

Percepción del proceso de atención en Salud de las maternas migrantes venezolanas.  
Medellín, 2021

María José Mercado Romero

Propuesta de trabajo de grado para optar al título de Administración es Salud con  
énfasis en Servicios de Salud

Asesor

Juan David Arango Urrea. RN. Msc.

Universidad de Antioquia  
Faculta Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2021

## **Agradecimientos**

A Dios por haberme permitido culminar las entrevistas sin pasar por el virus que se encuentra por todos lados en estos momentos.

A mi familia, pero en especial a mi madre que cuando tenía alguna crisis estaba abrazándome y dando palabras de aliento, por ser mi soporte y brindarme sonrisas cuando más lo necesitaba y tratar de hacerme olvidar los problemas.

A mi asesor Juan David, por sus excelentes maneras de transmitir conocimiento y hacerme entender en que debía mejorar, por cada una de sus indicaciones que fueron claras y precisas y pude probarme a mí misma que si podía. Y por el tiempo invertido en revisar cada vez el proyecto.

A cada una de las participantes que hicieron posible concluir el trabajo, por permitirme conocer un poco sobre una de las etapas más importantes de su vida.

A cada uno de los profesores que hicieron parte de mi proceso de formación desde el primer día y me ayudaron con sus enseñanzas a llegar hoy día hasta este punto.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1.</b>	<b>Lista de siglas, acrónimos y abreviaturas.....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Planteamiento del problema .....</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>Justificación .....</b>	<b>19</b>
<b>4.</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo General.....</b>	<b>21</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>21</b>
<b>5.</b>	<b>Marcos.....</b>	<b>22</b>
<b>5.1</b>	<b>Marco Contextual .....</b>	<b>22</b>
5.1.1	<i>Colombia.....</i>	22
5.1.2	<i>Medellín.....</i>	22
<b>5.2</b>	<b>Marco Normativo .....</b>	<b>24</b>
5.2.1	<i>Leyes de prestación de servicios en Colombia .....</i>	24
5.2.2	<i>Tarjeta de Movilidad Fronteriza- TMF.....</i>	24
5.2.3	<i>Registro Administrativo para Migrantes Venezolanos- RAMV.....</i>	25
5.2.4	<i>Atención de salud a migrantes en Colombia y otros países .....</i>	25
<b>5.3</b>	<b>Marco Conceptual .....</b>	<b>27</b>
5.3.1	<i>Proceso migratorio.....</i>	30
5.3.2	<i>Calidad de los servicios de salud .....</i>	36
5.3.3	<i>Relaciones entre Colombia y Venezuela .....</i>	39
<b>6.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>40</b>
<b>6.1</b>	<b>Tipo de estudio.....</b>	<b>40</b>
<b>6.2</b>	<b>Enfoque y diseño .....</b>	<b>40</b>
<b>6.3</b>	<b>Población y muestra .....</b>	<b>42</b>
<b>6.4</b>	<b>Criterios de Inclusión: .....</b>	<b>42</b>
<b>6.5</b>	<b>Criterios de exclusión:.....</b>	<b>42</b>
<b>6.6</b>	<b>Procedimientos para la recolección de la información .....</b>	<b>43</b>
6.6.1	<i>Diseño de la entrevista .....</i>	43
6.6.2	<i>Grabación .....</i>	44
6.6.3	<i>Recolección de datos.....</i>	44

6.6.4	<i>Análisis de la información</i> .....	45
<b>7.</b>	<b>Consideraciones éticas</b> .....	<b>48</b>
<b>8.</b>	<b>Resultados y discusión</b> .....	<b>51</b>
<b>8.1</b>	<b>Matriz de categorías descriptivas</b> .....	<b>51</b>
8.1.1	<i>Trámites administrativos en salud que realizan las maternas migrantes venezolanas para ser atendidas.</i> .....	52
8.1.2	<i>Proceso de la atención en salud que viven las maternas migrantes venezolanas</i> .....	54
8.1.3	<i>Experiencias de las maternas migrantes venezolanas en los servicios de salud.</i> ..	65
<b>9.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	<b>69</b>
<b>10.</b>	<b>Recomendaciones</b> .....	<b>70</b>
<b>11.</b>	<b>Limitaciones y futuros estudios</b> .....	<b>71</b>
<b>12.</b>	<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>72</b>

## Lista de anexos

<b>13. ANEXOS .....</b>	<b>81</b>
<b>13.1 Anexo 1. Consentimiento informado.....</b>	<b>81</b>
<b>13.2 Anexo 2. Guía de entrevista .....</b>	<b>84</b>

## Resumen

**Objetivo:** Describir las percepciones sobre el proceso de atención en salud de las maternas migrantes venezolanas en Medellín para el año 2021.

**Metodología:** Estudio cualitativo con enfoque descriptivo con herramientas de la fenomenología. La información se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas a través de un instrumento. Se realizó una prueba piloto y finalmente se realizaron los ajustes necesarios y se construyeron categorías descriptivas como parte del proceso para el análisis de información.

**Resultados:** Después de construir las categorías descriptivas y determinar el énfasis que hacía cada una de las participantes en los temas surgidos durante las entrevistas, se realizó una matriz para abordar cada uno de estos temas, generando los siguientes resultados 1) Trámites administrativos en salud que realizan las gestantes migrantes venezolanas: Atravesadas por un modelo de salud que limita el acceso y presenta barreras para la atención de salud. 2) Proceso de la atención en salud que viven las maternas migrantes venezolanas: Existen algunas prácticas que deshumanizan la atención en salud de las migrantes durante la gestación y el parto. Los servicios de salud a gestantes están saturados y la infraestructura y condiciones de las instituciones pueden limitar el acceso. 3) Experiencias de las maternas migrantes venezolanas en los servicios de salud: Se sienten vulnerables y muchas veces su experiencia está atravesada por rechazo, angustia y juicios de valor que hace el personal que las atiende.

**Conclusiones:** En este estudio uno de los principales problemas que se reflejan al momento de la atención es la congestión de las salas maternas, debido a múltiples factores siendo uno de ellos el cierre de los servicios debido a su poca ganancia monetaria para las entidades.

**Palabras clave:** percepción, atención en salud, materna migrante, población vulnerable.

## 1. Lista de siglas, acrónimos y abreviaturas

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**OIM:** Organización Internacional para los Migrantes

**ACNUR:** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.

**RAMV:** Registro Administrativo para Migrantes Venezolanos

**USAID:** Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

**PEP:** Permiso Especial de Permanencia

**TMF:** Tarjeta de Movilidad Fronteriza

**SSSR:** Salud Sexual y Salud Reproductiva

**PSIM:** Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

**PIP:** Permiso de Ingreso y Permanencia

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible

**DTM:** Matriz de Monitoreo y Desplazamiento

**SISBÉN:** Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales.

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística

**CLACSO:** Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

## 2. Planteamiento del problema

La migración es un determinante social de la salud muy importante, debido a que las condiciones por las cuales deben atravesar las personas que se enfrentan a esta situación derivan en un gran impacto para la salud pública. Debido a la preocupación por este fenómeno en Chile se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo en 8 comunas de este país que según datos censales poseen la mayor cantidad de población migrante, mediante la técnica de bola de nieve. En este estudio participaron 101 trabajadores de salud primaria y autoridades locales a los cuales se les realizaron entrevistas semiestructuradas con consentimiento informado. Al finalizar se encontraron 4 desafíos principales en salud primaria para migrantes internacionales 1) pese a que se han establecido normativas y se han generado estrategias de atención en salud para población migrante, estas no son estables ni reconocidos por todos; 2) las estrategias de atención no son fáciles de implementar en las diversas realidades comunales; 3) la ausencia de registros oficiales de migrantes regulares e irregulares dificulta la planificación efectiva y oportuna de obstáculos específicos, y 4) los TSP informan que no necesitan herramientas que les brinden una atención que sea culturalmente sensible a las necesidades de la comunidad migrante internacional que hoy reside en Chile(1).

