazo en el futuro. Si bien no planea quedar embarazada pronto, no se niega a esa posibilidad y mantiene una perspectiva optimista frente a su futuro y el de su familia.

9.3.1.3 El relato de Guajira

Se continuó con el tercer relato realizado a partir de la entrevista aplicada a la mujer

Tabla 9. Perfil relato "Guajira"

Perfil al momento de ocurrencia de la morbilidad materna	
DDS	Respuesta
Educación	Bachillerato sin concluir
Ocupación	Vendedora informal
Ingresos	Necesidades básicas insatisfechas
Patrón ancestral, étnica	No se autorreconoce con ningún grupo
Posición social	Migrante irregular
Edad	18

Construcción propia

Proceso migratorio: “Marcada por la violencia y la enfermedad”

RIOHACHA es una mujer venezolana de dieciocho años, residente en Riohacha (Guajira). En su casa viven seis personas (ella, sus dos hermanos, su madre, su padrastro y el hijo de él), ocupando una casa en una zona donde solo había cuatro o cinco familias más, con acceso a servicios sanitarios básicos como agua potable y recolección de basuras. Nacida en el seno de una familia de clase media, cuyo padre era un profesor universitario y la madre, una ama de casa. Padece una condición de salud llamada neurofibromatosis desde niña y, aunque en Venezuela sus posibilidades de

acceder a servicios de salud de calidad eran mucho más altas que en Colombia, no pudo vivir una vida tranquila debido a varias circunstancias.

Antes de emigrar, vivía con su madre, su abuela y sus dos hermanos. Sus padres se separaron, pues desde que era niña evidenció el maltrato que sufría su madre por parte del esposo. Lo anterior, posiblemente se refleje en el carácter de la mujer que se puede conocer hoy, junto a muchas otras experiencias dolorosas que ha tenido que sufrir: una mujer tímida, introvertida, con dificultades para interactuar con una persona que apenas está conociendo. Sin embargo, también es una mujer resiliente, llena de esperanza y aspiraciones para su futuro, demostrando que el dolor, aunque es un pesado lastre, no la va a detener.

Cuando RIOHACHA tenía 16 años, su madre tomó la decisión de migrar a Colombia, buscando una mejor oportunidad para ella y sus hijos. Un hermano de su madre les ofreció alojamiento en la capital de la Guajira, donde él vivía. La familia empacó lo poco que podía y así emprendieron un viaje largo y difícil, atravesando la frontera a la vez que iban expuestos a los riesgos de la delincuencia, la extorsión, el abuso y la xenofobia, hasta llegar a Riohacha -donde les esperaba su tío después de varios días, cansados y asustados, pero con la esperanza de encontrar una nueva vida.

...un hermano, que él fue que él dijo vengan, ven que aquí nosotros decidimos venir, por qué el nos dijo que aquí teníamos una buena estabilidad con él, bueno sí este, nos fuimos con él hasta ciertos meses que él se fue para Medellín y nosotros nos quedamos aquí en la Guajira. (R1)

Proceso de gestación y acceso a servicios de salud: “Un embarazo no planeado”

Un tiempo después de establecerse, su tío decide irse para Medellín y ellas se quedaron allí, ya que habían ido adaptándose y resolviendo mejorar sus condiciones poco a poco. Inicialmente vendía tintos en la calle hasta que un amigo suyo le ayudó a conseguir un trabajo como vendedora de deditos de queso, y cuyo sueldo constaba únicamente de la ganancia sobre comisión. De esta manera, su día laboral oscilaba entre \$8000 pesos a \$20000 pesos según el volumen de ventas que hacía al día. Riohacha nunca tuvo intención de usar métodos de planificación familiar puesto que ella deseaba ser madre. Si bien no planeó embarazarse en ese momento de su vida, la noticia se recibió con alegría.

Durante ese tiempo en Colombia, conoció a quien sería el padre de su hija, un joven boliviano de veinticuatro años, celoso y agresivo. Aunque es la mayor de tres hijos, siempre ha recibido mucho cuidado de su madre, independientemente de las condiciones económicas que pudieran atravesar. Gracias a ese amor maternal que pudo recibir, desea -pese a su corta edad- ser madre, razón por la cual prefiere no someterse a ningún método de planificación familiar. Sin embargo, esta decisión la llevó a quedar embarazada junto a un joven violento que, repitiendo la historia de sus padres, la maltrató física y emocionalmente. La situación con él escaló al punto que las complicaciones del período de gestación fueron motivadas por las agresiones que sufrió por parte de su expareja.

nunca estuve en control porque me estaba pidiendo el carnet y nunca lo tenía, y después me mandaron para una institución y yo fui, y me hicieron los trámites, pero al igual que no me querían acceder a aceptarme de mi embarazo. (R1).

Al enterarse que estaba embarazada, se dirigió al hospital donde le negaron la atención debido a que su situación migratoria no estaba resuelta. Así, optó por no solicitar ningún tipo de control prenatal, para evitar el desgaste de discutir con los funcionarios del centro médico. Además, los primeros meses vivía en casa de su madre, por lo que ella era quien velaba porque descansara, se alimentara bien y llevara todos los cuidados necesarios para no tener complicaciones durante la gestación. No obstante, cerca de los cuatro meses, se fue a vivir junto a su pareja, pese a las oposiciones de su madre quien no confiaba del todo en su nuevo yerno.

Proceso de complicación obstétrica: “Una Tragedia Anunciada”

Luego de un tiempo, notó que estaba sufriendo inflamación en las piernas debido, al parecer, a una mala alimentación. Además, reconoció en su hija los rezagos que una relación violenta -como la que ella misma vivió- deja en la mujer. Así pues, resuelve llevarla al Hospital Cooperativo, donde les dicen que tenía casi veinticuatro semanas de embarazo y le indicaron unos cuidados que debía seguir para llevar a término el embarazo sin sufrir nada más. Su madre, nuevamente, se apersonó de ello y la llevó a su casa para estar atenta de todo lo que necesitara su hija. Sin embargo, la joven empaca nuevamente y se va a casa de su pareja.

Este vaivén le permitió a su madre observar que su yerno no daba a su hija las mejores condiciones, puesto que además de descuidar su alimentación y su salud, la maltrataba en repetidas ocasiones. Ella no pudo tolerarlo y se llevó a su hija para su casa, ganando -con eso- el desprecio del joven hacia su nieta, pues él le aseguró que no se aparecería jamás en la vida de ellas, dejándole la responsabilidad a ella. Luego, debido a las

implicaciones que la violencia tuvo en su salud, RIOHACHA perdió el conocimiento en medio de una convulsión y por lo que la tuvieron que llevar a emergencias.

Entonces ella viene, agarra, la meten al quirófano, el doctor le hace la cesárea de emergencia, la niña, le sacaron la niña, la tenía los pulmoncitos, no todavía muy bien madurados, pero la niña la llevaba la doctora cargada con una [inaudible] de oxígeno. Yo me contenté porque la bebé iba bien. (R1).

En el hospital la ingresaron para estabilizar la presión, y al ver que se trataba de una preeclampsia la remitieron a San Juan del Cesar porque, además, no contaban con documentación ni EPS. La llevaron en una ambulancia y llegaron cerca de la medianoche del viernes 03 de marzo, indujeron el parto y la niña nació en la madrugada del 04 de marzo de 2022. A pesar de tener bajo peso (1100 gramos) y los pulmones no estaban del todo desarrollados, la niña parecía bien y eso mismo señalaron los médicos. De inmediato la bajaron a la sala de neonatos del hospital conectada a un tanque de oxígeno.

Riohacha, por su parte, salió del quirófano bajo los efectos de la sedación y fue trasladada a UCI debido a que tenía la presión muy elevada; sin embargo, un día y medio después empezó a mejorar, haciendo que la trasladaran a una habitación. Así, madre e hija estuvieron en observación médica durante varios días, siendo la bebé quien mostraba más signos de recuperación. No obstante, días posteriores la niña sufrió dos paros que afectaron gravemente su salud, desencadenando su muerte en la madrugada del día siguiente. Seis días de vida tuvo la criatura. Seis días en que madre, abuela y personal médico notaron mejoría en su salud. Además, lamentablemente, RIOHACHA y su madre

no recibieron una explicación clara de lo que había pasado, ni tampoco una atención psicológica adecuada.

Proceso de mortalidad neonatal: Una vida después de la muerte

Después de la pérdida de su bebé, RIOHACHA quedó devastada. Su salud se deterioró aún más, y tuvo que iniciar un tratamiento para controlar su presión y evitar que le diera una trombosis. Además, las condiciones de su embarazo y la muerte de su bebe fueron poco claras debido a las barreras que su condición de migrante indocumentada le pusieron adelante, puesto que ni siquiera hubo claridad sobre el tiempo de gestación antes dar a luz, así como mantiene la incertidumbre de si le realizaron o no un pomeroy para prevenir embarazos no planeados en el futuro. Lo anterior, además de incertidumbre, implica un desconocimiento de su voluntad, puesto que siempre ha querido ser madre. De hecho, a la fecha de la entrevista, ella no recordaba haber dado consentimiento de nada, ni que le explicaran nada relativo al procedimiento realizado.

Me preguntaron si fue baja de sedación. El doctor le dijo que sí, pero yo no me acuerdo de nada (R1)...

[ENTREVISTADOR]: ¿Y en la historia clínica qué dice? o ¿no te la entregaron? sale pomeroy. (R1).

En la historia clínica sale el registro de la realización del procedimiento sin su consentimiento.

Actualmente, la única certeza que posee es que su estadía en Colombia solo le recuerda el dolor de haber perdido a su hija, además de mantener vivo el temor sobre su futuro, ya que sus condiciones de vida -aunque han mejorado poco a poco- siguen siendo precarias,

por lo que está decidida a regresar a su país para seguir con sus estudios y hacerse profesional. Además, al no tener garantías para su salud, teme que sus aspiraciones se vean frustradas si permanece en Colombia.

9.3.1.4 El relato de portuguesa

Se da continuidad con el cuarto relato de mujer migrante, durante su proceso de gestación, parto, parto (complicación obstétrica).

Tabla 10. Perfil relato "Portuguesa"

Perfil al momento de ocurrencia de la morbilidad materna	
DDS	Respuesta
Educación	Bachillerato sin concluir
Ocupación	Desescolarizada
Ingresos	Necesidades básicas insatisfechas
Patrón ancestral, étnica	No se autorreconoce, sin embargo, sus padres son wayuu
Posición social	Migrante irregular
Edad	15

Construcción propia

Migración y maternidad en la adolescencia

En el corazón de Venezuela, en la ciudad de Guanare, nació hace quince años, la protagonista de esta historia, y a quien llamaremos PORTUGUESA. Creció en un hogar humilde, en el seno de una familia Wayuu, compartiendo risas y lágrimas con sus tres hermanos bajo el mismo techo hasta que su madre emigró a Colombia debido a la crisis que se avecinaba, por lo que tuvo que dejarla al cuidado de su tía materna ya que el padre no se preocupaba por su educación. A pesar de las circunstancias, portuguesa

encontró consuelo en los brazos de su tía hasta que su padre exigió que volviera a vivir con él, pues era su responsabilidad y derecho como padre.

Su vida en Venezuela era un desafío constante, junto a sus hermanos debían viajar en autobús cada lunes a un internado donde pasaban cinco días a la semana, regresando a casa los viernes en la moto de su padre. No obstante, esto no impidió que en ella floreciera una joven mujer llena de esperanza y alegría, pero sobre todo con una gran fortaleza y determinación. Aunque madre joven, inmigrante y trabajadora informal, esta chica ha podido dar testimonio -a través de su vida- de las implicaciones que la diáspora puede tener en la vida de una mujer y su familia.

Actualmente residen en el barrio el Progreso, en Soacha (Cundinamarca) trabajan cinco días a la semana, regresando a casa los viernes en la moto de su padre. No obstante, esto no impidió que en ella floreciera una joven mujer llena de esperanza y alegría, pero sobre todo con una gran fortaleza y determinación. Aunque madre joven, inmigrante y trabajadora informal, esta chica ha podido dar testimonio -a través de su vida- de la implicación de sus dos hermanos pequeños y su hija. Además, en ocasiones, luego de las tareas domésticas, acompaña a su mamá a trabajar en reciclaje, obteniendo ganancias suficientes para sobrevivir con su familia. En su país solo pudo estudiar hasta primero de secundaria. Al llegar a Colombia, debido a su situación migratoria, además de no poder acceder a servicios de salud, ha visto truncada su educación puesto que no ha podido continuar sus estudios hasta conseguir el permiso de permanencia.

Pese a lo anterior, podría decirse que el destino llamó a su puerta cuando su madre regresó al para llevarse a sus hijos y a su nuera a Colombia. El viaje fue largo y arduo, lleno de incertidumbre y miedo, puesto que según ella nos relató

[...] pidiendo cola es en carro... varios que venían... para acá y, este... también hay una ayuda de un padre y también nos metimos. Nosotros no caminamos mucho, porque había varios, así que colombiano o venezolano decían “¡hey! ¿Van para Colombia? Le hago la cola”, con los que iban viajando pues, en gandola, en carro, nunca... venimos caminando. (P1).

De esta manera, después de un mes y medio de viaje, finalmente llegaron a Bucaramanga, donde una organización humanitaria les brindó refugio y transporte hasta Bogotá. Ahora bien, la vida en Colombia presentó nuevos desafíos pues, con catorce años apenas, quedaría embarazada.

Proceso de gestación y acceso a servicios de salud

Ella conoció a Toño cerca de su casa. Él trabajaba en un taller de automóviles, durante algún tiempo hizo insinuaciones a la familia de que deseaba tener una relación con PORTUGUESA. No obstante, en un principio, su mamá no estaba de acuerdo y ella tampoco deseaba tener novio. Al final, tras unos eventos donde coincidieron, ella empezó a ceder a sus cortejos hasta que, con el tiempo se va a vivir con ella y su familia en tanto les aportara dinero para cubrir los gastos de la casa. En este sentido, vivían en unión libre y aunque conocían algunos métodos anticonceptivos, llegó un punto en que no pudieron costearse y fue ahí cuando descubrió que estaba embarazada.