Además, en Chile también se realizó un estudio sobre las barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas utilizando el enfoque cualitativo y realizando entrevistas semiestructuradas a trece inmigrantes peruanas usuarias de atención materno-infantil y trece funcionarios. En él se propuso investigar las razones por las cuales las usuarias peruanas realizan de manera más tardía sus controles que las usuarias chilenas, dado que esto afecta de manera negativa el cumplimiento de las metas sanitarias de atención materno-infantil que conllevan al control de la población gestante para la realización oportuna de las intervenciones, es por ello que el objetivo de la investigación se basó en identificar, describir y analizar las barreras de acceso a la atención de calidad que surgen para las inmigrantes peruanas, teniendo como resultado el desconocimiento de los mecanismos de funcionamiento e información de las instituciones y el trato de manera subjetiva y racional- económica son factores que influyen en las diferencias en la integración, y son factores de obstáculos que influyen en



el acceso a la atención, así como también su pertenencia a estratos socioeconómicos bajos(2).

En Estado Unidos se realizó un estudio de tipo cualitativo para conocer la experiencia de las mujeres migrantes mexicanas en California, en torno a la utilización de los servicios de salud relacionados con la salud sexual y reproductiva, para ello fueron utilizadas las historias de vida de las mujeres así como también la realización de entrevistas, en este estudio se encontraron 3 tipos de barreras para el acceso al sistema de salud: condición migratoria, idioma y género, en el estudio se determinó una edad para las participantes que oscilaba entre los 20 y 45 años y se realizó un trabajo de campo que fue dividido en 4 etapas: en la primera etapa fue la capacitación de las personas que estarían recolectando información sobre aspectos éticos, después la realización de observación no participante, en la tercera etapa se diseñaron, imprimieron y repartieron folletos informativos y por último se elaboraron 8 historias de vida. En el estudio los tiempos de espera, actitudes discriminatorias y costo del servicio se expresaron como características que más incomodaron a las migrantes. La percepción de calidad de atención estuvo relacionada con la condición de ilegalidad migratoria(3).

En Argentina se realizó un estudio un estudio de cohortes con 2000 madres, 1000 de ellas eran migrantes y las otras nativas, lo que se pretendía con el estudio era analizar el riesgo perinatal de las madres migrantes y de sus recién nacido en comparación con las madres argentinas nativas y sus recién nacidos, se garantizó también que toda la información registrada de los participantes no serían filtrados, preservando la identidad de los involucrados(4).

Hoy en día es muy común el creciente interés de las instituciones de Salud en los sectores públicos y privados sobre la importancia por el conocimiento relacionado con la calidad en la atención, ya que estas mediciones crean estrategias para la mejora de los servicios. Para realizar esta evaluación es de suma importancia la perspectiva del usuario, ya que de esta manera se obtienen conceptos y actitudes que se asocian con la atención recibida(5). Es por ello, que para conocer como es la atención y los servicios que se prestan, la mejor manera de saberlo es a través de los usuarios, ya que son quienes

tienen un mayor contacto con la institución, pero también puede realizarse a través de los proveedores y familiares de los pacientes.

La calidad de la asistencia prenatal se ha vuelto cada vez más importante debido a los altos índices de mortalidad materna y perinatal; es por ello que se han creado diversas políticas públicas que se centran en el ciclo embarazo-puerperal. La atención de calidad en la atención prenatal está formada por un equipo multidisciplinario, en el que todos tienen sus funciones específicas, sin embargo, es un trabajo que se realiza en conjunto(6).

En Brasil más específicamente en el municipio de campo grande se realizó un estudio descriptivo exploratorio, de enfoque cualitativo en dos UBS (Unidades Básicas de Salud) que demuestran la comprensión, la opinión y los sentimientos de las mujeres embarazadas, como: la importancia de la atención prenatal, las dificultades en el monitoreo, la satisfacción con la atención recibida por la mujer embarazada, el uso de prácticas educativas con grupos de mujeres embarazadas y participación de los miembros de la familia en el acompañamiento(6).

En Perú la atención prenatal y el parto institucional se tienen como herramientas para la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal; para el año 2015 el 97% de las gestantes recibieron atención prenatal por el personal calificado; esta estrategia ha logrado que las gestantes se encuentren controladas. Sin embargo, los indicadores de mortalidad materna no se han reducido, lo que indica que el principal problema está relacionado con la calidad, pero también debido a la saturación de los servicios, la infraestructura de las instituciones, falta de formación y desconocimiento del personal y un sistema de salud enmarcado en lo neoliberal y que mercantiliza la vida es por ello que se realizó una investigación con el propósito de construir una escala de percepción de la calidad de la atención prenatal en gestantes peruanas. En 842 gestantes que acudieron a los controles prenatales, se aplicó una escala con entrevista semiestructurada de 12 ítems, lo cual validó que se presenta una escala de calidad en la atención prenatal a partir de 4 dimensiones: seguridad-comodidad, acceso, eficacia y competencia profesional(7)(8).

Desde los años 90 en España, el creciente número de mujeres migrantes ha ido en aumento y con ello el impacto sobre la morbilidad y mortalidad neonatal; con ello también influencia en los indicadores de salud perinatal la población española; hasta 2006 el número de hijos de madres extranjeras era del 16,5% mientras la población de Madrid 15,9%; existen barreras que pueden afectar el acceso a los controles de salud prenatales como son las lingüísticas, económicas, culturales y sociales específicas de las mujeres con estas condiciones, por lo que hasta hace algunos años este fenómeno fue considerado como factor de riesgo gestacional(9).

La atención sanitaria del embarazo y el parto está garantizado para todas las mujeres gestantes sin importar el origen de la madre, es decir que las maternas migrantes se encuentran en igualdad de condiciones con la mujeres nativas del país sin discriminación, por lo que no existe una diferencia entre el neonato de madres española con las extranjeras(9).

Por otro lado, en Colombia también se han realizado estudios sobre la percepción de los usuarios. En pasto por ejemplo la mayoría de los participantes dijeron sentirse satisfechas con la atención recibida, esto basándose en el trato del personal asistencial, la entrega oportuna de los medicamentos, disposición de los recursos tecnológicos y la efectividad de los tratamientos(10).

La migración internacional es un tema que ocupa un lugar de suma importancia en los distintos medios, y en agendas de discusión en aquellos países que son receptores. Desde la segunda mitad del siglo XX este fenómeno ha ido creciendo ya que desde 1965 a 2002 la cifra pasó de 75 millones a 175. Este problema se acrecienta debido a que los migrantes llegan a países con mayores avances tecnológicos en salud y con un fuerte poder económico y político lo que implica grandes dificultades en el proceso de integración(11). Sin embargo, cifras de 2011 muestran que alrededor de 200 millones de personas son migrantes internacionales, siendo de América Latina y el Caribe unos 25 millones de personas los que habrían emigrado a otro país(1). Desde el año 2015, al menos unos 5 millones de refugiados y migrantes venezolanos y medio millón provenientes del Salvador, Guatemala, Honduras han huido a países vecinos, algunas de ellas debido a las violaciones de los derechos y la pobreza(12).

La migración es un tema complejo debido a que abarca un proceso social en el cual se encuentran determinantes socioculturales, económicos, políticos, individuales y tecnológicos. Debido al incremento de la migración internacional diversas disciplinas se han inclinado por el estudio de esta temática; sin embargo la relación entre el proceso migratorio y la salud es un tema que continua siendo insuficientemente explorado, este debería ser un campo más explorado debido a que influye en la toma de decisiones de salud pública(13). Estudios sobre migración existen en muchos países y la información disponible tanto las investigaciones como los indicadores de salud apuntan a que los migrantes presentan mayor vulnerabilidad a enfermedades y otros problemas de salud. En lo que se refiere a enfermedades infecciosas como tuberculosis, VIH/SIDA y hepatitis según estudios estas personas se encuentran en mayor riesgo(14). Debido a las condiciones tan deficientes, deplorables y poco salubres en las que se encuentran las personas migrantes presentan otros problemas de salud como lo son la deshidratación y padecimientos cardiacos sumado a estos llegan en condición de pobreza lo que ocasiona que sus niveles de salud sean muy bajos. (15)

En la región latinoamericana se presentaron grandes cambios desde el punto de vista económico y social lo que trajo cambios en el plano demográfico, y el pasaje de un modelo económico agro-exportador a otro modelo que implicaba un esquema económico de crecimiento industrial; dando inicio a una transición demográfica lo que tuvo como consecuencia en los países latinoamericanos un crecimiento de la población(11). En Latinoamérica y el Caribe se pueden percibir cuatro momentos del fenómeno migratorio: migraciones transoceánicas, migraciones internas, migraciones fronterizas y de globalización(16). Debido a su biodiversidad tanto geográfica como demográfica el caribe presenta desafío cuando se deben estudiar los patrones migratorios, algunas islas el Caribe se encuentran a pocos kilómetros de la costa Venezolana, es por ello que esto se toma como una oportunidad para muchos venezolanos cruzar por medio de la vía marítima en un viaje muy corto(17).

Estos fenómenos migratorios suelen presentarse en muchos casos debido a las guerras, los cambios climáticos y las crisis económicas, la migración puede ocurrir en condiciones armoniosas, donde estas personas fortalecen la diversidad culturas, innovación y el

crecimiento económico. Sin embargo, en muchos otros casos se puede ser “irregular” y las personas migrantes suelen tener bajos ingresos y dificultades en el acceso a los servicios de salud, a conseguir oportunidades laborales, vulnerabilidad a la violación de sus derechos humanos, violencia física, xenofobia y explotación sexual. En el caso de Colombia este fenómeno se ha percibido debido a la masiva dispersión de migrantes venezolanos que representan hoy un escenario jamás pensado para el país(18). Este fenómeno migratorio representa un gran problema para Colombia ya que este se ha caracterizado por ser principalmente un país expulsor y no receptor(19).

El elemento principal sobre el contexto de la situación actual de los migrantes venezolanos a Colombia es el Decreto 542 de 2018 mediante el cual se creó el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia (RAMVC) como “insumo para el diseño de una política integral de atención humanitaria”. En los diferentes territorios de Colombia principalmente en zonas fronterizas se registra un total de 442.462 personas venezolanas según los datos arrojados por el RAMVC, en el periodo de abril a junio de 2018. Esta cifra corresponde solo al número de personas registradas ya que según algunos cálculos esta podría ascender a más de un millón. Este registro ha contado con el apoyo de organizaciones internacionales entre ellas, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados(ACNUR), la Organización Internacional para las Migraciones(OIM) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional(USAID)(19). De acuerdo con cifras de migración Colombia, para el año 2021 habían migrado al país cerca de 1.842.390 ciudadanos venezolanos de los cuales solo 344.000 se encontraban de manera regular, es decir, con permiso especial de permanencia (PEP) otorgado por el gobierno nacional. En el panorama nacional de migraciones, Antioquia ocupa la segunda ciudad con mayor número de refugiados con un 14.43% de los migrantes venezolanos(20).

La política migratoria implementada por Colombia presenta grandes dificultades debido a la desarticulación y falta de coordinación de las partes competentes; según lo expresado por la Universidad Nacional de Colombia se necesita una normatividad clara en cuanto a acceso y garantía de los derechos, no solo una ley para calcular el número de personas ingresadas al país. Cabe resaltar que estas personas aun en condición de

migrantes se les debe salvaguardar sus derechos y sus necesidades básicas debido al grado de vulnerabilidad que presentan(21).

La migración puede presentarse por muchas maneras, como se mencionaba anteriormente una de las causas puede ser debido a condiciones políticas y socioeconómicas del lugar de origen(13). Siendo estas las causas de la mayoría de los venezolanos, ya que este proceso surgió en Venezuela debido en gran medida al fuerte proceso inflacionario y la baja del poder adquisitivo, lo que conlleva la escasez de productos básicos y deficiencias en los servicios públicos, reduciendo todo esto a la pérdida de la calidad de vida de la población(19).

Los venezolanos una vez instalados en el territorio colombiano representan un gran reto para la salud pública, el sistema de salud y la sociedad en general, debido a que este es un escenario para el cual Colombia no se encontraba, ni se encuentra preparado, ya que el sistema de salud colombiano como bien es sabido presenta muchas deficiencias y barreras incluso para la misma la población colombiana; por lo que se presentan problemas para asegurar el financiamiento, la equidad y la calidad del sistema de salud(22).

En el contexto en el cual se encuentra Colombia actualmente, se le suma el deterioro de las relaciones diplomáticas que dejó el anterior gobierno, lo que conlleva a que este problema se torne mucho más serio para las instituciones colombianas debido a que lo ideal sería que ambos gobiernos enfrentaran la crisis de manera conjunta. Esta población migrante debe tener garantizada su integridad física, mental y una atención efectiva en materia de salud, ya que se trata de un tema ético donde se deben pasar por alto las diferencias políticas entre ambos países(22).

Colombia es además uno de los países con mayor grado de vulnerabilidad y desigualdad. De acuerdo con el informe del Banco Mundial el 90% de los migrantes haber dejado la República Bolivariana de Venezuela por falta de comida y un 82% por falta de trabajo, lo que ejerce un grado de responsabilidad mayor a las instituciones colombianas, los sistemas de provisión de servicios, el mercado laboral, la demanda de los servicios de salud, vivienda, educación, protección social; sumado a esto el aumento de

enfermedades que se consideraban erradicadas como el sarampión, aumento del empleo informal, lo que conlleva a una afectación del desarrollo económico(23).

Según las estadísticas al 31 de diciembre de 2016, el 95,6 % de la población colombiana se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social y en lo que respecta a la población vulnerable se encontraban afiliados el 98,06%; mientras que en el caso de los venezolanos se encuentran afiliados un total de 4945 lo que equivale al 6% de la población de venezolanos en territorio colombiano(19)

En julio de 2017 Colombia por medio de la Resolución No. 5797 implementó un permiso especial de permanencia y por medio de ello se regularizó la situación de 68.314 venezolanos que habían ingresado hasta el 28 de julio del mismo año. Este permiso se ha tramitado en las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla que presentan el mayor porcentaje con venezolanos migrantes(17).

En Medellín las esquinas y semáforos son los lugares de mayor asiduidad por los venezolanos; estos se encuentran en situación de vulnerabilidad o de extrema pobreza, la mayoría de ellos sobreviviendo de manera informal, sumado a esto los niños se encuentran sin poder acceder a las instituciones educativas, viviendo de la caridad de las personas ya que muchos no cuentan con Permiso Especial de Permanencia (PEP). Al no contar con la documentación necesaria muchos no pueden acceder a los programas de beneficio que ofrece el estado, además muchos presentan cuadros de desnutrición y otro tipo de enfermedades. Según las cifras de migración Colombia hasta 31 de marzo de 2019 en Antioquia se encontraban 96.941 venezolanos de los cuales más de 66.000 se encuentran en Medellín, sin embargo debido a que estas personas están en constante movilidad y la cifra varía día con día se calculan 80.000 migrantes venezolanos(24).

La personería de Medellín informó que en la ciudad se encuentran alrededor de 14.353 migrantes venezolanos en condición “irregular” de los cuales muchos presentan enfermedades catastróficas o son mujeres embarazadas. Debido a que estas personas no cuentan con una situación regular se encuentran con barreras para acceder a la atención ya que las IPS exigen autorización para garantizar la atención(25). Debido al incremento de personas venezolanas se necesita conocer el perfil de los migrantes venezolanos, las características y las dinámicas de las rutas migratorias. La matriz de

monitoreo de desplazamiento-DTM es un sistema para monitorear el desplazamiento y la movilidad de las poblaciones(17).