A pesar de la sorpresa y la preocupación, decidió seguir adelante con su embarazo. Ya tenía seis meses de gestación cuando recibió la noticia. De inmediato la llevaron a una

jornada de salud que se realizaba cerca de su casa y le practicaron una ecografía para indicarle edad del feto y sexo. Además, le indicaron que los dolores que padecía ocasionalmente se debían a un problema en la vesícula. Debido a presuntos problemas con “actores ilegales” del sector, su pareja tuvo que desaparecer. De acuerdo con la información que ha conseguido a regañadientes

él era un informante pues [...] estaba con la Sijin y él tomaba fotos a los malandros [...] me dijo que se iba a salir de eso [...] y después llegaron los malandros y se lo llevaron... este... se enteraron que era informante pues, ya había varios que él entregó, entonces bueno este lo agarraron los malandros [...] y varios dicen todo el mundo dice que está en Medellín, pero mi cuñado no me quiere decir. (P1).

Debido esto, sumado a la falta de documentación y de dinero aquella jornada de salud fue la única ocasión que se realizó un control prenatal, al menos sin que las complicaciones de salud la obligaran a consultar.

Limitaciones y oportunidades en el acceso a servicios de salud (complicación obstétrica)

Al séptimo mes de gestación presentó un dolor en la zona abdominal, náuseas y mareos. Resolvieron llevarla al hospital y allí le dijeron que tenía la presión altísima, por lo que la dejaron una semana en observación antes de autorizar su salida. Tras una semana de este episodio, el sábado, se encontraba en casa con sus hermanos cuando empezaron a agobiarla nuevamente los síntomas; sin embargo, esta vez eran más agudos y, además, sufrió una hemorragia a la vez que empezaba a convulsionar. Sus hermanos le notificaron a la madre quien fue a casa corriendo, pero al llegar ya se encontraba inconsciente. Junto a un vecino la llevaron a urgencias al Yanguas, pero al

llegar les dijeron que no podrían atenderlos pues no había nada para tratar la preeclampsia.

Una vez la ingresaron y vieron cuál era el motivo de la urgencia, la prepararon para realizarle una cesárea de emergencia. Luego de este procedimiento, a ella la remitieron al hospital de Facatativá donde estuvo inconsciente hasta el día lunes cuando despertó desesperada:

[ENTREVISTADOR]: [...] ¿Cuándo tú te despertaste estabas en Faca?

[PORTUGUESA]: Aja. Con un poco de tubos, un poco de puyas y un poco de bromas, y él bebe también tenía un poco de bromas en la cabeza porque a mí mama le dijeron que la niña iba a ser dizque especial. Que después de un año y la niña no se iba a poder levantar de la cama. (P1).

No obstante, la esperanza en que la salud del bebe mejorara nunca disminuyo. A PORTUGUESA, por su parte, le recomendaron empezar un tratamiento para tratar la presión arterial y la curación de la herida de cesárea. Además, debido a su corta edad, debía entrar en seguimiento con el ICBF, por lo que la atención médica recibida fue considerable. Así mismo, de esta institución, recibió implementos para sobrellevar y ayudar a su bebé canguro. Respecto de la atención recibida, nos contó lo siguiente:

[...] donde me entendieron fueron bien... este, no... aunque usted sabe que son algunos... algunas enfermeras que son demasiado amargadas. Allá en el Yanguas cuando... me dicen ya... que me llegó el dolor en el estómago, me dijeron que mi mamá se podía quedar... todo eso. Y mamá siguió conmigo ese día. Se podía quedar porque yo era menor pues... Y allá en el de Faca también... Me trataron bien, pues. (P1).

Si bien no contaba con la documentación necesaria para recibir atención adecuada, pudo recibir la que necesitaba pues, al entrar en seguimiento con el ICBF, se le dieron implementos para poder hacer de canguro con su bebita.

9.3.2 Diálogo de saberes con expertos de la morbimortalidad materna en el contexto de la diáspora venezolana en Colombia y su impacto en las regiones

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos del grupo focal con expertos de diferentes regiones del país, el cual se realizó de manera virtual, y tenía como objetivo hacer una lectura desde el enfoque determinantes sociales de salud (DSS) de OMS, que permitan entender esas circunstancias socioeconómicas, culturales, ambientales que inciden en las comunidades e individuos, de los eventos morbimortalidad materna de nacionales venezolanas con residencia en Colombia, entendiendo “de qué manera los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud” (82).

Es importante para el análisis, entender las circunstancias en que ocurren la gestación, el parto y el posparto, los cuales están condicionados por la posición social, la educación, la ocupación, los ingresos y la etnicidad entre otros, dado que la salud es un proceso social, en el que se incluyen las intervenciones médicas y el acceso a las mismas, por esto es tan importante visibilizar lo que al respecto tienen que decir las personas de las distintas entidades territoriales, y lo que pueden abstraer de esos proceso de acompañamiento y análisis desde su roles institucionales. Para ello se estructuró el grupo de discusión, con cinco categorías principales: condiciones de vida

en Venezuela, migración y diáspora, gestación, morbilidad y salud, determinantes sociales de la salud, (con subcategorías de acuerdo con el modelo definido por la OMS) y finalmente, la categoría acceso a servicios de salud.

Perfil de las participantes

Se contó con la participación de cinco profesionales especializadas, las cuales están a cargo de los procesos de vigilancia epidemiológica, seguimiento y acompañamiento a casos de morbimortalidad materna en las secretarías de salud de los departamentos de Antioquia, La Guajira y Norte de Santander, y los distritos Barranquilla y Bogotá, seleccionadas a conveniencia por el número total de defunciones maternas de nacionales venezolanas para el periodo 2017 – 2021, a fin de analizar el evento tanto al interior del país como de las zonas de frontera.

En Antioquia nos acompañó una de las referentes de salud sexual y reproductiva departamentales, profesional especializada, con más de 4 años de experiencia en este evento en específico, y con más de 25 años de experiencia profesional. En la Guajira contamos con una salubrista epidemióloga, con experiencia en organismos internacionales y que ha referenciado y estado a cargo de procesos de maternidad segura en el departamento y en el análisis de situación de salud de este, con una amplia experiencia en el acompañamiento directo a gestantes inmigrantes.

Para Norte de Santander contamos con una profesional especializada del área de vigilancia en salud pública departamental, con 20 años experiencia, y quien ha

acompañado desde la secretaría y desde proyectos de intervención de la cooperación internacional, los flujos migratorios mixtos, (pendulares, de tránsito y residencia).

En Bogotá se contó con una profesional especializada quien acompaña la estrategia de ángeles guardianes de la secretaría de salud, y quién ha sido facilitadora entre los organismos internacionales y ONG para la atención en salud materna de las migrantes en conjunto con la entidad territorial. Para Barranquilla contamos con la presencia de la líder de maternidad segura de la secretaría de salud, profesional especializada, con varios años de experiencia en el acompañamiento a migrantes venezolanas desde la estrategia Mi Red.

Tabla 11. Lista de códigos grupo focal

Tipo de participante	Región	Código
Profesional especializada del orden departamental	Antioquia	FA1
	Guajira	FG1
	Norte de Santander	FN1
Profesional especializada del orden distrital	Barranquilla	FB1
	Bogotá	FB2

Construcción propia

De la transcripción realizada al grupo focal y con el apoyo de la herramienta Nvivo 14 se extrajeron las frecuencias más significativas de palabras y surgió la siguiente nube de palabras:

En Venezuela, la intersección entre la inestabilidad política y la escasez de recursos ha provocado una marcada disminución en la calidad y disponibilidad de los servicios de salud. Este fenómeno ha llevado a que los migrantes, antes con recursos económicos y negocios propios, se vean forzados a cerrar y afrontar complejidades en otro país.

...Gente que tenía sus casas, gente que tenía sus carros, que tenían sus negocios, y que lamentablemente por el contexto y la situación de su país debieron cerrarlo y debieron asumir una situación bastante compleja en un país diferente al suyo... (FN1)

La migración hacia Colombia se ve influenciada, para favorecer el ingreso de recursos económicos, en contra posición al elevado porcentaje de subsidios en el vecino país, a lo que se suman otros aspectos como la crisis social y la violencia.

... los que están en frontera ellos dicen ser, tener y vivir acá, pero la verdad es que por costos a ellos les sirve más vivir en Ureña, vivir en San Cristóbal porque esa plática que se ganan acá allá les va a rendir mucho más; porque allá no pagan luz, porque allá no pagan los servicios porque allá tenían todo subsidiado y continúa siendo subsidiado,{...}En un municipio especialmente (Puerto Santander) tuvimos presencia de gente que retornaba a nuestro país pidiendo refugio por situaciones de orden público... (FN1)

Es crucial destacar que los migrantes reconocen las falencias desde su país de origen, lo que lleva a la toma de acciones por parte del sistema de salud colombiano para gestionar el riesgo, incluso con gestantes que no cumplen con la definición de residencia epidemiológica. La migración venezolana deja al descubierto la necesidad de estrategias integrales y colaborativas para abordar los desafíos en salud en muchos países de la región.

.las mismas usuarias que lo manifestaban, pues un déficit a nivel general en cuanto a todo lo que es atención primaria en salud, todo lo que es, específicamente, falta de personal médico, crisis económica, dificultades incluyendo -el acceso a medicamentos a trabajadores de salud-, escasez de personal médico en el país, disminución de la capacidad de atención médica... (FB1)

Las participantes concuerdan en que el sistema de salud venezolano, aunque atiende, enfrenta graves problemas de calidad, careciendo de talento humano, medicamentos e insumos diagnósticos. Las usuarias destacan el déficit en atención primaria, escasez de personal médico y la disminución de la capacidad de atención médica.

La falta de acceso a medicamentos y ayudas diagnósticas agudiza la situación. Las gestantes migrantes se enfrentan a riesgos elevados, ya que los servicios de promoción y prevención en Venezuela no funcionan eficientemente. La “resistencia cultural” a la planificación familiar y la falta de vacunación contra hepatitis B añaden complejidad al panorama de la salud reproductiva de las nacionales venezolanas en Colombia.

Nos dimos cuenta también de vacunación, que allá la gestante como que no es vacunada contra hepatitis B; entonces si la mujer, cuando llega aquí llega sin vacunas, entonces se vuelve... y si a eso le sumamos el alto riesgo de ITS de ellas, (FA1).

Si bien las condiciones de vida en Venezuela puede ser un factor de riesgo o determinante en los eventos de salud materna, también es claro que la posición social del migrante es un factor que genera un mayor diferencial, principalmente por el estatus migratorio con el que se encuentran en el país, y es la categoría que evaluaremos a continuación.

Categoría migración

Las participantes del grupo focal han sido testigos directas de los distintos procesos de los flujos migratorios mixtos que se han presentado en el país, ofrecen una mirada integral y des estigmatizada de la migración, destacando la importancia de comprender las condiciones y determinantes que rodean a los migrantes. Como salubristas, enfatizan que la condición de migrante no está intrínsecamente ligada a enfermedades; más bien, las dificultades en el acceso a servicios de salud pueden contribuir al aumento de ciertas patologías.

.como salubrista creo que el migrante como tal no trae no viene cargado de X o Y enfermedades, sino que los determinantes en los que ellos se encuentra hacen obviamente que se puedan presentar un aumento de esas enfermedades -como sífilis, tuberculosis, morbilidad materna extrema-, que no es tanto como por su condición de migrantes, sino por su dificultad al acceso a los servicios de salud...(FG1)

El flujo migratorio en Colombia no ha sido lineal, ni en cantidad ni en tipo de migrante, por esa razón se habla de caminantes o personas en tránsito, de migrantes pendulares y finalmente migrantes con vocación de permanencia quienes para los análisis de morbimortalidad son quienes suman a la estadística al cumplir los criterios de residencia epidemiológica.

...en una casa podíamos encontrar hasta diez personas de diferentes familias, que venían a refugiarse en nuestro país para encontrar una mejor calidad de vida, donde nosotros les informábamos. Igual tenemos otro contexto, que eran nuestros caminantes y también los encontrábamos por la carretera, (FN1)

La evolución de este flujo se ha visto afectada por cambios económicos, políticos y de salud pública, como se evidencia en el testimonio de las participantes y por las medidas

del Estado para encontrar formas regularizar a la población y facilitar el acceso a servicios.

.El primer componente es que hace cuatro años (o sea, en el 2019) esa población migrante no tenía este número, ni estas características -no solamente las gestantes, sino toda la población migrante-, y recuerden que... cómo funcionaba en el 2019: que ellos estaban de paso, que estaban todo el tiempo entre comillas “ilegales”...(FA1)

Colombia era un país de emigración, que en los últimos años y a partir de la diáspora venezolana se ha revertido colocándose como un lugar de inmigración, tránsito y retorno, y este fenómeno no ha sido ajeno a los ojos de las participantes de la discusión

...Aquí habíamos tenido anteriormente migración, pero más era de colombianos hacia Venezuela -porque acuérdate que en otros momentos económicamente ellos estaban mejor que nosotros-... (FG1)

Las experiencias de la migración también son muy variadas, y se han precarizado con el pasar del tiempo y con el cambio de perfil de base del migrante, en los últimos años se incrementó la llegada de personas con condiciones socioeconómicas más bajas en su país de origen, y con el cierre de los pasos fronterizos, ya sea por razones políticas o salud pública, lo que incide en el incremento del gasto de bolsillo para poder migrar, y genera riesgos tanto en la integridad física de la persona como en el bienestar psicoemocional.

...nosotros manejamos mucho pendulares porque es más... muy fácil la entrada y salida, y se manejaba donde también en las trochas les cobraban, muchas veces los robaban; (FN1).

El incremento en el número de migrantes y con perfiles cada vez más vulnerables empezó a tener afectación en las comunidades de acogida, evidenciando un número significativo

de necesidades por atender, lo que implicó un desafío para las autoridades locales y nacionales, y en casi todos los sectores del Estado, (Vivienda, educación, salud, por ejemplo).

...Como persona de este departamento sí nos vimos afectados en el sentido de que estuvimos llenos de migrantes, inicialmente antes de que comenzara la cooperación que estaban, ehh viviendo en los parques, viviendo en los espacios públicos, porque cuando llegaron inicialmente fue así... (FG1)

La decisión de escoger Colombia como destino de la migración, se lee por las participantes, como algo más circunstancial que deseado, y se asocia a la facilidad para acceder al mismo por cercanía geográfica y accesibilidad económica.

fue observando que era bueno venirse para un país como Colombia porque era lo único que tenía a la mano, lo más fácil y lo más barato; y así mismo, departamentos como Antioquia -que pareciera ser departamentos más prósperos y con mayores oportunidades- y para las ciudades más grandes... (FA1)

Gestación, morbilidad y salud

La gestación, un período que debería ser de alegría y expectativas, se ve afectada por desafíos significativos, especialmente entre la población migrante. La morbilidad en la gestación a través de diversos indicadores revela tasas preocupantes y desafíos persistentes en la atención a mujeres gestantes, preocupa a todas las participantes el tema de las infecciones de transmisión sexual y su detección inoportuna para mitigar el riesgo tanto de la gestante como del feto.

les podría estar hablando que el 25% de nuestras muertes maternas del 2020 a la fecha son migrantes -que sí estaban aseguradas o no aseguradas es otra cosa-; de MME también del 25 al 30%; (FA1)

Las participantes coinciden en que las complicaciones directas, como la preeclampsia, eclampsia sepsis y hemorragias obstétricas están presentes dentro de los casos analizados. Estas condiciones si no son detectadas y tratadas adecuadamente pueden resultar en morbilidad extrema y en algunos casos en muertes maternas,

Las morbilidades y mortalidad son por causas directas y exactamente las mismas que las de nosotros, si no van a un control prenatal bien hecho: una preeclampsia, una eclampsia, una hemorragia, obstétrica severa, no se puede evitar. (FA1)

El aumento de enfermedades de transmisión sexual, específicamente sífilis congénita y sífilis gestacional, es un hallazgo, sugiere la necesidad de intervenciones específicas en el área de salud sexual y reproductiva para abordar estas preocupantes cifras.

a nivel de salud pública, un aumento de ciertas enfermedades de transmisión sexual -hablando del área de salud sexual y reproductiva-, pues nosotros aquí también veíamos sobre todo en la sífilis congénita y sífilis gestacional en migrantes, (FB2)

El cambio en el perfil epidemiológico, con un resurgimiento de la mortalidad materna por causas directas, pone de manifiesto la importancia de revisar y mejorar las estrategias de atención materna, especialmente en el contexto de la migración.

cambio en el Distrito el perfil epidemiológico digamos, que ya en los últimos años básicamente, hemos vuelto a presentar mortalidad materna por causas directas, (FB1)

Para concluir, las participantes identifican que hay una prevalencia de enfermedades importantes durante el periodo de gestación de un número importante de nacionales venezolanas que residen en el territorio colombiano lo que impacta en el perfil de salud, adicional las complicaciones obstétricas en su mayoría asociadas con la preeclampsia.

Categoría Determinantes sociales de la salud - Determinantes sociales de la salud estructurales

Si bien es cierto que en 2021 la implementación del Estatuto Temporal de Protección representó un paso significativo hacia la integración de la población migrante, durante los años anteriores, la falta de regularización para una fracción importante de los nacionales venezolanos residentes en Colombia era sinónimo de barrera de acceso a los servicios de salud, y de otros servicios básicos, como respuesta a esas barreras las personas migrantes debieron recurrir a procesos legales, a acudir a la cooperación internacional o pagar de forma particular.

pienso que eso también ha sido un choque para esta población en nuestro territorio. Tan cierto es lo que les comento, la cantidad de demandas que tenemos como departamento donde ellos nos solicitan y nos exigen la atención, sobre todo por el alto costo del VIH. (FN1)

El miedo a la detención, la deportación o la separación familiar puede generar niveles elevados de estrés, afectando directamente la salud de la gestante emocional y físicamente, adicionalmente estos temores pueden convertirse en una barrera para que consulten de manera oportuna.

.no se toman datos reales, porque, pues, todos sabemos que muchas veces los usuarios ingresan hasta con documentos que no son de ellas, ¿no? dan números que no son, direcciones que no son... (FB1)

La crisis social, económica y política del vecino país incide en la diáspora y desarraigo social, el distanciamiento de las redes de apoyo familiar y comunitaria puede aumentar el aislamiento social, afectando la capacidad de acceder a recursos y servicios de salud esenciales durante el embarazo y el parto.

Determinantes sociales de la salud intermedios - Ocupación

La ocupación no solo impacta la vida diaria de las mujeres, sino que también puede influir en su salud, especialmente durante el período de gestación. La feminización de la migración irregular e incluso de su red de apoyo, propicia que esta población se encuentre directamente o por dependencia entornos laborales en condiciones de informalidad, enfrentándose a jornadas laborales extensas y condiciones de trabajo arduas. y con salarios más bajos, aumentando las necesidades básicas insatisfechas.

Los restaurantes que eran grandes, de marca, gran parte fueron vendidos a venezolanos y gran parte es atendida ya por venezolanos y venezolanas. ...entonces en la informalidad laboral vamos a encontrar a estas mujeres y hombres venezolanos en una mano de obra más barata (FA1)

La falta de estabilidad y seguridad laboral contribuye al estrés psicológico, un factor de riesgo conocido para la salud materna. La incertidumbre en el empleo puede afectar negativamente la salud mental de las mujeres embarazadas, lo que se traduce en mayores tasas de mortalidad materna. Esta carga laboral excesiva puede generar agotamiento físico y mental, aumentando el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, las participantes referencian que en la mayoría de casos de mortalidad materna tenían vinculación informal o “No estaba vinculada laboralmente”.

porque la mayoría de las veces la venezolana no cuenta que está embarazada. No cuenta muchas veces porque está trabajando -y tiene un trabajo pues, como sabemos de manera informal- entonces, “imagínate pa’ acabar de ajustar estoy embarazada y entonces seguramente mi patrón me va es a echar” (FA1).

El estatus migratorio regular, limita las opciones del quehacer, adicional que la oferta laboral para las comunidades de acogida es limitada lo que dificultad a un más las posibilidades de acceder a trabajos de calidad, la mayoría de la oferta informal involucran

una carga física intensa, una jornada horaria extensa y con lugares poco apropiados que pueden generar exposición a riesgos ergonómicos.

Determinantes sociales de la salud intermedios -Ingresos

En concordancia con la ocupación, los ingresos suelen ser reducidos y tal como se mencionó en la descripción sociodemográfica, los nacionales venezolanos tienen menores ingresos que sus pares de las comunidades de acogida,

Encontramos abogados vendiendo chicles, vendiendo en las calles. Encontramos profesionales de otras índoles haciendo, eh... ejecutando para poder sobrevivir y para poder enviar a su país, la familia... a sus familias, algún tipo de dinero para que les ayude a sustentar (FN1)

Esta brecha de ingresos afecta la satisfacción de las necesidades básicas, las panelistas refieren hacinamiento, déficits nutricionales, poca adherencia a los tratamientos, e incluso dificultad para realizar el contacto de seguimiento por falta de número telefónico, desescolarización en integrantes del núcleo familiar menores de edad, viviendas con déficit de calidad y ubicadas en zonas periféricas.

Igualmente vemos que esta población se encuentra focalizada en algunas áreas específicas, en zonas muy vulnerables de difícil acceso donde ellos tienen ... unas condiciones infrahumanas donde mucha gente vive, pues, pero también era muy triste escucharlos. (FN1)

Determinantes sociales de la salud intermedios - Educación

Las mujeres con un bajo nivel de educación pueden tener menos conocimiento sobre los cuidados prenatales adecuados, los signos de complicaciones durante el embarazo y

el parto, y los recursos disponibles para buscar atención médica. Esto puede llevar a demoras en la búsqueda de atención o a la falta de acceso a servicios de salud de calidad.

desconfían de todo y las hace poco adherentes a las consultas, a las consultas del control prenatal, a realizarse los laboratorios, a las consultas no médicas como son la nutrición, psicología. Tienen una baja percepción del riesgo y esa baja percepción del riesgo hace que también no identifique los signos de alarma. (FB1).

En términos generales las gestantes saben leer y escribir y tiene algún tipo de formación académica, en estas situaciones el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud y las formas de acceder al mismos, lo que puede obstaculizar el acceso a información crucial sobre la salud materna.

es un trabajo también de educación y comunicación, no solamente del riesgo en salud ... pues, del riesgo social de también, las dificultades que tienen ellos, de todos los niveles para acceder a los servicios. (FB1)

Dado que la educación proporciona a las mujeres habilidades para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar, incluyendo la planificación familiar, el espaciamiento de los embarazos y la elección de opciones de parto seguras. Las mujeres con un bajo nivel de educación pueden tener menos información y capacidad para tomar decisiones que promuevan su salud materna, las panelistas han sido insistentes en mencionar que es muy común es falta de adherencia y percepción del riesgo, lo que podría ser un indicativo de niveles educativos bajos.

Determinantes sociales de la salud intermedios - Etnia

Las comunidades étnicas a menudo experimentan desigualdades socioeconómicas que impactan directamente en la salud materna. La falta de recursos económicos puede traducirse en una atención médica inadecuada, desde la imposibilidad de realizar

controles prenatales hasta la incapacidad de acceder a servicios especializados en casos de emergencia.

En cuanto a la población indígena -porque sí tengo población indígena, los yukpas es una población muy compleja como es la gran mayoría de la población indígena, donde sus costumbres e idiosincrasia son así y debemos aprender a respetarlas. Viven en unas condiciones bastante precarias, y se ven más vulnerables y enfrentan más barreras para el acceso a los servicios y controle prenatales, (FN1)

La pertenencia étnica a menudo trae consigo prácticas culturales arraigadas y tradiciones que pueden influir en las decisiones relacionadas con la salud materna. Algunos grupos étnicos pueden mantener prácticas tradicionales de parto y cuidado posparto que, si no son integradas adecuadamente con la atención médica moderna, pueden aumentar el riesgo de complicaciones y mortalidad materna.

la no adherencia a los controles prenatales, eh... que no reconocían signos y síntomas. Pero cuando se hacían algunas unidades de análisis, pudimos darnos cuenta -en esa población y en población no indígena- que, básicamente, si uno hacía una revisión de los antecedentes maternos de ellas podían haber tenido ese mismo tipo de inconvenientes en embarazos anteriores. (FG1)

La interseccionalidad juega un rol importante en la morbilidad materna, cada una de las características le va aportando un poco más de vulnerabilidad a la gestante, es así como las comunidades en étnicas marginadas pueden enfrentar barreras estructurales, como la falta de centros de salud cercanos o servicios de salud culturalmente competentes a sus necesidades, imaginaos y cosmovisiones.

Pero de los factores culturales que yo podría resaltar de las maternas que hemos tenido... de las muertes maternas y de las morbilidades maternas extremas acá en el departamento, muchas -o vamos a decir que más del 80% de nosotras- son, eh... indígenas como lo dije inicialmente que eran, eh... indígenas wayuu poli

residenciales: ellos no se reconocen como nómadas, sino polis residenciales,(FG1)

Determinantes sociales de la salud intermedios – Dependencia familiar

Es imperativo examinar las complejas interrelaciones entre el género, la responsabilidad del cuidado y la salud materna; La responsabilidad desigual que recae sobre las mujeres en cuanto a la provisión de cuidados, ya sea de manera remunerada o no remunerada emerge como determinante crítico de su salud materna. La sobrecarga de responsabilidades puede manifestarse como una fuerza invisible que, al acumularse, puede llevar a la fatiga y al descuido de la propia salud durante el embarazo y el parto.

algunas veces, por su situación de que no tienen con quién dejar a sus otros niños, entonces si las vas a hospitalizar o si está en Unidad de Cuidados Intensivos, ellas no le dan la importancia al riesgo obstétrico que pueden estar teniendo en ese momento, piden retiros voluntarios, que quieren irse a cuidar a sus niños o que no tienen quien cuidarlos. (FB1).

Las estructuras patriarcales presentes desempeñan un papel significativo en la autonomía de las mujeres, especialmente en lo que respecta a las decisiones relacionadas con su salud reproductiva. La falta de poder de negociación y control sobre sus propios cuerpos puede exponer a las mujeres a riesgos durante el embarazo y el parto. Este desequilibrio de poder, manifestado en la toma de decisiones que afectan directamente la salud materna, subraya la necesidad de dismantelar las barreras que limitan la autonomía de las mujeres en asuntos cruciales para su bienestar y el de sus hijos.

.. en ese intento de ponerlas a planificar o que se hagan una tubectomía o bueno, cualquier método definitivo, es una resistencia porque ya tienen cuatro hijos de diferente esposo y ellas manifiestan que “cómo así”, que ellas enganchan... que ellas enganchan a los hombres con eso. Ese es un tema duro de trabajar. (FA1)

La experiencia de la violencia de género presenta una conexión inquietante con complicaciones durante el embarazo. El maltrato obstétrico y la falta de apoyo emocional pueden contribuir a crear un entorno adverso para la salud materna. Las mujeres que enfrentan violencia de género a menudo encuentran obstáculos adicionales para acceder a servicios de salud adecuados y para recibir el apoyo necesario durante el periodo perinatal, los criterios de fe tanto de la usuaria o de su pareja inciden en la toma de decisiones autónomas, se tuvo conocimiento de un caso donde el esposo no permitió la interrupción voluntaria del embarazo porque *“el aborto no le agradaba a Dios”*.

La diáspora y su efecto en desconexión con las redes de apoyo primarias pueden generar dependencia a las parejas económica y social con ella la pérdida de la autonomía o exposición a las violencias basadas en género.

.lo que ellas nos manifiestan, es que están solas; incluso la familia es muy corta; algunas veces solamente el núcleo familiar de ellas es la pareja y también se ve en la población migrante que no tienen el acompañamiento de la pareja... (FB1)

Determinantes sociales de la salud intermedios- Posición social

Igual que la población colombiana los nacionales son diversos y se presentan interseccionalidades, que van a incidir de manera en la vulnerabilidad y limitación al acceso a servicios de salud de calidad, también se pone de manifiesto el reto tan particular que se vive en las zonas de frontera.