Este proyecto se implementó en 3 fases y para cada una de ellas aplicaron diferentes metodologías. Para la primera fase se permitió conocer el flujo migratorio entre Colombia y Venezuela, para la segunda fase se implementaron encuesta en hogares donde reside población venezolana y entrevistas a la población en tránsito, por último la información fue revelada a través de 5.009 encuestas y se volvió a utilizar la metodología de la segunda fase; por lo que el flujo de composición quedo de la siguiente manera(17):

- ✓ 40% Colombo-venezolanos
- ✓ 30% venezolanos
- ✓ 30% colombianos

Los migrantes venezolanos llegan al país con necesidades insatisfechas en muchos ámbitos de su salud, uno de ellos es la salud sexual y reproductiva. Muchas veces se presentan las barreras de acceso en la atención en salud, es claro que estas necesidades varían, pero al ser poblaciones migrantes se encuentran un estado mucho mayor de vulnerabilidad. Es por ello por lo que las intervenciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) deben diferenciarse para los servicios a las necesidades de la población migrante. Esta crisis por la que atraviesan los migrantes venezolanos limita a las mujeres y niñas en la SSSR lo cual representa grandes retos y consecuencias como lo son el embarazo no deseado, aumentando de esta manera la morbilidad y mortalidad materna debido a los pocos cuidados y riesgos que pueda tener la gestante en este periodo. Sumado a esto, las mujeres embarazadas no tienen acceso suficiente a los servicios de prevención por lo que es necesario que se implemente el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM), así como también instructivos sobre su utilización(26).

Según los registros en Colombia 8290 mujeres venezolanas se encontraban embarazadas para 2018, de las cuales 6304 no habían tenido controles prenatales y 7596 se encontraban lactando.(19) Esto representa grandes riesgos debido a que al momento de dar a luz pueden existir complicaciones en el parto, sin embargo, para el 2019 en ciudades de alta migración venezolana en Colombia se atendieron 27.446 consultas de



atención prenatal y 20.076 mujeres migrantes recurrieron al parto institucionalizado(27). En Medellín la administración municipal incluye a las gestantes dentro del contrato que tiene con Metrosalud, ya que este se encarga de atención de la población pobre y sin aseguramiento, teóricamente se dice que a las gestantes se les brinda una atención integral, sin embargo, después de la atención de urgencias no se incluyen tratamientos ambulatorios, realización de exámenes, entrega de medicamentos, entre otros. En la práctica muchas migrantes han sido rechazadas por los prestadores de servicios de salud, por razones económicas, falta de comunicación y xenofobia(24).

Algunos estudios apuntan a que la migración puede tener un impacto negativo en la salud mental de los migrantes, sugiriendo que estos se encuentran en mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales como la depresión, esquizofrenia y stress pos-traumático, como resultado de los diversos factores de stress que se presentan a lo largo del proceso migratorio(14). Esto se vuelve aún mucho más preocupante en el contexto de COVID 19, la cual es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS- CoV-2, ya que, en América Latina, para el mes de junio se había registrado más de 1 millón de contagiados, siendo Brasil el más afectado, luego Perú, seguidos de Chile, México y Colombia. Los principales afectados son aquellos que pertenecen a los grupos más vulnerables, incluyendo migrantes y poblaciones desplazadas(28)(12).

Actualmente, la situación de vulnerabilidad que atraviesan los migrantes venezolanos desde el brote del COVID 19 es la misma e incluso puede que hasta mayor que cuando decidieron dejar su país, todo esto debido a la paralización de muchos sectores de la economía en todos los países. Con esta situación se incrementó la discriminación y estigmatización, al no tener acceso a la atención médica y están más expuestos a la violencia, explotación, abusos y tráfico de personas. Esta lamentable situación expone aún más a contraer el virus a aquellos que se encuentren en condición de mendicidad, hacinamiento, sin poder acceder al uso de tapabocas y sin agua para el aseo y lavado constante de las manos(29).

Por otro lado en el área de la salud sexual reproductiva los estudios refieren que existe peores indicadores de salud en lo que se refiere a la mortalidad perinatal, bajo peso al nacer y menor utilización de anticonceptivos(14).

Las maternas migrantes representan un reto para el sistema de salud colombiano debido a las condiciones con las que llegan al territorio. Sumado a esto, la cifra de mujeres gestantes es bastante alta, el problema se vuelve mucho más grande debido a que no están de manera regular dentro del país, les da temor asistir a los servicios de salud y enfrentarse a problemas como la deportación, maltrato, cobro por la asistencia, entre otros. Cabe resaltar que el sistema de salud colombiano es deficiente e inclusive los ciudadanos colombianos a pesar de estar asegurados tienen problemas para acceder a los servicios.

las concepciones y percepciones son importantes, debido a que tienen relación con las ideas que explican o describen sus significados, la percepción es un proceso en el cual se registra todo lo que se está interactuando y tiene significado, incluye los valores, tradiciones, estereotipos, las vivencias y conocimientos que tienen los individuos sobre determinados aspectos de su vida(30). De acuerdo con este contexto y la problemática planteada surge la siguiente pregunta de investigación

**¿Cuál es la percepción del proceso de atención en salud de las maternas migrantes venezolanas en Medellín durante el 2021?**

### 3. Justificación

Este es un trabajo de investigación que pretende abordar las percepciones de las maternas migrantes venezolanas en cuanto al trato que reciben al momento de ser atendidas en las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia. La migración en la actualidad se constituye un problema de Salud Pública, aunque esta puede darse por diferentes condiciones, los países receptores tienen un gran reto al garantizar la atención en salud de la población migrante. Dicha población, al momento de migrar del país de origen pueden traer consigo una importante carga de morbilidad, lo que implica que los sistemas de salud deban aumentar sus recursos y estar preparados para las diferentes demandas de atención en salud. La migración debe ser considerada transversal en los temas de salud, debido a que esta involucra a los determinantes sociales de la salud, y estos a su vez explican las inequidades del sistema.

Es importante realizar esta investigación debido al aumento de los venezolanos que se encuentran en estos momentos viviendo en el país, muchos de ellos en situación de ilegalidad, adicional a esto la cifra de embarazadas crece día a día ya que según los registros actuales 8290 mujeres se encuentran en estado de embarazo, de las cuales 6304 no han recibido los cuidados pertinentes y controles representando riesgos para las madres y el bebé(19)(24).

El no tener acceso a los servicios de salud o recibir una atención deficiente solo acrecienta los riesgos para las gestantes y sus hijos. A pesar de este fenómeno que afecta de manera significativa a la población migrante y receptora, no es una situación a la que se le ha dado la debida importancia y que además supone un reto para Colombia puesto que es un país en vía de desarrollo y con un muy alto nivel de desigualdad lo que transforma esta realidad en un desafío mucho más grande, con la migración muchas veces se pretende mejorar el nivel y calidad de vida, pero termina creando presiones en las ciudades receptoras que no cuentan con la infraestructura financiera adecuada para soportar el aumento demográfico(18)(31).

Finalmente, este proyecto es pertinente debido a que se necesitan conocer las condiciones de salud de esta población la cual está en una condición alta de

vulnerabilidad, no solo por el hecho de ser mujer, sino también materna y migrante, tres condiciones que aumentan el riesgo.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo General**

Describir las percepciones sobre el proceso de atención en salud de las maternas migrantes venezolanas en Medellín para el año 2021.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Describir las percepciones de las maternas migrantes venezolanas respecto al proceso de trámites administrativos para su atención en salud.
- Reconocer el proceso según la percepción de las maternas migrantes venezolanas de la atención en salud.
- Describir las experiencias de las maternas migrantes venezolanas en los servicios de salud.

## **5. Marcos**

### **5.1 Marco Contextual**

Para una mayor comprensión sobre la siguiente investigación se explicará la información necesaria y pertinente acerca del contexto geográfico en el cual se llevará a cabo la investigación.

#### **5.1.1 Colombia**

Se encuentra ubicado al noroccidente de América del Sur, es un país ubicado en el trópico, que tiene costas en los océanos Pacífico y Atlántico, además es caracterizado por su diversidad natural, recursos naturales, geografía, multiculturalidad y multirracialidad. Posee una gran diversidad de climas y paisajes debido a sus seis regiones: región Andina, región Amazónica, región Caribe, región Orinoquía, región Pacífica y región Insular(32).