...Hay algunos municipios acá como Maicao, por ejemplo, donde está la frontera con Venezuela y está Paraguachón que es creo que aparte de Cúcuta el único punto oficial que tienen en Colombia para el paso de un país a otro. Entonces, digamos que la dinámica ha sido cambiante, en el sentido de que el volumen de migrantes cambió y sus determinantes también cambiaron. Siempre hemos tenido venezolanos acá y también sé que siempre... y sobre todo en población indígena, recuerda que para ellos... ellos son poli residenciales; es decir, que no se considera que no tengan una frontera entre el departamento, eh... los indígenas, el departamento de La Guajira en Colombia... (FG1)

La intersección entre el estatus migratorio y su integración en las comunidades de acogida, revela los desafíos que deben enfrentar y que se ha relacionado en los apartados anteriores y a los que se les debe sumar las barreras de comunicación y de competencia cognitiva y cultural del funcionamiento del sistema e incluso la discriminación comunitaria e institucional

.no solamente cómo hay la xenofobia hasta este tipo de población, sino también cómo vemos el rechazo del colombiano todavía hacia el venezolano, y cómo fue la percepción de ellos al momento de venirse. Muchos fueron violentados, muchos fueron vulnerados -sus deberes y derechos- (FN1).

Las desigualdades específicas que enfrentan las gestantes migrantes, dadas sus malas experiencias al acceder a servicios, pueden incidir directamente en la falta de adherencia a controles prenatales ayudas diagnósticas incluso si se ha logrado acceder a la regularización, al aseguramiento, o los servicios de salud provistos por el Estado regional o nacional.

como son de una cultura diferente a la de nosotros no son adherentes a esos procesos. Ellas se sienten estigmatizadas por ser migrantes y, a pesar de estar aseguradas, entonces no son adherentes al control prenatal. (FA1)

Las políticas institucionales que exigen ciertos documentos, como pruebas de ciudadanía o residencia legal, pueden dificultar el acceso a los servicios de salud para las personas

migrantes o refugiadas. Esto puede dejar a estas personas sin atención médica básica y contribuir a la propagación de enfermedades y a la falta de cuidado preventivo.

Categoría acceso a los servicios de salud

Las participantes concuerdan que en Colombia hay acceso desigual a servicios de salud materna para migrantes y que esto demanda acciones inmediatas, que permitan una atención integral que aborde las barreras culturales, estigmatización y falta de documentación, de acuerdo con el incremento de solicitudes para acceder a las mismas, y con una mejora desde las acciones de salud pública tanto de las acciones asistenciales.

Oportunidad de acceso y adherencia a servicios de salud

La falta de adherencia al control prenatal es un tema recurrente en la discusión con las participantes. Las migrantes, en muchos casos, enfrentan dificultades para seguir los protocolos de control prenatal, incluyendo pruebas cruciales para enfermedades infecciosas. Esta falta de adherencia se atribuye a la estigmatización percibida, el temor a perder el empleo y, en ocasiones, la negativa de las parejas a participar en tratamientos preventivos, estén con o sin aseguramiento.

.recuerden que el hecho de que esté asegurada no significa que ha estado todo el periodo de gestación con nosotros; puede que la aseguraran faltando una semana para el parto y no dio tiempo de hacer ninguna prueba.(FA1)

Tampoco son adherentes a que se les hagan las pruebas, como los casos de infecciosas que se deben hacer trimestralmente durante los controles prenatales; les salen positivas o reactivas, y si tienen HIV no van al tratamiento, es difícil manejar el tema, el señor esposo o su pareja no quiere que se le aplique a él el tratamiento para la sífilis... y entonces eso se va volviendo un nudo sin terminar.(FA1)

Aunque se han implementado estrategias para vincular a las migrantes al sistema de salud, la falta de documentación adecuada sigue siendo un obstáculo clave. Además, las unidades de análisis señalan que incluso con la colaboración de agencias internacionales, persisten barreras en la atención médica, especialmente para aquellas migrantes no regularizadas, que no sabían a dónde acudir.

Muchas de ellas evidentemente sin controles prenatales, una de los fenómenos que nosotros hemos evidenciado en las unidades de análisis, es el hecho de que ingresan en malas condiciones a los servicios de urgencias. Muchas de las muertes maternas ingresaban, ya, digamos que en muy mal estado. (FB2)

...Entonces hemos identificado en esas muertes específicas que desafortunadamente, esa identificación y consulta oportuna, de signos y síntomas de alarma, y esa consulta oportuna, no se da; a veces por falta de documentación (FB2)

Calidad en la atención de los servicios de salud

La falta de consulta preconcepcional y la escasa realización de controles prenatales obstaculizan la identificación temprana de complicaciones. Muchas migrantes, por diversas razones, llegan a servicios de urgencias en estados avanzados de gestación y con condiciones médicas críticas. Este retraso en la identificación temprana afecta directamente las tasas de morbilidad materna, y pueden estar asociadas a varias causas, deficiencia en los servicios asistenciales, de los procesos administrativos de las entidades territoriales y falta de proceso de búsqueda activa.

... En cuanto a los factores que se han determinado en las unidades de análisis, pues podemos observar que hay deficiencia en cuanto a la red de prestadoras, ... en cuanto a la contratación, en cuanto a referencia y contrarreferencia, captaciones tardías, la poca actividad de los controles prenatales por parte de las gestantes - muy deficiente también-. (FN1).

...el acceso oportuno a los servicios de salud, es algo que se tiene ... que definitivamente fortalecer, no solo en población migrante obviamente, pero pues sí, sí, es muy marcado en los análisis... (FB2)

Las deficiencias en la red de prestación de servicios de salud se manifiestan de manera palpable en las unidades de análisis. La falta de capacidad para captar y realizar un seguimiento efectivo a poblaciones pendulares, combinada con la llegada tardía de las gestantes, contribuye a situaciones de emergencia que podrían evitarse con una atención más temprana y continua.

Xenofobia institucional

La xenofobia institucional es un fenómeno en el cual las instituciones, ya sean gubernamentales, de salud u otras, perpetúan actitudes, políticas y prácticas discriminatorias hacia las personas extranjeras o de origen extranjero. En el contexto del acceso a los servicios de salud, la xenofobia institucional puede tener un impacto significativo.

Los prejuicios y estereotipos negativos hacia las personas extranjeras pueden llevar a la discriminación y la estigmatización en los entornos de atención médica. Esto puede generar un ambiente hostil y disminuir la confianza de las personas en buscar atención médica, lo que a su vez puede tener graves consecuencias para su salud y esto ha generado alerta en las participantes del grupo de discusión y quienes tuvieron que implementar acciones para generar cambios en los imaginarios.

Algo que comenzó como a modo jocoso, me contaba la secretaria de Salud de un pueblo al que acompaño, que “ay esas venezolanas llegaron a acabar con todos los matrimonios”. Entonces eso también para nosotros fue un problema al que prestarle atención, para que eso imaginarios no generar discriminación.(FA1)

Categorías adicionales de discusión (Financiación y rectoría en salud)

Uno de los aspectos alarmantes identificados es la falta de reconocimiento de antecedentes maternos o gestaciones previas con morbilidad materna como factor de riesgo. A pesar de la conciencia de las pacientes sobre su enfermedad de base, persiste una intención reproductiva sin tener en cuenta las complicaciones previas.

La rectoría en salud, crucial para la organización y supervisión eficaz de los servicios de salud, emerge como un componente fundamental pero también problemático. La separación de las gestantes migrantes evidencia la complejidad ética y logística de atribuir responsabilidades a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en casos de morbilidad materna. La dificultad radica en garantizar la atención adecuada, especialmente cuando la migrante llega en estado crítico.

...hemos identificado también que, a pesar de haber antecedentes maternos o en gestaciones previas de morbilidad materna, eh... no lo identifican como un factor de riesgo... a pesar de, digamos, de ser conscientes, digamos, de su enfermedad de base de todas maneras continúan con la intención reproductiva. (FB2).

Las limitaciones financieras y de recursos son evidentes en la respuesta a la morbilidad materna. A pesar de los esfuerzos por recibir recursos internacionales, la realidad en las unidades de salud es que estos recursos no están llegando de manera efectiva. Esto crea una brecha entre las intenciones de mejorar la atención y la capacidad real para implementar cambios significativos.

...recuerden que teníamos que llegar en un momento a separar la Unidad de análisis de la migrante, porque no era justo de una u otra manera que nosotros le imputáramos a una IPS el que una gestante tenía sífilis gestacional o sífilis congénita el bebé, o cualquier otra infecciosa; o así mismo, se nos muriera y la IPS lo único que hizo fue recibirla, pues porque tenía que recibirla indiferentemente de que fuera migrante o no; tenía que recibirla y se les moría...(FA1)

Se destaca la necesidad de abordar no sólo los aspectos biológicos de la salud materna, sino también las barreras estructurales que obstaculizan la prevención y atención efectiva de la morbilidad materna en contextos migratorios, y entender y poner de manifiesto las limitaciones que tiene por ley los prestadores y las entidades territoriales.

9.3.3 Entrevista a epidemióloga con IEC de mortalidad materna

Esta es una conversación corta que busca entender y complementar aspectos del grupo de discusión y se centra en la dificultad de contar con unidades de análisis detalladas que permitan una lectura más contundente del contexto en que se dieron esos fallecimientos, se realiza con una epidemióloga con años de experiencia profesional, de los cuales dos estuvo como epidemióloga de campo y tuvo entre sus procesos de intervenciones epidemiológicas de caso a mortalidades maternas de nacionales venezolanas con residencia en Colombia.

Se abordarán dos casos específicos de gestantes venezolanas que experimentaron complicaciones, incluida la muerte por COVID-19. Estos casos revelan desafíos en la intervención epidemiológica y destacan la importancia de comprender la complejidad de la situación de las gestantes migrantes.

Hacer el seguimiento a sus casos es muy complejo porque normalmente nadie tiene información adicional, han cambiado de teléfono o han cambiado de vivienda que le pueda dar a uno un contexto o llevar a cabo de manera correcta la

intervención epidemiológica de campo es difícil que contesten en las líneas telefónicas los datos de ingreso al hospital a veces no coinciden. (EC1)

Caso 1 (2020): Gestante Venezolana Fallecida por COVID-19:

En el año 2020, se registró el fallecimiento de una gestante venezolana debido a complicaciones derivadas de la infección por COVID-19. La mujer, madre de cinco hijos, carecía de una red de apoyo familiar significativa en el nuevo lugar de residencia. Su empleador, propietario de un restaurante, asumió la custodia de los niños tras el fallecimiento.

Desafíos Identificados: Dificultades para obtener información de familiares debido a la falta de contacto con el padre de los niños y cambios frecuentes en la información de contacto. Complejidades en el seguimiento epidemiológico debido a la falta de datos actualizados y a las dificultades de comunicación.

Caso 2 (2021): Gestante con Historia Personal Desconocida:

En el año 2021, otra gestante venezolana falleció, revelando una situación donde su esposo desconocía aspectos significativos de su vida personal. La mujer, madre de dos hijos en Venezuela, enviaba dinero regularmente a su familia allí. El esposo mencionó que no estaban buscando el embarazo y desconocía si ella planificaba.

Desafíos Identificados: Falta de conocimiento detallado sobre la historia de la paciente debido a jornadas laborales extensas y escasa comunicación sobre el pasado. Ausencia de información sobre el control prenatal y posibles complicaciones durante el

embarazo. Problemas en la atención de emergencia, con la ambulancia llegando tarde, lo que podría haber contribuido a la muerte en el hogar.

Análisis de la información cualitativa

La discusión se planteó a partir de cinco categorías globales y se fueron identificando nuevos temas de interés para este estudio, al hacer el análisis de la información a través del uso de la herramienta Nvivo, se pudo establecer que, en la jerarquización en cuanto al número de referencias de codificación, le da un peso porcentual del 30% de la conversación al acceso en salud, seguido de cerca por 28% por determinantes sociales de la salud.

Figura 16. Jerarquización de categorías del grupo de discusión de expertos



Fuente: Herramienta Nvivo 14 jerarquización de codificación de referencias

Es así como de la entrevista desarrollada, se encuentra como persiste el acceso a los servicios de salud como principal barrera en la ocurrencia de las mortalidades maternas.

9.3.4 Análisis de casos de mortalidad materna

Con fines académicos, a partir de los relatos del grupo de discusión y la búsqueda activa en el trabajo de campo que se realizó para encontrar informantes, se analizar dos casos desarrollados a partir de información de dicha información y que son una muestra del panorama general de la mortalidad materna en el país en el contexto de la diáspora venezolana.

Análisis de Caso 1 Mortalidad materna “Aburrá”

El caso de Aburra, una migrante de 25 años, profesional que trabaja como vendedora ambulante, arroja luz sobre varios aspectos cruciales relacionados con la salud materna y los desafíos específicos que enfrentan las mujeres migrantes. A través de su experiencia, se pueden identificar elementos sociodemográficos, antecedentes de gestaciones previas, el impacto del Covid-19, y la respuesta del sistema de salud.

Antecedentes Sociodemográficos:

Aburra, originaria de Venezuela y residente en Medellín, presenta un perfil migratorio que refleja una adaptación relativamente reciente al país. La pareja, conformada por Aburra y su esposo, se estableció en Medellín 8 meses antes del fallecimiento y vivieron en unión libre en condiciones de vivienda adecuadas. Ambos se

desempeñan como vendedores ambulantes, siendo los principales proveedores económicos de la familia.

Antecedentes Obstétricos:

La historia obstétrica de “Aburra” revela complicaciones en gestaciones previas, incluyendo preeclampsia con muerte perinatal en su segunda gestación. Este antecedente podría haber contribuido a un mayor riesgo en la gestación actual, subrayando la importancia de una atención prenatal especializada y continua.

Embarazo No Planeado y Decisiones Reproductivas:

El embarazo no planeado y la decisión inicial de interrumpirlo en el segundo trimestre reflejan la complejidad de las decisiones reproductivas. La falta de planificación puede influir en el acceso y adherencia a la atención prenatal, mientras que los cambios de decisión introducen factores adicionales que afectan la gestión del embarazo.

Impacto del Covid-19:

La presencia de síntomas sugestivos de Covid-19 en la semana 36 y la falta de seguimiento ambulatorio después del alta hospitalaria son preocupantes. La no realización del seguimiento puede haber contribuido a la falta de detección temprana de posibles complicaciones, particularmente dada la asociación conocida entre el Covid-19 y complicaciones cardiovasculares.