En Colombia existen 32 Departamentos, 1123 municipios, 5 entidades territoriales con una administración especial y el Estado se divide en tres ramas del poder público los cuales son: legislativa, ejecutiva y judicial(32).

En Colombia el 60% de los venezolanos que se acercan a entidades de salud son maternas a punto de dar a luz, sin importar la nacionalidad o si es migrante y se encuentra en condición formal o informal, las mujeres migrantes gestantes son atendidas en hospitales públicos, ya que tienen el derecho a recibir atención médica en urgencias, cubriendo de esta manera los síntomas del embarazo y la atención del parto(33)(34).

#### **5.1.2 Medellín**

Es la capital del Departamento de Antioquia, está ubicada a 1.479 metros sobre el nivel del mar, cuenta con 105 kilómetros cuadrados de suelo urbano y 250 de suelo rural. La ciudad se encuentra ubicada en el centro del Valle de Aburrá y es atravesada de sur a

norte por el río de Aburrá. Por el norte limita con los municipios de Bello, Copacabana y San Jerónimo; por el sur con Envigado, Itagüí, La Estrella y El Retiro; por el oriente con Guarne y Rionegro y por el occidente con Angelópolis, Ebéjico y Heliconia; la ciudad está distribuida político-administrativamente en dieciséis comunas y cinco corregimientos(35).

En Medellín metrosalud es una organización de carácter público, comprometida con generar cultura de vida sana, en la población de la ciudad y de la región, que brinda servicios de salud y que se encarga de la atención de las personas que no cuentan con una afiliación, Con la estrategia Familia Gestante, Camino a la Felicidad, la E.S.E. Metrosalud prioriza la asistencia a maternas como parte de su modelo de prestación de servicios, garantizando una atención integral, preferencial y sin barreras de acceso en los servicios de control prenatal, parto y posparto. En 2020 se registran 6.091 partos, 24 % de ellos fueron de mediana complejidad o por cesárea. La entidad atiende población del régimen subsidiado, contributivo y también gestantes vulnerables, tales como población pobre no asegurada (PPNA), sin identificación en el sistema y migrantes. Precisamente, 2.912 de las pacientes recibidas en el año fueron de otros países, es decir el 48%(36).

## **5.2 Marco Normativo**

### **5.2.1 Leyes de prestación de servicios en Colombia**

En Colombia, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud definió la calidad de la atención en salud como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario y se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario(37).

En Colombia según la ley 100 de 1993 todos los colombianos deben estar afiliados al SGSSS en algún de los dos regímenes, sea en el régimen subsidiado al cual pertenecen las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, o en el régimen contributivo al cual pertenecen las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago(38).

El 28 de agosto de 2018 la secretaria seccional de salud y protección social del Departamento de Antioquia emitió una circular en la cual se dio a conocer los términos en los cuales se atenderá a la población migrante, ya que aquellos que se encuentren en condición regular y no hayan solicitado la encuesta de SISBÉN tendrán la obligación de tramitar en la oficina responsable para solicitar dicha encuesta, y a su vez los prestadores de servicios de salud deberán aplicar las normas que regulan el proceso de afiliación de la población migrante, para lograr que dichas personas puedan ingresar al sistema de salud(39).

### **5.2.2 Tarjeta de Movilidad Fronteriza- TMF**

Creado en febrero de 2017 para permitir de mejor manera la movilidad en la frontera; hasta febrero de 2018 se expidieron cerca de 1.624.915 TMF debido a su suspensión(17). La suspensión de esta es una medida de las políticas migratorias que se adopta por el



aumento de venezolanos que llegan al país. En un principio dicha tarjeta era destinada para los venezolanos que requieran transitar en los municipios cercanos a las áreas de frontera por un período máximo de 7 días(40). Debido a su cancelación los ciudadanos venezolanos residentes en la zona de frontera que deseen ingresar a territorio colombiano sin su pasaporte deberán contar con la constancia de pre-registro de la Tarjeta de Movilidad Fronteriza, este documento solo puede ser tramitado a través de la página web de Migración Colombia(41).

### **5.2.3 Registro Administrativo para Migrantes Venezolanos- RAMV**

Este es un proceso que busca ampliar la información sobre el fenómeno migratorio por el que actualmente atraviesa el territorio colombiano. La información que en este se recauda sirve como soporte para la formulación y diseño de la política integral de atención humanitaria con el objetivo de ofrecer servicios con información acertada. La información contenida en este registro es de carácter confidencial y no se puede utilizar para la imposición de medidas sancionatorias, el RAMV no otorga ningún tipo de estatus migratorio, ni autorización de permanencia o regularización(42).

Las personas que deberán realizar este registro son:

- ✓ Ciudadanos venezolanos migrantes que no tengan ningún registro vigente en Colombia, es decir que no cuentan con cédula de extranjería, visa de permanencia, Permiso de Ingreso y Permanencia-PIP o el Permiso Especial de Permanencia
- ✓ Los portadores de la Tarjeta de Movilidad Fronteriza
- ✓ Ciudadanos venezolanos que viven actualmente en Colombia y pretenden permanecer en el país, independiente que estén regulares o no.

Este proceso cuenta con organizaciones internacionales como la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)(42).

### **5.2.4 Atención de salud a migrantes en Colombia y otros países**

Por otro lado, países como Colombia, Chile, Uruguay entre otros, brinda atención médica a los inmigrantes en caso de emergencia médica y quirúrgica, aún si las personas se encuentran en condición irregular en el país, quedando así los gastos cubiertos por el Estado. A su vez Colombia no proporciona los medicamentos de manera gratuita a los migrantes irregulares a diferencia de países como Argentina, Brasil, Ecuador, Nicaragua y Paraguay(43).

Según estudios realizados sobre los servicios médicos más utilizados por parte de los migrantes en Iberoamérica se tiene que los servicios de primer nivel de atención y urgencias, encabezan la listas, seguido por los servicios de ginecobstetricia y pediatría, por lo que se refiere que una de las necesidades más grandes que presenta la población migrante es sobre los servicios materno-infantiles(43).

Para las personas migrantes, su estatus o condición de irregular, no les permite acceder a un empleo digno, por ello sus condiciones de vida, estado de salud y acceso a los servicios sanitarios son sumamente precarios, por lo que esta población muchas veces se ve obligada a establecerse en lugares inhóspitos lo cual acrecienta la probabilidad de contagio por enfermedades infectocontagiosas(44). Es así como las instituciones de salud tienen un reto mucho más grande, dado que estas enfermedades se pueden transmitir inclusive a la población colombiana que se encuentre viviendo a sus alrededores, tornándose en un problema de salud pública.

### 5.3 Marco Conceptual

La percepción indica que se debe comprender, es por ello que este tema es abarcado desde la psicología basada en la teoría de Gestalt, la cual tuvo sus inicios en Alemania con los investigadores Wertheimer, Koffka y Köhler, los cuales consideraban la percepción como un proceso mental y que las actividades psicológicas dependen de una organización perceptual. La psicofisiología por su parte la definió como una actividad cerebral que era impulsada por la transformación de un órgano sensorial como la visión o el tacto. La Gestalt baso su teoría en la tradición filosófica de Kant y la consideró un estado subjetivo a través del cual se realiza una conceptualización del exterior o de hechos que son de importancia(45). La percepción es basada en las experiencias de las personas frente a determinadas situaciones y como se siente respecto a dichos momentos.

La percepción es sin duda un tema bastante importante, apareciendo diferentes autores que han desarrollado diversas teorías. En 1945 el filósofo francés Maurice Merleau-Ponty abarca la percepción desde su rama en la literatura, llamada fenomenología de la percepción, en la cual realiza cuatro aportes poniendo a la perspectiva fenomenológica como eje para la comprensión del espacio en la actualidad. (46).