Respuesta del Sistema de Salud:

La atención médica de Aburra se torna crítica cuando presenta taquicardia atrial y evoluciona a hipotensión y alteración del estado de conciencia. La remisión a un centro de mayor complejidad muestra una respuesta interdisciplinaria y oportuna por parte del sistema de salud. Sin embargo, la falta de respuesta al tratamiento y el posterior fallecimiento señalan la necesidad de explorar más a fondo las posibles causas subyacentes.

Factores Socioeconómicos:

El análisis de los factores socioeconómicos revela la dependencia económica de la pareja, con ingresos mensuales de aproximadamente \$1.000.000. Aunque no se menciona dificultad económica extrema, la situación financiera puede haber influido en la capacidad de acceso a servicios de salud adicionales y en la toma de decisiones relacionadas con la atención médica.

Caso 2 . Mortalidad materna “Lara”

Se presenta el caso de una gestante migrante de 19 años, no afiliada y perteneciente al grupo de población pendular. La paciente regresa a Colombia en diciembre de 2020 y busca atención humanitaria en salud para la inserción del implante subdérmico como método de planificación familiar. A pesar de cumplir con el protocolo, se evidencia una falta de seguimiento adecuado y educación sobre sus derechos y deberes en salud sexual y reproductiva. La paciente falleció el 6 de febrero de 2021

debido a un choque séptico refractario, en el contexto de una atención insuficiente y demorada.

Antecedentes Sociodemográficos:

Se dedicaba al trabajo informal, categorizándose como familia en línea de indigencia.

Antecedentes Obstétricos:

En el año 2019 estuvo más o menos 6 meses en la ciudad de Cúcuta debido a que cuando se enteró que había quedado en estado de embazo asistió a controles prenatales en el mismo lugar donde accedió a la planificación y tuvo asistencia del parto en el POLICLÍNICO, nace menor de sexo masculino y ella y su esposo regresan a su país de residencia (Venezuela).

Complicaciones y Atención Médica:

La gestante busca atención humanitaria para planificación familiar y se le realiza la inserción del implante subdérmico el 28/01/2021. La paciente, tras complicaciones de salud, consulta por urgencias el 5 de febrero de 2021. Se evidencia demora en el reconocimiento de signos y síntomas, así como falta de información clara sobre su condición durante la atención en urgencias. La remisión a tercer nivel se realiza con posterioridad a la atención en la ESE pública, sugiriendo una intervención tardía.

Desenlace Fatal:

La paciente fallece el 6 de febrero de 2021 por choque séptico refractario. La muerte se asocia con una atención insuficiente y una percepción de riesgo inadecuada.

10. Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos tanto del perfil sociodemográfico de los nacionales venezolanos en Colombia, el análisis de los datos obtenidos a partir del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional y el análisis cualitativo obtenido del grupo de expertos y las entrevistas a sobrevivientes. Se realiza una descripción desde el marco de los determinantes sociales de la salud de la siguiente forma:

Para el **acceso al sistema de sistema salud de las mujeres migrantes** se encontró que de acuerdo con los datos publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social “para el año 2018 el 49.28% de la población atendida no se encontraba afiliada al sistema general de salud”

Así mismo “en el año 2020 la situación de aseguramiento de los nacionales venezolanos fue uno de los elementos indagados por la encuesta de Calidad de Vida e Integración de los Migrantes Venezolanos en Colombia, la cual reflejaba que El 66,1 % de los migrantes venezolanos no está afiliado a ningún régimen y entre las principales razones de esta desafiliación se destacan la falta de documentos (64,4 %)”. Al respecto dentro de las observaciones del grupo focal con profesionales, mencionaron como los determinantes de salud de las mujeres migrantes dificulta el acceso a los servicios de salud.

Siempre he pensado como... salubrista que el migrante como tal no trae . enfermedades, sino que los determinantes en los que ellos se encuentran hacen obviamente que se puedan presentar un aumento de esas enfermedades que no es tanto por su condición de migrantes, sino por su dificultad al acceso a los servicios de salud.(FG1)

Lo anterior se relaciona con los datos de mortalidad materna del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional, donde la no afiliación es superior al 60% para el periodo analizado, siendo del 95,8 % para el año 2019 y para el evento de morbilidad materna extrema llega al 34 % para el año 2021.

Respecto al bajo acceso a servicios de salud de las mujeres migrantes, la información cualitativa recopilada de las entrevistas a mujeres sobrevivientes mencionó:

Me pusieron muchas barreras y, debido a eso... o sea, yo me sentía mal, devastada, con depresión porque yo decía: "o sea, no puede ser posible que... de que dejen morir a alguien debido a que no tenga una EPS; o sea, ¿son tan inhumanos?" Así decía yo. (M1)

Así mismo los profesionales que participaron en el grupo focal, hicieron referencia a la dificultad en el acceso a servicios y la inoportunidad en las atenciones por el retraso en inicio de los procesos:

.la morbilidad materna extrema-, que no es tanto como por su condición de migrantes, sino por su dificultad al acceso a los servicios de salud. (FG1)...

...recuerden que el hecho de que esté asegurada no significa que ha estado todo el periodo de gestación con nosotros; puede que la aseguren faltando una semana para el parto y no dio tiempo de hacer ninguna prueba, ninguna gestión del riesgo.(FN1)

Relacionado con lo anterior, la falta de oportuno acceso a los servicios de salud por las barreras en el aseguramiento incide de manera directa en las condiciones de salud de la gestante y del manejo oportuno del riesgo. Lo cual es afectado por el estatus migratorio, el cual implica dificultades para quienes debieron regularizarse y aún más para quienes mantienen el estatus migratorio irregular.

En este punto es importante mencionar que se encontraron a partir de los relatos, las diferencias idiosincráticas en el momento de la interpretación de la información brindada por las instituciones a las mujeres migrantes, si bien la barrera lingüística no se presenta (entendiendo que en ambos países se habla español) la forma en que se accede a los servicios de salud en Colombia difiere de la forma en que las personas acceden desde su país de origen. Lo anterior sumado al exceso de trámites que deben realizar (regularización, aseguramiento, afiliación, agendamiento) la falta de empatía y la desinformación generalizada de los funcionarios del sistema en cuanto a la ruta específica del migrante.

y como son de una cultura diferente a la de nosotros no son adherentes a esos procesos. Ellas se sienten estigmatizadas por ser migrantes y, a pesar de estar aseguradas, entonces no son adherentes al control prenatal.... (FA1)

Los migrantes identifican que el sistema difiere en la forma en la que se transmite la información del sistema, el funcionamiento del sistema de salud en Venezuela (los procesos de agendamiento de citas), incluida la percepción previa en la que conciben el acceso al sistema de salud.

Allá la salud es gratis y uno va a un centro o algo y ahí atienden a uno, le hacen todo, lo tienen chequeado.... Aquí sí es muy diferente porque si no tienes salud, te pueden atender, pero tienes que pagar a juro porque si no, no te dejan salir. (A1).

Relacionado con el análisis de este determinante, un estudio publicado por Pesantes A, Cortez L, Scaramutti C y otros autores (83); los cuales entrevistaron a profesionales de la salud y mujeres migrantes venezolanas en los servicios de salud materna en Lima, refiere como el sistema de salud Peruano favorece el acceso a servicios de salud materna

a través de un seguro integral de salud donde las personas más vulnerables puedan acceder sin barreras y específicamente las mujeres gestantes son registradas de forma temporal como herramienta para disminuir la mortalidad materna no solo para nacionales, sino para migrantes, refiriendo en las conclusiones del estudio por parte de esta población, la satisfacción en la atención materna con servicios inclusivos que disminuyen las brechas y la inequidad.

Respecto a la **calidad de los servicios de salud materna en la atención de mujeres migrantes**, es claro precisar que la información se genera a partir del desarrollo de las unidades de análisis de los casos de mortalidad materna, que para el caso de las muertes en migrantes no se desarrollaron por parte de las entidades territoriales. Es por esto que, a partir del grupo focal realizado con los profesionales, se obtienen elementos que permiten evidenciar las fallas en el sistema de salud colombiano que las lleva a complicaciones obstétricas y a la muerte; las cuales mencionaron los siguientes aspectos: “no se puede detectar tempranamente el riesgo, consultan el servicio de salud con complicaciones que no se pueden controlar y que las lleva a la muerte”. Así mismo mencionaron que, “ se dirigen a instituciones de salud ubicadas en las capitales de los departamentos donde hay más acceso a prestadores que pueden atender las complicaciones como en las ciudades de Barranquilla y Bogotá” esto implica mayor desplazamiento geográfico, lo cual implica mayor inoportunidad en la atención .

...desafortunadamente muchas de las usuarias migrantes, acceden a los servicios cuando ya están muy complicadas, No hay posibilidad de detectar, ... en etapas tempranas una complicación...llegan ya muy malitas, digamos de pronto de otros lugares..., porque saben que en Bogotá digamos esa voz a voz corre y saben específicamente cuáles son los puntos donde las van a atender. (FB2)

...como no tenía que EPS que eso que llaman me llevaron ... a una jornada de salud, que hacen gratis en el centro de salud ...que por fortuna Toño le dijeron que allá no cobraban y que era para los venezolanos.... (P1).

Frente a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud indica que, “la mayoría de las muertes maternas son evitables” dado que la atención en salud con calidad, de forma oportuna y con los cuidados específicos para cada emergencia obstétrica, determinan la sobrevivencia de las mujeres durante el periodo de gestación, parto y posparto (84). Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud da a conocer sobre la importancia de que todos los partos sean atendidos por profesionales que cumplan las condiciones técnicas, sean capacitados y cumplan con los criterios de calidad en la atención materno perinatal (85). Estas variables están relacionadas con el proceso migratorio que enfrentan las mujeres, donde presentan acceso insuficiente e inequitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva (3) .

...cuando salí del hospital ... yo pagué una consulta, porque aún no tenía... mi PPT todavía... o sea, aún estaba ilegal todavía. Yo pagué una consulta para que me viera una doctora...me lo hice todo pago, eh... Ya estoy mejorando, y ella fue la que me explicó... tú fuiste a la semana treinta y ocho, ella tenía que haberte mandado hacer una cesárea de emergencia, para que te hicieran la cesárea y tus presiones no subieran tanto y se hubiese atacado el problema con tiempo.(M1)

A pesar del acceso inoportuno, la atención según el sitio de atención del parto fue del 98% en una institución de salud, solo el 1,6 % fueron nacimientos en el domicilio (54). Lo cual se relaciona con los relatos dado que mencionan que las mujeres acceden en el momento de la atención del parto con complicaciones obstétricas que no fueron manejadas oportunamente y las lleva al fallecimiento.

En cuanto a los factores que se han determinado en las unidades de análisis, pues eh (...) podemos observar que hay deficiencia en cuanto a la red de prestadoras (...) en cuanto a la contratación, en cuanto a referencia y contrarreferencia, captaciones tardías, la poca actividad de los controles prenatales por parte de las gestantes -muy deficiente también (FN1)

Frente a los aspectos relacionados con el acceso oportuno y con calidad a los servicios de salud de las mujeres migrantes; un estudio publicado en el año 2021 por Arango y Ahumada (86) indican que, “a pesar de los esfuerzos en la ejecución de políticas públicas del gobierno colombiano” persisten las brechas en el acceso oportuno a los servicios de salud de las mujeres en el periodo de gestación. Así mismo indican en otro estudio desarrollado por Gibón y otros en el 2014, como las migrantes africanas que inmigraron en condiciones humanitarias y no humanitarias presentaron circunstancias que afectaron directamente la salud sexual y reproductiva (87).

De igual forma, un estudio publicado por la Organización Internacional de Migración en Honduras indica que, “hay pocos estudios en Latinoamérica sobre condiciones sociosanitarias de población migrante que incluyan los riesgos y vulnerabilidades en salud, así como el nivel de disponibilidad y acceso a los servicios de salud”, e indica que “los proveedores en salud saben poco sobre sus necesidades específicas en salud y no están adecuadamente preparados para atender esta población” (88).

Otro aspecto identificado respecto a las dificultades de acceso a los servicios de salud fue el de la **discriminación y xenofobia**, lo cual se ve reflejado en relatos realizados en las entrevistas y grupo focal; donde menciona el rechazo del colombiano hacia el venezolano, tanto en su entorno como en los servicios de salud.

...En las encuestas mirábamos, no solamente cómo hay la xenofobia hasta este tipo de población, sino también cómo vemos el rechazo del colombiano todavía hacia el venezolano, y cómo fue la percepción de ellos al momento de venirse. Muchos fueron violentados, muchos fueron vulnerados -sus deberes y derechos- y es triste ver cómo un profesional, indiferentemente, en este momento en el país -por no tener... (FN1)

Al respecto en un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud en Lima, donde se incluyen específicamente como barrera en los servicios de salud de la población migrante la discriminación y xenofobia e indican que “Esta barrera vinculada al sistema de salud dificulta gravemente la atención de salud” (89), de igual forma relacionan que en el estudio donde se recopiló información a través de testimonios, se presentó este tipo de discriminación, “se incluye trato hostil y agresivo cargado con comentarios explícitos y cargados de prejuicio que aluden a la nacionalidad de los pacientes” (88).

Respecto a los **determinantes intermedios en salud** en el contexto de la morbimortalidad materna; como son la escolaridad, el acceso a trabajo remunerado. Las fuentes consultadas indican como solo el 8 % tiene una carrera profesional (44) , así como las dificultades en el acceso a trabajo digno en Colombia, donde las personas jóvenes son quienes más presentan dificultades; es importante indicar que, de acuerdo a la caracterización realizada, los jóvenes de edades entre 15 y 39 años son el grupo poblacional que representa una alta proporción en el total de los migrantes, los cuales se encuentran en edad reproductiva y por ello, requieren mayor atención en servicios de salud sexual y reproductiva.

Lo anterior se relaciona con lo identificado en el análisis de datos de morbimortalidad materna, las edades en las que fallecen las mujeres se encuentran en mayor proporción

en edades entre los 20-34 años y para los años 2017-2018, las muertes maternas notificadas no accedieron a educación superior.