El primer aporte señala la importancia del mundo de la percepción y la sensibilidad en la construcción del conocimiento sobre el mundo, a su vez en el segundo radica en el cuestionamiento de la geometría clásica, junto a la existencia de un espacio homogéneo, el cual es diferente del mundo físico, luego aparece la relación sobre la importancia que el cuerpo tiene para el reconocimiento del mundo y por último la concepción de las demás personas y con protagonismo en el espacio, ya que todos se vuelven partícipes del mundo marcado por sus acciones y propósitos para llevar a cabo la comprensión de los otros(46).

En la teoría de Gestalt sus principios enmarca las llamadas leyes de la percepción, entre las cuales se encuentran: concepto de forma, pregnancia, proximidad, semejanza o igualdad, tendencia al cierre y relación figura-fondo(45).

Cada uno de estas leyes aporta a la teoría de Gestalt de la siguiente manera:

1. concepto de forma, este se plantea debido a que es el objeto el cual concreta la información de importancia(45).
2. La pregnancia se basa en la tendencia de la actividad mental a la conceptualización de la mayor simplicidad.
3. La proximidad en la cual se da una agrupación de información desde el mundo externo.
4. La semejanza o igualdad en este se clasifica la información según el grado de semejanza que se presenten entre los objetos.
5. La tendencia al cierre es toda la información que contribuye a la formación del concepto de contorno.
6. Para finalizar con las leyes se encuentra la relación figura-fondo, el cual es quizá de los más importantes dado que reúne a todos los anteriores para explicar la forma de agrupación(45).

El proceso de percepción en los sistemas de salud la concepción de salud y enfermedad está ligado a las definiciones que comúnmente las personas tengan sobre su padecimiento. La utilización del sistema de salud inicia con el proceso de la percepción de un determinado problema de salud que se convierte en necesidad, por lo que demanda algún tipo de atención. Este proceso es necesariamente selectivo y contrasta con la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen pero que no es real, ya que esta puede cambiar según sea situado para observarlo. Al igual que la percepción que cada persona tiene sobre lo que sucede, se produce de acuerdo al modo, lugar o situación desde donde se mire(47).

Actualmente no existe un óptimo estilo de vida generalizable para la población, dado que la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, las condiciones familiares y laborales plantean diferentes opciones asumidas por las personas, estudiar cualquier comportamiento que se relaciones con la salud implica tener en cuenta esos factores personales y socioculturales o los que pertenece el individuo.

Se dice que uno de los más grandes atributos de las organizaciones y que lo determina y posiciona como líder de manera global y tecnológica es la calidad del producto o servicio tanto a largo como mediano plazo. Es por ello que la opinión de las personas es de suma

importancia; ya que tiene gran relevancia la percepción expectativa de las personas sobre la calidad del servicio. Las organizaciones prestadoras de servicios de salud no se encuentran exentas de ello, debido a que sobre ellos recae la responsabilidad sobre la atención de la población, la idea de calidad en la atención en salud suele ser distinta, dependiendo de la persona y como este la perciba(48).

La calidad en salud, enmarca la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, ya que el servicio está orientado a garantizar la vida del ser humano es por ello que debe existir según la OMS una responsabilidad entre el estado, los prestadores de servicios y los usuarios, a su vez la OPS considera que la calidad en la atención en salud debe buscar garantizar el acceso y la equidad de los servicios de salud para toda la población(48).

Las zonas fronterizas comprenden diferentes retos debido a que son regiones formadas por áreas que demarcan los límites entre los países, por lo cual estas presentan características sobre el comportamiento de sus poblaciones y con ello el proceso de salud-enfermedad. Las poblaciones de estas zonas diseñan estrategias que los ayuden a superar los obstáculos que son impuestos por los límites internacionales(49).

Las instituciones prestadoras de servicios tienen grandes retos entre manos, con el fenómeno migratorio esos retos se incrementan, lo que conlleva a un trabajo mucho más arduo, gran parte de ese trabajo se presenta en las zonas fronterizas, debido a que es en estos lugares donde se presenta la mayor carga de morbilidad de los migrantes. A continuación, se aborda información que debe ser de conocimiento y referentes en el fenómeno migratorio que presenta Colombia en estos momentos y cuáles han sido los diferentes puntos de vista de los actores.

Las fronteras terrestres se definieron en Colombia para establecer la dimensión territorial, fue un trabajo arduo que duro más de cien años, pero lograron establecerse los límites internacionales con las repúblicas de: Brasil, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela(50).

Colombia comparte con Venezuela una frontera de más de 2.219 km. Indudablemente de las negociaciones para definir los límites fronterizos, las llevadas junto a la República Bolivariana fueron las más dilatadas; la delimitación se acordó debido a una serie de

parámetros y lineamientos dentro de los cuales se destacan el Laudo Español de 1891, el arbitramento del Consejo Federal Suizo de 1922 y el Tratado López De Mesa-Gil Borges de 1941 con el que finalmente se llegó al acuerdo en la negociación territorial(50).

### **5.3.1 Proceso migratorio**

La Organización Internacional para la Migración-OIM se encuentra brindando apoyo técnico, en la implementación de los proyectos desde 1956 que han contribuido a grandes beneficios para la población colombiana. La OIM se ha caracterizado en la ejecución de proyectos que en búsqueda de la protección internacional de migrantes que retornan, víctimas de trata de persona, niños, niñas y todos aquellos grupos que se caracterizan como vulnerables. Además de los programas tradicionales, el retorno voluntario, prevención de la trata de personas, fortalecimiento de la capacidad gubernamental en la agenda migratoria, la organización ha diseñado sus actividades en Colombia para atender a los grupos de población que han tenido que salir de sus países debido a la migración forzada(51).

Los programas con los que cuenta Colombia a través de la OIM son: Inclusión para la paz, fortalecimiento de la gobernanza migratoria, reintegración y prevención de reclutamiento, fortalecimiento institucional para las víctimas, unidades de empresas, migración e innovación social, migración y derechos humanos, fortalecimiento institucional para la paz, migración y salud y migración y ruralidad.

En el caso de la postura de este tema de manera internacional la migración es y será uno de los temas políticos, económicos, sociales y humanitarios más importantes a tratar en las agendas regionales, nacionales e internacionales. Es por ello que su importancia se ha visto reflejada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, dado que 11 de los 17 objetivos contienen indicadores que son de relevancia para la migración y movilidad (52).

El 19 de septiembre de 2016 los jefes de Estado y de Gobierno de los 193 Estados miembros de la ONU se reunieron para discutir temas relacionados con la migración y los refugiados a nivel mundial, en ella se reconocieron la necesidad de un enfoque global de la migración. Como resultado acordaron cooperar en la elaboración de un acuerdo

mundial sobre la migración segura, ordenada y periódica que pretende mejorar la protección de la seguridad, dignidad y los derechos humanos de todos los migrantes independiente de su situación, para combatir la xenofobia, el racismo y la discriminación hacia todos los migrantes(52).

La respuesta política al fenómeno migratorio es que este fenómeno ha desatado fuerte controversias entre los teóricos políticos que muestran su preocupación debido a su efecto sobre las relaciones internacionales y de la política doméstica de los países emisores y receptores. Este fenómeno migratorio se ha transformado en un hecho social que termina afectando al poder político por el impacto generado en los conceptos de construcción de Estado, concepciones de la identidad y los derechos ciudadanos(53).

La migración es un suceso que se encuentra arraigado en la historia de todas las sociedades y América Latina y el caribe no se encuentran por fuera de ello. De esta manera algunos rasgos y desafíos sociales, económicos, culturales y políticos de la región no se pueden entender sin la compleja dinámica de las migraciones tanto intra como extra regionales. A pesar de ello, pueden distinguirse etapas a lo largo de la historia primero colonial, después republicana, de las sociedades latinoamericanas y caribeñas, en las cuales han surgido diversos fenómenos ya sean de manera voluntaria o forzada(54).