Al enlazar estos aspectos con los relatos realizados a las mujeres, se evidencia como afectan directamente el acceso a salud, la falta de identificación de factores protectores en la maternidad, señales de alarma para acudir a los servicios de salud, así como aspectos económicos que permitan contar con los recursos para el desplazamiento a las instituciones; así como el área geográfica donde residen y la dependencia económica y/o falta de autonomía de estas mujeres.

los niveles laborales a los que ellos pueden acceder ... están limitados. No es el mismo nivel al que ellos pueden estar acostumbrados en Venezuela {...} todavía se siguen observando que existen limitaciones y barreras; a nivel social de educación y a nivel de salud.(FB1)

muchas de ellas también, con dependencia económica, con acceso escasos a recursos económicos, a trabajos formales, a un aseguramiento... con embarazos no planeados, como lo dijimos, con ausencia de controles prenatales, ausencia de acceso a métodos de regulación, (FG1)

Frente a estos determinantes sociales, se encuentra que estos aspectos han sido poco estudiados, algunas publicaciones como el ya mencionado (Arango y Ahumada 2014), hacen referencia a los factores negativos de las gestantes migrantes, donde se incluyen los bajos ingresos para acceder a canasta básica, las dificultades para incursionar en el mercado laboral formal y la clase social baja de estas migrantes (85). Así mismo, en el estudio mencionado anteriormente registra como condiciones de vulnerabilidad de la población migrante, la baja escolaridad, el incremento de mujeres

menores de edad en los migrantes, los bajos ingresos económicos, el bajo acceso a servicios de autocuidado (87).

De acuerdo **con el área geográfica y la pertenencia étnica** en la caracterización sociodemográfica se indicó que “Cerca del 75% de los nacionales venezolanos que residen en Colombia se concentran en cinco zonas específicas, alrededor del 25% del total se ubican en la zona centro (Bogotá - Cundinamarca), seguidos por la zona caribe (Atlántico, Bolívar, Guajira y Magdalena) con alrededor del 20 %, y por los departamentos de Antioquia, Norte de Santander y Valle del Cauca”. Lo cual coincide con el análisis realizado desde la información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública donde se identificó que “la migración muestra cómo estas mujeres fallecen mayormente en los departamentos de la Región Caribe y Andina; según el número de casos el distrito de Bogotá es el que presenta más casos para el 2017 (90), seguido de Antioquia” (72).

Respecto al área geográfica donde se presentan los casos de morbimortalidad materna, relacionados con los aspectos identificados en el estudio cualitativo aportan en determinar que estas mujeres residen en áreas de difícil acceso:

Igualmente vemos que esta población se encuentra focalizada en algunas áreas específicas, en zonas muy vulnerables de difícil acceso donde ya ellos tienen, eh... digamos que su cerco y son ellos quienes acordonan, quienes lideran y quienes hacen el proceso y ya sabemos que es población venezolana la que encontramos allí (FN1)

Así mismo se encuentra que el número de muertes maternas en población indígena es significativo (cuatro muertes) y en la notificación de casos de morbilidad materna extrema es de 78 casos para el año 2021 “a población indígena tanto para nacionales como para

migrantes presenta un porcentaje significativo de casos al compararlo con el total de casos para cada año, siendo esta población la que presenta mayor vulnerabilidad, menor acceso a servicios de salud.” En el grupo focal mencionan en mayor riesgo las mujeres migrantes pertenecientes a los grupos Wayuu y Yukpa.

Pero de los factores culturales que yo podría resaltar de las maternas que hemos tenido... de las muertes maternas y de las morbilidades maternas extremas acá en el departamento, muchas -o vamos a decir que más del 80% de nosotras- son, (...) indígenas como lo dije inicialmente que eran, eh... indígenas wayuu poli residenciales: ellos no se reconocen como nómadas, sino polis residenciales, (FG1)

Respecto a las **condiciones de vida en Venezuela y el proceso migratorio** los datos son obtenidos de las entrevistas realizadas a las mujeres entrevistadas, donde se relaciona como la situación en Venezuela era favorable antes de los procesos migratorios, “tenían acceso a vivienda, vehículos, negocios”, así mismo indican que en la actualidad se presenta falta de recursos económicos “dados por la inestabilidad política” y que afectan directamente los servicios de salud en Venezuela, ya que en las instituciones se presentaba falta de personal médico, falta de acceso a medicamentos, disminución de la capacidad médica. A lo anterior se suman los servicios de salud sexual y reproductiva insuficientes, con poca información respecto a los métodos de regulación de la fecundidad.

Lo que sí sé en el tema de los servicios de salud de Venezuela es que no promueven la anticoncepción y la planificación familiar, y la cultura tanto de hombres como mujeres de acuerdo con lo que ellas mismas manifiestan es que no les gusta planificar; o sea, vienen con una concepción de que no a la planificación y mucho menos a la vasectomía de los hombres.

Frente a esta variable, el estudio antes mencionado el cual fue realizado por OIM en Honduras refiere que, las principales causas de migración “resultan de la inequidad

social, donde se incluyen la pobreza y el desempleo; las cuales llevan a las personas a buscar otras oportunidades que les permitan mejorar sus condiciones de vida” (91). De igual forma el estudio de Ahumada y Arango (85) hace referencia a los determinantes intermedios, “donde indican que la totalidad de las gestantes sufrieron separación de la familia”, siendo este un problema de salud mental que afecta a la mujer gestante. Otros determinantes que hace referencia este estudio incluyen factores conductuales como el hacinamiento, el acceso a aspectos básicos de bienestar que puede llevar a afectaciones durante la gestación.

Así mismo las **condiciones de salud, morbilidad y gestación** en las que se encontraban las mujeres antes de migrar a Colombia, se evidencian a través de la descripción cualitativa donde se incluyen características como; acceso tardío a controles prenatales, falta de garantía de la ruta de atención materno perinatal, afiliación inoportuna y múltiples dificultades para acceder a la base de datos de una EPS, mayor responsabilidad en la atención de las mujeres migrantes por parte de los prestadores, ya que son a quienes acude la mujer en el momento de la complicación obstétrica. Aumento en el número de casos de morbilidad materna extrema, sífilis gestacional y sífilis congénita en población no asegurada.

(...) son por causas directas y exactamente las mismas que las de nosotros si no van a un control prenatal bien hecho: una preeclampsia, una eclampsia, una hemorragia obstétrica severa,

a nivel de salud pública, un aumento de ciertas enfermedades de transmisión sexual -hablando del área de salud sexual y reproductiva-, (...) sobre todo en la sífilis congénita y sífilis gestacional en migrantes.

Como se ha mencionado, las condiciones en las que se desarrollan las morbi mortalidades maternas en migrantes son similares a las que se presentan en las mujeres colombianas, la falta de acceso a servicios oportunos de salud sexual y reproductiva, así como las causas de muerte y la falta de calidad de atención; Pero es adecuado resaltar que, por su estado migratorio, estas mujeres presentan mayor vulnerabilidad.

Al respecto, en el estudio de Arango y Ahumada (85) se indica que, en el “ tránsito migratorio de las gestantes migrantes se destacaron diferentes condiciones adversas durante la salida, tránsito y destino final... donde es prioritario enfocar la atención en el acompañamiento bajo escenarios que no pongan en riesgo la integridad física y mental de estas mujeres”.

Así mismo, una publicación sobre “morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes atendidas en una institución en Colombia” (92) concluyó, que “las variables similares que definen los perfiles de morbilidad materna extrema de embarazadas colombianas y venezolanas se encontró mayor edad, y más embarazos y partos” lo cual determinó mayores complicaciones obstétricas como el trastorno hipertensivo y las hemorragias obstétricas.

Finalmente es importante indicar que, “Colombia se ha visto enfrentada a un súbito fenómeno migratorio , que implica grandes retos en salud pública y en su gobernanza” a nivel territorial a fin de garantizar la inclusión y la equidad de la salud sexual y reproductiva de la mujer migrante (93).

11. Conclusiones

- En el análisis de la morbimortalidad materna a partir de la revisión de datos demográficos, situación de los eventos de interés en salud pública y la integración de los análisis cualitativos a través de la integración de las entrevistas de las mujeres sobrevivientes, permite evidenciar la importancia del análisis diferencial de la mortalidad materna en migrantes, así como el contexto en el que se desarrollan los procesos de migración en las mujeres venezolanas y sus procesos de gestación.
- El análisis de la mortalidad materna desarrollado en los comités, no se desarrolló en los casos de mujeres que no cumplieran con la definición de residencia (permanencia por mínimo de seis meses), así mismo en los años posteriores los análisis no incluyen la totalidad de variables sociales y demográficas, así como los determinantes sociales y del sistema de salud que contribuyeron en esas muertes; lo cual pudo determinarse a partir del grupo focal desarrollado con los líderes del proceso en el territorio.
- Así mismo se observa que los comités de unidad de análisis desarrollados por las entidades territoriales; están estructurados por determinantes sociales; pero no logran incluir todas las variables cualitativas en las que ocurren estas muertes (muestran aspectos generales).
- El desarrollo del grupo focal mencionado permitió establecer como principal conclusión que la regularización, así como el acceso al sistema de salud oportuno de las mujeres migrantes, es el factor que más incide en la disminución de la

mortalidad materna y la reducción de complicaciones en morbilidad materna extrema, así como el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

- Se identificaron elementos y circunstancias específicas de los determinantes sociales intermedios relacionados con la morbilidad y la mortalidad materna, lo cual permitió comprender mejor cómo se desarrollan las circunstancias en las que ocurren las complicaciones en la gestación, a partir de los relatos de las mujeres migrantes.
- Al igual que los aspectos identificados en las morbimortalidades maternas que afectan las muertes a nivel nacional, así como los determinantes sociales identificados; las mujeres migrantes registran variación en los mismos aspectos, donde se incluyen el bajo acceso a servicios de salud de calidad, las barreras geográficas, el bajo acceso a educación y trabajo como lo descrito en este estudio. Siendo para las mujeres migrantes más amplias las brechas de desigualdad y vulnerabilidad.
- Se identificó como la idiosincrasia y la forma de comunicación de las mujeres migrantes, juegan un papel fundamental en la interpretación de la información relacionada con el sistema de salud colombiano, donde se incluye: como acceder a la atención en salud, la información y educación en salud de la gestante, así como los momentos donde se presentan signos de alarma durante la gestación, entre otros.
- Al comparar el análisis de las principales variables sociales y demográficas de los casos de morbimortalidad en nacionales con los casos en migrantes, se encontró que son similares, es decir las mujeres gestantes colombianas y migrantes

venezolanas se ven afectadas por las mismas brechas. Pero en el caso de las mujeres migrantes, aunque son los mismos determinantes, es mayor la desigualdad y la inequidad.

- Las entrevistas desarrolladas en las mujeres migrantes que presentaron morbilidad materna extrema en las diferentes ciudades (La Guajira, Norte de Santander, Cundinamarca) muestran circunstancias similares y aspectos de vulnerabilidad con las mismas variables, con respecto a las mujeres colombianas.
- Finalmente es importante indicar que el estudio desarrollado brinda elementos de análisis de la salud pública en mujeres migrantes, lo cual debe ser retribuido a las mismas con la socialización de lo identificado en espacios de toma de decisiones, que permitan la generación de procesos para esta población.

12. Recomendaciones

- Se hace necesario desarrollar políticas públicas donde se garanticen los derechos de la mujer migrante, así como la integración de otros sectores que permitan abordar las situaciones y determinantes sociales que afrontan estas mujeres en su periodo de gestación.
- En la atención de mujeres migrantes en los servicios de salud sexual y reproductiva, es importante incorporar elementos de información en salud que permitan a esta población tener claridad sobre cómo acceder a los servicios de salud de acuerdo con sus estilos y modos de ser (idiosincrasia).

- Las acciones y políticas en salud pública deben generar procesos de gestión y atención a mujeres en edad fértil en condición de migración, así como elementos específicos en salud sexual y reproductiva.
- Se hace necesario que las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud, fortalezcan sus acciones de gestión para la afiliación y acceso oportuno de las mujeres en periodo de gestación, en aquellos momentos que se identifiquen.
- Generar acciones que permitan que las mujeres migrantes accedan a los servicios de salud sexual y reproductiva en el periodo de posparto, facilitar el acceso a métodos de regulación de la fecundidad.
- Desarrollar acciones de sensibilización con los profesionales de la salud, respecto a las condiciones de migración de las mujeres venezolanas, así como la forma de brindar la información en salud, los riesgos en salud sexual y reproductiva, signos y síntomas de alarma en la gestación, las formas y modos de acceder a los servicios en salud en el momento de identificar riesgo obstétrico.
- Integrar a los cooperantes a nivel territorial en los procesos de caracterización de población migrante, las rutas de atención en salud para la maternidad segura, la información en salud, el acceso a la red de prestación. Así como la integración de estos procesos con los gobiernos, a fin de garantizar la sostenibilidad de las acciones desarrolladas.
- Es necesario abordar la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes integrando la atención de las enfermedades de transmisión sexual, específicamente para los eventos de sífilis gestacional y congénita.

- Según el modelo de determinantes sociales de la OMS, así como el Plan Decenal de Salud Pública, se indica que la afectación de los determinantes estructurales no corresponde solo al sector salud sino de toda la sociedad y al Estado, aunque a partir del sector salud se puede valorar cómo afectan estos determinantes en los resultados de salud de una población. Aquí es importante señalar que la definición de políticas públicas en otros países de la región, incluyen conceptos, elementos y características, que permiten disminuir la inequidad de la población migrante.
- Integrar en los Planes de Acción en Salud de los territorios, acciones diferenciales en salud sexual y reproductiva a mujeres migrantes, donde ellas sean participes de los procesos educativos y líderes en su familia y comunidad.
- Las acciones colectivas deben estar integradas con la política nacional de salud sexual y reproductiva y determinar aspectos de intervención de acuerdo a las necesidades en salud específicas de esta población; el solo hecho de que las mujeres accedan a un servicio de salud, no implica que estas mujeres identifiquen todos los aspectos relacionados con el mismo.

13. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Salud. Informe final de mortalidad materna. Bogotá DC. 2020-2021. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA_2019.pdf
2. Fernández J, Bojorquez I. Migration of Venezuelans to Colombia. Lancet. 2018; 392(10152): 1013–4. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0392-0>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Acceso salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil. Observatorio Nacional de Migración y Salud. Mayo 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/boletn4-acceso-salud-mujeres-migrantes-refugiadas-edad-fertil.pdf>
4. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos a la Asamblea General de las Naciones Unidas; 2012 https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf
5. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública. PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Bogotá D.C. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
6. Unidad de Salud de Arauca/UNFPA. Informe de situación. Alerta por incremento de los riesgos de mortalidad y morbilidad materna extrema en mujeres migrantes, en el departamento de Arauca, Colombia en el primer trimestre de 2023. Arauca. 13 de abril de 2023. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/alerta-incremento-de-riesgos-mortalidad-y-morbilidad-materna-extrema-arauca>
7. Departamento Nacional de Planeación. (2018). Documento Conpes Social 3918. Bogotá D.C. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
8. Freyermuth, G. (2016). Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. Revista CONAMED. México. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con2016/con161e.pdf>

9. Organización Panamericana de la Salud. (2020). Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Instituto Nacional de Salud. Análisis de desigualdades de la mortalidad materna según etnia, Colombia 2008-2020. Informe de eventos en salud pública. Informe 14. Bogotá, año 2022. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/14.%20Panorama%20de%20eventos%20en%20salud%20p%C3%ABblica.pdf>
11. Organización Mundial de la Salud. (2015). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
12. Sustainable Development Goals Fund. (S.f). Objetivos de desarrollo sostenible. <https://www.sdgfund.org/es/objetivo-3-buena-salud>
13. Dávila, C, y Agudelo, M. (2014). Mortalidad evitable en México y su contribución a los años de vida perdidos. Análisis por grado de marginación estatal, 2001-2010. Papeles de Población. México. <https://www.redalyc.org/pdf/112/11232827011.pdf>
14. Ugarte, M. (2019). La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes: el “plus” de la desigualdad. Revista Internacional de Estudios Feministas. https://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/arief.2019.4.1.3705/g3705_pdf
15. Fernández, J; Rojas, M; Bojorquez, I, Giraldo, V; Sobczyk R; Acosta, J; Flórez, V; y Rodríguez, D. (2019). Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Rev Univ Ind Santander Salud. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>
16. Clara Menendez, Anna Lucas. Analizando la mortalidad materna desde un enfoque de equidad: la importancia de contar con datos de calidad. Barcelona-España. Instituto de Salud Global. Disponible en: <https://www.isglobal.org/documents/10179/25254/Mortalidad+materna+desde+un+enfoque+de+equidad/9952a822-72b7-4144-8a74-c90a10d892b5>
17. Ministerio de Salud y Protección Social-UNFPA. Determinantes sociales de la Morbilidad y mortalidad materna. Acciones para superar las demoras I y II: Bogotá. 2014. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/determinantes-sociales-de-la-morbilidad-y-mortalidad-maternas>

18. Organización Panamericana de la Salud. Metodologías para intercambio de información y gestión del conocimiento en salud. Tomar decisiones en salud pública. OPS/OMS. 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52952/Decisionespublicas_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Health Sciences Descriptors: DeCS [Internet]. 2017 ed. São Paulo (SP): BIREME / PAHO / WHO. 2017 [updated 2017 May 18; cited 2017 Jun 13]. Available from: <http://decs.bvsalud.org/l/homepagei.htm>
20. Maria Rosa Pozo Guerrero. Muertes maternas y modelo de las tres demoras. Unidad de investigación de la Universidad Peruana Heredia. 2014. Disponible en: https://co.search.yahoo.com/search?fr=mcafee&type=E211CO885G91806&p=MUERTE+MATERNAS+Y+MODELO+DE+LAS+TRES+DEMORAS+Maternal+deaths+and+model+of+three+delays+Mar%C3%ADa+Rosa+Pozo+Guerrero*
21. Organización Mundial de Salud. Foro Iberoamericano de discusiones sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) “Dr. Roberto A. Becker” 2018. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna/>
22. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22.>
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Acceso salud de las mujeres migrantes y refugiadas en edad fértil. Observatorio Nacional de Migración y Salud. Mayo 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/boletn4-acceso-salud-mujeres-migrantes-refugiadas-edad-fertil.pdf>
24. Centro Centroamericano de población. Indicadores de salud materna y perinatal. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm>
25. Instituto de Salud Pública de México. Hacia una definición incluyente de la razón de mortalidad materna. Ciudad de México. 2020. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/4131-mortalidad-materna.html>
26. Informes de estadística sociodemográfica aplicada. Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. DANE. 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas->

[sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf](#)

27. Rodríguez, Y; y Rodríguez, A. (2012). Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el caribe. Movimiento científico IBEROAMERICANA. <https://revmovimientocientifico.iberro.edu.co/article/view/165/137>

28. Mariana Romero, Edgardo Ábalos. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Modelo de análisis de la morbi-mortalidad materna. Buenos Aires- Argentina. 2010. Disponible en: https://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/Hoja_Informativa_OSSyR_03.pdf

29. Omar Méndez Gallo, Liliana Gallego Vélez, Bernardo Agudelo Jaramillo. Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna. Ejemplos de aplicación del modelo de análisis de la mortalidad materna. Disponible en: <https://ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/7.1.pdf>

30. S Tadeo, D Maine. Demasiado lejos para caminar: la mortalidad materna en contexto. Abril de 1994. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med. 1994 Apr;38(8):1091-110. doi: 10.1016/0277-9536(94)90226-7. PMID: 8042057. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8042057/>

31. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Nacional de Salud. Guía de análisis integrado de mortalidad materna basado en la web. Protocolo de mortalidad materna. Bogotá, 2016 Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33712/9789275319338-spa.pdf>

32. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de morbilidad materna extrema. Bogotá. Marzo de 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20materna%20extrema.pdf

33. Comportamiento de la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, semanas epidemiológicas 01-52, Colombia 2016 - 2021. Boletín epidemiológico semanal 08 de 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Boletin_epidemiologico_semana_8.pdf

34. Ministerio de Salud y Protección Social. UNFPA. Vigilancia de la morbilidad materna extrema. Documento técnico y conceptual sobre la metodología de análisis de información para auditoría de calidad de la atención materna. Bogotá. año 2010. Disponible en: https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidadmaternaextrema_web.pdf

35. UNFPA. Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu. Bogotá, noviembre 2017

Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/DeterminantesMortalidadMaternalIndi%CC%81gena-3-7-19.pdf>

36. Discussion Paper: A Social Determinants Approach to Maternal Health. Roles for Development Actors. The United Nations Development Programme. UNDP 2011. Disponible en ; <https://www.undp.org/publications/social-determinants-approach-maternal-health>

37. Organización Panamericana de la Salud. Seminario sobre inequidades y mortalidad materna. Montevideo. junio de 2023 Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-6-2023-seminario-sobre-inequidades-mortalidad-materna-convoca-mas-300-personas>

38. Hernández L, Ocampo J, Ríos D. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Universidad de los Andes. Bogotá 2017 . Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2017.v19n3/393-395/#>

39. Romero Mendoza L. Análisis espacial de la muerte materna desde los determinantes sociales de la salud en Cesar Colombia 2009-2018. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá 2021. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/56248/AN%c3%81LISIS%20ESPACIAL%20DE%20LA%20MUERTE%20MATERNA%20DESDE%20LOS%20DSS%20EN%20CESAR%2c%20COLOMBIA%2c%202009%20-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

40. Organización Internacional para las Migraciones OIM. Términos fundamentales sobre migración, disponible en: <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>

41. Miralles, N. (2021). Informe ICIP: Mujeres y construcción de paz desde la diáspora y el exilio en Europa. Disponible en: https://www.icip.cat/wp-content/uploads/2021/10/informe19_CAS_1410.pdf

42. Padilla, B; y López, M. (2021). Venezolanos en Argentina, Estados Unidos y Portugal: una diáspora en construcción. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/remhu/a/WH9vp5Bs8vqXqDZR7ggVjgr/?format=html&lang=es#>

43. Migración Colombia. (2021). Distribución de venezolanos en Colombia corte 31 de agosto de 2021._ <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-agosto-de-2021>

44. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Mejor educación y empleo para jóvenes son clave para aprovechar el bono demográfico. disponible en: https://www.cepal.org/notas/75/EnFoco_3 .

45. World Health Organization. Health of Migrants – the way forward Report of a global consultation. Madrid, Spain 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/health-of-migrants-the-way-forward>
46. World Health Organization. Salud de los refugiados y migrantes. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
47. Cattacin S, Chiementi M, Cuadra B. Difference Sensitivity in the Field of Migration and Health : national policies compared disponible en: <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:40962>
48. World Health Organization. Health of Migrants – the way forward Report of a global consultation. Madrid, Spain 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/health-of-migrants-the-way-forward>
49. Constitución Política. 1991. Congreso de la República. Bogotá, Colombia. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Constitucion/1687988>
50. Corte Constitucional. *Sentencia T-881/2002*. MP, Eduardo Montealegre Lynett. Bogotá, Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-881-02.htm>
51. Congreso de la República. 2015. *Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia. <https://www.suinjuriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30019746#:~:text=El%20Sistema%20garantizar%C3%A1%20el%20derecho,y%20rehabilitaci%C3%B3n%20de%20sus%20secuelas.>
52. Asamblea General de la Naciones Unidas. 1948. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París, Francia. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
53. Congreso de la República. 1993. *Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Colombia. <https://www.suinjuriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1635955#:~:text=LEY%20100%20DE%201993&text=Acciones%20de%20Cobro.,que%20expida%20el%20Gobierno%20Nacional.>
54. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública. PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C. 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

55. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá, Colombia. [https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995#:~:text=\(agosto%202020\)-,por%20la%20cual%20se%20adoptan%20los%20lineamientos%20t%C3%A9cnicos%20y%20operativos,las%20directrices%20para%20su%20operaci%C3%B3n](https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039995#:~:text=(agosto%202020)-,por%20la%20cual%20se%20adoptan%20los%20lineamientos%20t%C3%A9cnicos%20y%20operativos,las%20directrices%20para%20su%20operaci%C3%B3n)

56. Congreso de la República. 2021. *Ley 2136 de 2021, Por medio de la cual se establecen las definiciones, principios y lineamientos para la reglamentación y orientación de la Política Integral Migratoria del Estado Colombiano - PIM, y se dictan otras disposiciones.* Bogotá, Colombia. Disponible en: [https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=30042094#:~:text=LEY%202136%20DE%202021&text=\(agosto%202020\)-,por%20medio%20de%20la%20cual%20se%20establecen%20las%20definiciones%20C%20principios,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones](https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=30042094#:~:text=LEY%202136%20DE%202021&text=(agosto%202020)-,por%20medio%20de%20la%20cual%20se%20establecen%20las%20definiciones%20C%20principios,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones).

57. Presidencia de la República. Decreto 216 de 2021, Por medio del cual se adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos Bajo Régimen de Protección Temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria. Bogotá, Colombia. Disponible en https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/decreto_0216_2021.htm#:~:text=El%20presente%20decreto%20tiene%20por,el%20Permiso%20por%20Protecci%C3%B3n%20Temporal.

58. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 572 de 2022, Por la cual se incluye el Permiso por Protección Temporal — PPT como documento válido de identificación de los migrantes venezolanos en los sistemas de información del Sistema de Protección Social y se definen sus especificaciones. Bogotá, Colombia. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?dt=S&i=122499>

59. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3015 de 2017, Por la cual se incluye el Permiso Especial de Permanencia - PE como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=70854>

60. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 064 de 2020, Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=89816&dt=S>

61. Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. Departamento de Investigación Educativa. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000400006
62. Good, B. (2003). Medicina, Racionalidad y Experiencia: Una perspectiva Antropológica. Ediciones Bellaterra. Barcelona.
https://bibliotecadigital.uchile.cl/discovery/fulldisplay?docid=alma991007548047303936&context=L&vid=56UDC_INST:56UDC_INST&lang=es&adaptor=Local%20Search%20Engine&tab=Everything&query=any%2Ccontains%2CMedicina%2C%20racionalidad%20y%20experiencia&offset=0
63. Harding, S. (1987). Feminism and Methodology. Traducción de Gloria Elena Bernal. ¿Existe un método feminista? University Press. Bloomington, Indianapolis. Indiana.
https://urbanasmad.files.wordpress.com/2016/08/existe-un-mc3a9todo-feminista_s-harding.pdf
64. Abadía, C. (2008). Intersubjetividad webs estructuradas: la salud en Colombia como dilema epistemológico y político para las Ciencias Sociales. Bogotá – Colombia.
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/2101/1327>
65. Veiga de Cabo Jorge, Fuente Díez Elena de la, Zimmermann Verdejo Marta. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med. segur. trab. [Internet]. 2008 Mar [citado 2023 Nov 19] ; 54(210): 81-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es.
66. Gómez-Luna E, Fernando-Navas D, Aponte-Mayor G, , Betancourt-Buitrago LA Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. Dina [Internet]. 2014;81(184):158-163. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=49630405022>
67. Mejía, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones sociales. Lima –Perú.
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/6851>
68. Létourneau J. La caja de herramientas del joven investigador. Medellín 2009.la carreta editores.
69. Morgan, D. (1988). Focus groups as qualitative research. Londres.
<https://www.kth.se/social/upload/6566/Morgan.pdf>

70. Pilar Robles Garrote y Manuela del Carmen Rojas. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. Revista Nebrija No 18. Universidad de Nebrija. 14 de febrero de 2015. Disponible en: <https://www.nebrija.com/revista-linguistica/la-validacion-por-juicio-de-expertos-dos-investigaciones-cualitativas-en-linguistica-aplicada.html>
71. Organización Panamericana de la Salud. (2018). ¿Cuáles son las pautas éticas que deben regir las investigaciones con seres humanos? [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14071:new-guidelines-on-ethical-treatment-of-humans-in-health-related-research&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0. \)](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14071:new-guidelines-on-ethical-treatment-of-humans-in-health-related-research&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0.)
72. Migración Colombia. (2022). Distribución de venezolanos en Colombia corte 31 de octubre de 2022. <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia>.
73. ANDI. Inclusión laboral de migrantes, una apuesta del sector privado. disponible en: <https://www.andi.com.co/Uploads/Paper%20Inclusión%20Laboral%20a%20Población%20Migrante%20-%20Junio%202023.pdf>
74. DANE. Encuesta Pulso de la Migración 2023. disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/encuesta-pulso-de-la-migracion-epm>
75. Proyecto migración Venezuela, Semana. Caracterización de los hogares migrantes a partir de la Encuesta de Calidad de Vida e Integración de los Migrantes Venezolanos en Colombia. Diciembre 2020. Disponible en: https://migravenezuela.com/wp-content/uploads/2023/07/1632325014_informeencuesta_calidad_de_vida_e_integracion_migrantespdf.pdf
76. Análisis de situación de salud Colombia 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>. Análisis de situación Colombia 2022, consultado 6/11/2023)
77. Análisis de situación de salud Colombia 2022, 2021, 2020, y 2019, disponibles en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>.
78. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Migración en Colombia y respuestas de Política Pública. 2022 disponible

en://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-11/PNUDLAC-working-paper-34-Colombia-ES.pdf

79. Migración Colombia, “Colombia y Venezuela, más que 2.200 kilómetros de frontera”, Bogotá, 2018b, disponible en: www.migracioncolombia.gov.co/infografias/colombia-y-venezuela-mas-que-2-200-kilometros-de-frontera-2.

80. Ramírez Salazar, J. C. (2022). Acceso al derecho de salud en Colombia para la población migrante venezolana y las acciones que ha tomado el país para que este derecho no sea vulnerado. disponible en: <http://hdl.handle.net/10609/147716>

81. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Bogotá DC. 2019 Disponible en : <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>

82. Frenz, Patricia. «Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud.» *Ministerio de Salud de Chile*. 2005. <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6b9b038df97d550fe04001011e014080.pdf>

83. Pesantes MA, Cortez L, Scaramutti C, Portocarrero J, Haghparast-Bidgoli H y Miranda JJ. Respondiendo a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las migrantes venezolanas en Lima. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e69. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.69>

84. Organización Mundial de la Salud. (2023). Mortalidad Materna. Centro de prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

85. Organización Panamericana de la Salud. Hoja informativa 2023. Salud Materna. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>

86. Arango González, Amador Ahumada. Comportamiento de los determinantes sociales de la salud venezolanas migrantes gestantes en Colombia. *Rev. Avances en Salud* 2021; 5(2): 43-53. Disponible en: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/download/2968/3990/16332>

87. Gibson-Helm M, Teede H, A Block A, Knight M, East C, Wallace E, et al. Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: A retrospective, observational study in Australia. Vol. 14, *BMC pregnancy and childbirth*. 2014. 392 p. Disponible en :<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0392-0>

88. Organización internacional para las migraciones. OIM. Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de factores de riesgo y vulnerabilidades asociados a la migración en Honduras. Fondo de la OIM para el desarrollo. 2015 disponible en: https://www.saludymigracion.org/system/files/repositorio/condicion_de_salud_honduras.pdf
89. Organización Panamericana de la Salud. Línea de base de los problemas y necesidades de salud de las personas refugiadas y migrantes procedentes de Venezuela en Lima metropolitana. Marzo 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56311/9789275326091_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
90. Centro Centroamericano de población. Indicadores de salud materna y perinatal. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/cursoweb/3314mat.htm>
91. Organización internacional para las migraciones. OIM. Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de factores de riesgo y vulnerabilidades asociados a la migración en Honduras. Fondo de la OIM para el desarrollo. 2015 disponible en: https://www.saludymigracion.org/system/files/repositorio/condicion_de_salud_honduras.pdf
92. Ramírez Cale A, Ramírez González B, Quirós Gómez Oscar. Morbilidad materna extrema en nacionales e inmigrantes, atendidas en una institución hospitalaria, Colombia, 2017-2020. Ginecología y obstetricia de México. Ciudad de México 2022. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000100004
93. Ministerio de relaciones exteriores de Colombia. Radiografía migratoria Colombia-Venezuela 2017

14. Anexos

ANEXO1. Imágenes Trabajo de Campo.



ANEXO2. Formato consentimiento informado

Título del Proyecto:	Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud en el exceso de morbilidad materna en el contexto de la diáspora venezolana en Colombia, 2017 - 2021
Investigadores principales:	Pinilla Saraza, Maria Eugenia; Sotelo Londoño, Héctor Hugo

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **Héctor H. Sotelo Londoño, Maria Eugenia Pinilla**, de la **Fundación Universitaria Juan N. Corpas**. El objetivo principal de esta investigación es: **Analizar la influencia de los determinantes sociales de la salud en el comportamiento de la morbilidad materna entre 2017 -2021 en el contexto de la diáspora venezolana en Colombia.**

Si usted accede a participar en esta investigación, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 90 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo

que las investigadoras puedan transcribir fielmente después las ideas que usted haya expresado. También se tomará un registro audiovisual de la entrevista y una vez se cuente con su autorización, se utilizarán algunas de las imágenes para la producción de un documento como resultado y parte de la investigación para ser publicado con fines académicos.

La participación en este estudio es **estrictamente voluntaria**. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán o eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a las investigadoras o de no responderlas.

De antemano agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Héctor H. Sotelo Londoño, Maria Eugenia Pinilla** de la **Fundación Universitaria Juan N. Corpas**. He sido informado (a) sobre el objetivo del estudio.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a las investigadoras a los teléfonos 3182769689, 3138447758 o al director de la investigación a la Profesora Daniela Arango Ruda de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas al teléfono 3145129722.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a las investigadoras a los teléfonos antes mencionados.

Por favor marque la casilla

1. He leído y entendido la **Hoja de Información** (versión 1 del 19/08/2022) y tuve la oportunidad de **hacer preguntas** acerca de la misma y **recibí respuestas satisfactorias**.
2. Se me ha explicado que tengo el **derecho de no contestar** a aquellas **preguntas** que no quiera contestar durante los (grupos focales o Entrevistas) / tengo también el **derecho de interrumpir mi participación en el grupo focal o entrevista** en cualquier momento
3. Entiendo que mi participación es voluntaria, y tengo el **derecho de retirarme del estudio** durante los 30 días que siguen al grupo focal o entrevista, sin dar ninguna justificación. Esto conlleva la cancelación de los siguientes datos: (a) grabación audio de mi voz; (b) relato fotográfico de las actividades del grupo focal que me puedan identificar; (c) transcripciones y notas que tengan que ver con mi participación.
4. Entiendo que el estudio está liderado por investigadores de la Fundación universitaria Juana N Corpas y mi información personal se guardará en **archivos protegidos**.
5. Estoy de acuerdo con la grabación audio del grupo focal o entrevista (si no estás de acuerdo comunícate con el equipo de investigación y se tomarán notas escritas de tu participación).
6. Estoy de acuerdo con que el equipo de investigación vuelva a comunicarse conmigo para dar **seguimiento** a algunos temas que surgieron durante el grupo focal o entrevista.

Nombre participante o iniciales

correo electrónico

firma o iniciales

Nombre Investigador

Firma

Fecha

Informaciones de contacto del investigador principal del estudio:

Una copia/escáner de este documento de consentimiento informado se enviará a cada participante al correo electrónico indicado aquí arriba por cada uno de ellos.

ANEXO 1. Formato guía grupo focal

Guía para grupos focales con personal de salud con atenciones a gestantes migrantes venezolanas y referentes de salud materna.

Se realizan grupos focales a partir del análisis de la razón de mortalidad materna en Colombia en población migrante por entidad territorial, donde se define como puntos de interés a Guajira, Norte Santander, Bogotá, Atlántico y Antioquia. En los que se invitó a participar a funcionarios de las entidades territoriales referentes de salud materna y personal de salud que hayan prestado servicios de salud materna a mujeres migrantes en los territorios seleccionados por un tiempo mayor a un año en el periodo 2017 a 2021, que voluntariamente accedan a participar.

El número de grupos focales se establecerá a partir del número de funcionarios que decidan participar, para esto se realizó la invitación y la gestión para vincularlos, se solicitó que diligencien en línea un cuestionario, el que contemplaba 9 preguntas y que será un elemento adicional de análisis.

Preguntas Cuestionario en Línea.

1. De manera breve describa su perfil profesional y ¿cuál ha sido su relación profesional con las gestantes migrantes?
2. En su relación laboral con las gestantes nacionales venezolanas o a través de otras fuentes ¿qué conoce o ha evidenciado del acceso a los servicios de salud de las gestantes venezolanas en su territorio?
3. De acuerdo con su experiencia la garantía de derechos para acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en sus territorios para nacionales venezolanas ¿qué características presenta?
4. En términos generales ¿cómo describe la situación en salud de la población migrante que reside en su territorio?
5. En términos generales ¿cómo percibe usted la información que tienen las gestantes nacionales venezolanas sobre sus derechos y pasos para acceder a los servicios de salud?
6. ¿Cuáles son los factores protectores que ha identificado de las gestantes nacionales venezolanas que han llegado a su parto sin mayor novedad?
7. Si estuviera en su poder realizar unas recomendaciones ¿qué debe hacer el Estado colombiano para garantizar y proteger a todas las gestantes que residen en su territorio?
8. Tiene algún aporte que le parece importante tener en cuenta para la presente investigación.

Incluir ficha una ficha de cada participante con datos así:

Nombre	
Cargo	
Municipio	
Género	

Grupo focal <<Temas de conversación>>

Categoría condiciones de vida en Venezuela

1. ¿Han sabido sobre las condiciones de los servicios de salud en Venezuela? Y por cuales medios se han enterado

Categoría migración (diáspora) (percepción)

2. ¿Cómo ha sido para su territorio y su comunidad la migración venezolana?
3. ¿Qué factores culturales ha observado en las maternas venezolanas que pueden influir en su salud y proceso de embarazo?

Categoría gestación, morbilidad y salud.

4. ¿Cuáles son las principales complicaciones del embarazo de las gestantes nacionales venezolanos en su territorio?

Categoría Determinantes Sociales de la salud

Subcategoría aspectos biológicos

5. ¿Ha identificado diferencias en el tipo de morbilidad y mortalidad entre migrantes y población de acogida?

Categoría Acceso a servicios de salud

6. ¿Cómo es la situación en su territorio para el acceso a los servicios de salud en general de la población migrante y en específico de las gestantes nacionales venezolanas?
7. ¿Cuáles son las principales acciones que pueden mitigar esas complicaciones en el embarazo ?
8. ¿Cuáles son los factores protectores que ha identificado para mitigar la morbilidad y la mortalidad materna en su territorio y en específico en las gestantes nacionales venezolanas?
9. ¿Cuáles deben ser las acciones necesarias para garantizar y proteger los derechos a todas las gestantes que residen en su territorio?
10. ¿podría describirnos un caso en particular de su territorio?

ANEXO 2 Formato Entrevista semiestructurada a nacionales venezolanas sobrevivientes de morbilidad materna en Colombia

Se define por conveniencia entrevistar a 3 mujeres migrantes venezolanas mayores de edad residentes en Bogotá, Soacha, Madrid y Riohacha (de acuerdo al análisis preliminar de los indicadores de incidencia de la mortalidad materna), que voluntariamente decidan participar y que tuvieron la experiencia de sobrevivir a la morbilidad materna en Colombia, con la condición de haber residido por lo menos 6 meses antes del momento del parto en el país.

Ficha de caracterización socio-demográfica

Información del entrevistado

Nombre (si el entrevistado acepta nombrarlo)	
Edad	
Profesión	
Lugar de vivienda	
Lugar de nacimiento	
Parentesco con la materna	
Género	

Información de la mujer fallecida

Nombre (si el entrevistado acepta nombrarlo)	
Edad	
Profesión	
Lugar de vivienda	

Lugar de nacimiento	
Número de hijos	
Género	
Estado civil	

Categoría condiciones de vida en Venezuela

1.¿Cómo era la situación de su familiar en Venezuela antes de llegar a Colombia?

Categoría migración (diáspora)

1. ¿Podría contarme un poco cómo fue el proceso de llegada a Colombia de su familiar?
¿Cómo fue el viaje?
2. ¿Cuándo llegó su familiar a Colombia?
3. ¿A dónde llegó su familiar cuando emigró a Colombia?
4. ¿Qué aspectos considera que influyeron en la migración (verificar que el entrevistado entienda qué es migración) de su familiar?
5. ¿Cómo fue el tiempo que vivió aquí?

Categoría gestación, morbilidad y salud.

1. ¿Su familiar quedó embarazada en Colombia o en Venezuela?
2. Cuando ella se enteró del embarazo, ¿a dónde y al cuánto tiempo acudió para recibir atención en salud? ¿Por qué a ese lugar y por qué en ese tiempo?
3. ¿Cómo considera que fue el proceso del acompañamiento en salud durante el embarazo?
4. ¿Al cuánto tiempo de gestación se dieron las complicaciones en el embarazo?
5. ¿Cuáles fueron las complicaciones de su embarazo?
6. ¿Dónde falleció su familiar?
7. ¿Conoce historias de otras venezolanas que hayan estado embarazadas y cómo les fue a ellas en su proceso?
8. ¿Cuáles considera fueron los factores o elementos que incidieron para que sus complicaciones del embarazo no se superaran?

Categoría Determinantes Sociales de la Salud

Sub-categoría. Aspectos biológicos

1. ¿Su familiar tenía enfermedades previas o de base antes del embarazo?
2. Si tenía enfermedades, ¿estas estaban siendo tratadas?

Sub-categoría. Acceso a servicios de salud

1. ¿A lo largo de su vida en Venezuela, su familiar tenía un adecuado acceso a los servicios de salud?
2. ¿Qué puede contarme sobre el acceso de los servicios de salud de su familiar en Colombia? Antes, durante el embarazo
3. ¿En algún momento su familiar tuvo dificultades para acceder a los servicios de salud por ser venezolana? Cuénteme sobre ese aspecto
4. ¿Ha encontrado diferencias entre los servicios de salud de Venezuela y Colombia? Podría mencionar algunas cosas buenas y algunas cosas malas de cada uno.
5. ¿Sabe si su familiar tuvo acceso a educación en temas de salud sexual y reproductiva, si tuvo acceso a métodos de planificación familiar?
6. ¿Qué sugerencias le haría para que no se repitiera una situación similar con otras personas?

Sub-categoría. Aspectos culturales y sociales

1. Durante el embarazo, ¿su familiar buscó otras alternativas diferentes a la medicina convencional? ¿Cuáles?
2. Podría describir las condiciones de vida de su familiar, por ejemplo, ¿cómo era su alimentación? ¿Las condiciones de la vivienda? ¿Oportunidades laborales?