Las migraciones no son procesos que tengan culminación muy definida, debido a que su continuidad depende de múltiples factores que se encuentran sujetas a incertidumbres durante las etapas y escenarios del ciclo migratorio. Entre ellos se pueden mencionar las posibilidades de lograr la inserción social y económica regular en el país de acogida, las razones subjetivas, las planificaciones personales de vida y acumulación de patrimonio y capital humano de las personas que migran y las políticas migratorias de los países; la condición de migrante en situación irregular se fusiona con otras ejes que ocasionan grandes desigualdades en diversos ámbitos como el género, la pertenencia étnico-racial, el momento del ciclo de vida, el territorio tanto de origen como de destino y el estatus socioeconómico. Estos procesos interactúan entre si convirtiéndose en oportunidades, vulnerabilidades y riesgos, las personas migrantes se encuentran expuestas a gran cantidad de riesgos que afectan su seguridad, calidad de vida y su modo de sustento(54).

Los migrantes requieren atravesar cambios como lo son la instalación y reproducción; la primera requiere de la inserción del migrantes a la sociedad, donde este deberá adaptarse a una nueva cultura, lo que supone un desafío de inclusión, ya que deberá regularizar la situación migratoria, hasta la inclusión laboral, además de la aceptación por parte del resto de la población local como una persona con los mismos derechos y deberes. La segunda se refiere a la reproducción social, tanto por la inclusión de los hijos de los migrantes que muchas veces pueden nacer en el recorrido, así como también por el tipo de redes y espacios de participación a los que acceden y la medida en que se forma o no un sentido de pertenencia a la sociedad destino; por otro lado la reproducción familiar, las diferentes familias, las edades de cada uno de ellos y las pautas culturales e idiomáticas, también tienen características propias que no siempre son compatibles con la oferta existente en materia de protección social y de políticas sectoriales de salud, educación y vivienda. Esto implica la necesidad de considerar sus particularidades con el propósito de disminuir vulnerabilidades y garantizar derechos, acorde a sus necesidades y requerimientos(54).

El tránsito es un ciclo en el cual la persona se expone a diversos riesgos desde el momento en el que deja su lugar de residencia original, la importancia de estos depende mucho de los medios y cualidades personales, del contexto territorial es institucional de los países por los cuales se realiza el recorrido hacia el nuevo destino, así como su condición de regularidad e irregularidad del proceso migratorio. Las personas migran acompañadas, solas, en grupos familiares o en parejas, por lo que los factores de vulnerabilidad y desigualdad como lo son la edad, el género, la pertenencia étnico-racial y su situación económica ocasionan diversos tipos de vulnerabilidad y riesgos, muchos se desplazan por búsqueda de mejores oportunidades laborales, nuevas metas, la desesperación o reunión con su grupo familiar, llenando algunas de sus pertenencias, pocos o muchos recursos, sus capital humano, lengua, diplomas, su cultura y su forma de convivir con otras personas; cuando esta situación no se da de manera voluntaria, las personas se ven obligadas a dejar su lugar de residencia y perder sus activos y formas de subsistencia, vulnerando muchas veces su integridad física y violando sus derechos (54).



La migración internacional tiene un rol fundamental en la transformación de la sociedad global, ya que representa el comportamiento de la puesta en marcha de procesos que posibilitan la continuidad de estructuras sociales y culturales que fomentan la posibilidad de cambio(54).

Las causas de la migración suelen ser diversas, estos movimientos se producen por la atracción ejercida por los países de acogida, por los intereses de los cuales provienen y de la decisión de la persona; de entre todas las causas de los movimientos migratorios es importante resaltar las siguientes: el crecimiento demográfico y su desigual distribución geográfica. Los efectos de la revolución industrial y los avances científicos y sanitarios han motivado un descenso importante de la tasa de mortalidad junto con el sostenimiento de la alta tasa de natalidad. Es la expansión demográfica la que ha llevado a gran cantidad de población desplazarse a zonas de expansión económica; además el desplazamiento del talento humano por las nuevas maquinarias y tecnologías en el proceso de producción han dado como resultado un sobrante de mano de obra con muy pocos recursos económicos, es por ello que se ven obligados a buscar nuevos territorios para sus actividades laborales(55).

Causas políticas y socioculturales como lo son los conflictos, las guerras, las persecuciones ideológicas y políticas generan fenómenos migratorios que pueden ser considerados forzados o semiforzados; además estas también se producen debido a sucesos sociopolíticos que en algunas ocasiones se convierten en factor de atracción, algunos ejemplos que destacan son la reconstrucción europea tras la Segunda Guerra Mundial, la unificación alemana o la construcción de la unión europea con el establecimiento de la libre circulación de las personas(55).

Los fenómenos migratorios se han presentado en Latinoamérica a lo largo de los años, según la CEPAL para el año 2000 vivían fuera de su país de origen más de 20 millones de latinoamericanos. Estas situaciones pueden presentarse debido a a la globalización donde en el mundo actual es sumamente importante que cada una de las personas residentes en el mundo puedan estar informados y de alguna forma igualarse con el resto, convirtiéndose en consumidores, además según el economista francés Destanne de Bernis afirma que existe un factor sintomático de esta situación que puede acelerar el

flujo migratorio. La migración es para 5000 millones excluidos que se están informando de su situación de exclusión, la posibilidad de incorporación al mundo del consumo, expresado a través de los medios de comunicación masivos(16).

Las diversas consecuencias que se contribuyen a este fenómeno en Latinoamérica son diversas y son vinculadas con: la falta de trabajo, la persecución político-ideológica, la inseguridad producto de la violencia, las guerras, las persecuciones étnico religiosas, los problemas socioeconómicos, el mejoramiento de la calidad de vida, la búsqueda de superación individual o familiar, oportunidades de empleo y educación, entre otros; en algunos casos las personas encuentran en esta idea una posibilidad que les brindará el nuevo país y que les permitirá encontrarse con aquellas cosas que les falta en su país de origen. El país receptor aparece muchas veces como un espacio de grandes oportunidades e ingresos. Esto puede generar consecuencias políticas, económicas y sociales que pueden terminar provocando situaciones de conflicto en el país receptor, además de ello incrementar la competencia laboral, surgir nuevamente la pobreza, aumentar la discriminación y la xenofobia, al igual que los trabajadores menos calificados pierdan sus empleos que serán para los migrantes o por la disminución de salarios(16).

Durante los siglos XIX y XX Venezuela fue un país receptor de migrantes y en la últimas tres décadas se ha presentado un gran cambio en el fenómeno migratorio, motivado por una crisis nacional que incluye un cambio en el modelo político, un desequilibrio en la economía que se ha institucionalizado durante los últimos años y una fractura social que marca la historia republicana de Venezuela, según cifras extraoficiales existen más de un millón quinientos mil venezolanos en el exterior, lo que quiere decir que es el 5% de la población nacional(56).

Según las percepciones de los venezolanos una de las principales causas de la migración radica también en la inseguridad personal y jurídica. Sumado a ello las condiciones económicas, que mantiene los precios elevados y la escasez de productos básicos, como alimentos que son necesarios, los medicamentos y el acceso a servicios públicos. Es por ello que los venezolanos se ven obligados a buscar nuevos destinos donde puedan vivir de manera digna y donde se respeten los derechos que son inherentes a todas las personas, como el respeto a la vida(56).

Ahora bien planteando todo lo mencionado a continuación se suma la situación de gran parte de la población de venezolanos que han decidido radicarse en Colombia, y que se enfrentan a múltiples dificultades por su condición de migrantes, esa situación es el hecho de que sus hijos que nacen en territorio colombiano se encuentran con un choque normativo, donde por un lado esta los requisitos que exige el estado colombiano para otorgar la nacionalidad y por el otro se encuentra la protección especial que debe garantizar el Estado a los niños de tener una nacionalidad, derecho amparado a nivel internacional por la convención americana de derechos humanos(57).

El problema radica en dos situaciones específicas: mujeres venezolanas que vienen en estado de embarazo o que han concebido en Colombia y sus hijos necesariamente nacieron o nacerán en este país. Según un informe de la Defensoría del Pueblo se estima que unos 8.000 niños, hijos de padres venezolanos, nacidos en Colombia no cuentan con nacionalidad, es decir, están en una situación de apatridia por no contar con una nacionalidad legal. La Registraduría Nacional del estado civil colombiano permite que registren a los menores para garantizar su derecho a nombres y apellidos, pero los documentos de registro traen leyendas con inscripciones que mencionan que tal documento no es válido para el otorgamiento de la nacionalidad(57).

Debido a su condición irregular los inmigrantes experimentan un gran sufrimiento no solo durante el proceso del mismo si no que es algo que se vuelve parte inherente de su identidad. La amenaza y el temor que sienten muchos a la deportación poseen un papel fundamental en la vida cotidiana de estas personas, es algo colectivo y transgeneracional ya que afecta a toda la familia del migrante indocumentado. En el contexto de la migración el sufrimiento social que los inmigrantes soportan es casi invisible y por ello socialmente irreconocible, este sufrimiento se presenta principalmente debido a que se encuentran lejos de su país de origen y dejan también atrás todo lo que para ellos era conocido, familiar y representaba un sentido de pertenencia y que en la nueva sociedad donde se asientan se les ve como extraños y pasan a ser el otro(58).

Existe una vulnerabilidad por parte de los migrantes venezolanos debido a diversas razones: la situación de “huida” bajo la que migran, la pérdida de su capital intelectual en el origen, pero también en el destino si no logran insertarse en las áreas para las cuales

fueron formados, y por último, la ruptura permanente del tejido social: familias, amigos, grupos de trabajo, que se ven afectados por la constante salida de personas. Por ello es necesario considerar otro de los aspectos relevantes para la explicación del proceso migratorio contemporáneo, los factores externos asociados a la globalización. Los Estados tienen la responsabilidad de comprender que los escenarios se dirigen hacia una sociedad global del conocimiento que a través de las TIC's forma una amplia red de personas que interactúan, intercambian experiencias y que dada su facilidad de manejo, tienen acceso a otras culturas, formas de vida y a posibilidades laborales/académicas en otros lugares distintos al de origen(59).

### **5.3.2 Calidad de los servicios de salud**

El Estado Colombiano ha tenido que asumir este fenómeno articulando recursos y esfuerzos para lograrlo de manera responsable; por eso desde el año 2014 formuló el plan fronteras para la prosperidad con la colaboración de varios sectores incluido el de la salud(60). El plan del sector salud enfatiza en las acciones que se deben diseñar por cada entidad territorial, con ello se consolidan avances de la política pública de salud de Colombia en dos vías específicas(61).

El 18 de agosto de 2017 el Ministerio de Salud expidió la resolución 3015 (8) por medio de la cual se incluye el Permiso Especial de Permanencia- PEP el cual será el documento permitido para la identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social(62). Para acceder a los servicios de salud esta población debe presentarse con el PEP y el pasaporte, en cualquiera de los dos regímenes ya sea contributivo o subsidiado. Para aquellas personas que no posean el permiso y se encuentran en situación irregular tendrán derecho a la atención de urgencias(17).

La resolución 5797 de 2017 por medio de la cual se crea el Permiso Especial de Permanencia, dado a la situación del fenómeno migratorio y la manera creciente en la cual ingresan al territorio nacional colombiano, las personas provenientes de la República Bolivariana de Venezuela, es necesario establecer mecanismos que permitan a la

población venezolana permanecer en Colombia de manera regular y ordenada, siguiendo unos lineamientos(63).

- ✓ Encontrarse en territorio colombiano a la fecha de publicación de la resolución.
- ✓ Haber ingresado al territorio nacional por Puesto de Control Migratorio habilitado con pasaporte.
- ✓ No tener antecedentes judiciales a nivel nacional e internacional.
- ✓ No tener una medida de expulsión o deportación vigente.

El Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio Diseñado por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud basa su formulación en el Marco Político y Normativo para la Gestión de Salud de Personas Migrantes en Colombia. Según lo que dicta el archivo expedido en el año 2014 se deben adoptar medidas necesarias y urgentes apoyadas no solo en las acciones nacionales sino también del sector internacional de protección al migrante, de allí se da forma a los compromisos y obligaciones que debe de tener el Estado colombiano para asistir a la población que llega desde otros lugares(21).

El sector salud según el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) se basa en aportar al ciudadano migrante proveniente de Venezuela una atención en urgencias, vacunación y atención a madres gestantes, esto dado si se establece en el orden instaurado “mediante el aseguramiento al régimen contributivo o subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o mediante la atención por evento en la red pública financiada con recursos de oferta”(21).

El Gobierno Nacional planteó una serie de estrategias encaminadas a la mejora de la atención en Salud de las personas migrante venezolanas a través de tres líneas de acción: la primera dirigida a la identificación de las necesidades de oferta para la prestación de los servicios de salud en los territorios afectados por el fenómeno migratorio; la segunda se orienta en brindar asistencia técnica para permitir el aumento de afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social de las personas migrantes desde Venezuela y a realizar seguimiento a las atenciones realizadas a personas migrantes irregulares; y la tercera encaminada a mejorar la capacidad de respuesta en materia de Salud Pública en los territorios y comunidades de acogida(64).

Para mejorar la salud materna se debe implementar políticas en Salud Pública, que garanticen el bienestar tanto de la madre como del hijo, principalmente en momentos críticos de la gestación, entre los que el momento del parto marca de una manera decisiva la vida y la salud de la mujer y del recién nacido. Sin embargo, estudios revelan que es precisamente en estos momentos, cuando más se vulnera los derechos de la mujer, siendo víctimas de trato irrespetuoso por parte del personal asistencial(65).

Otro tema que preocupa es el hecho que cada año en la ciudad se están cerrando los servicios materno-infantiles, lo que no solo afecta el indicador por número de habitantes, sino que también hace aumentar el riesgo de la población materna y sus hijos, volviéndolos aún más vulnerables. Esto conlleva a una saturación en la red hospitalaria y genera insatisfacción en las pacientes y percepción de falta de calidad por parte del personal asistencial(65).

En el sector salud la accesibilidad significa que incluidos los bienes y los establecimientos deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación alguna, estando el Estado obligado incluyendo a los sectores más vulnerables y marginados y deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, estando fundamentados en el principio de la equidad. El deber de no discriminación que se exige se extiende a la población en situación de migración(64). La reforma a la salud iniciada en la década del noventa en Colombia —Ley 100 de 1993 y sus posteriores desarrollos legislativos— ha implicado un proceso de transformaciones institucionales, de política pública y de concepción del derecho a la salud implantado en los últimos 17 años. Con este modelo se hizo evidente que no se resolvería las inequidades socio-sanitarias que han caracterizado al sistema de salud colombiano y que hicieron surgir algunas nuevas como las exclusiones y desigualdades en el aseguramiento y los planes de beneficio (POS); las barreras de acceso puestas por los aseguradores para los servicios de mayor complejidad y para la población pobre, así como la insuficiencia de programas de salud pública(66).

En relación con el criterio de disponibilidad, el Estado colombiano está obligado a contar con la cantidad suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos y programas de

salud, esto también se relacionan los aspectos como el personal médico y su remuneración, así como los medicamentos que son esenciales(64).

La aceptabilidad se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la cultura de cada una de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, así como también respetar el género y el ciclo de la vida(64).

Por último, la calidad en el derecho a la salud implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud, además de ser apropiados culturalmente deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. El personal debe estar debidamente capacitado y disponerse los medicamentos adecuados y el equipo hospitalario científicamente aprobado(64).

### **5.3.3 Relaciones entre Colombia y Venezuela**

En los últimos siglos XX y XXI existen tres periodos de análisis de las relaciones entre Colombia y Venezuela, el primer periodo en 1952 hasta 1989 estos roces continuamente evitaban el avance en los flujos comerciales de bienes y servicios; el segundo periodo entre 1990 y 2001 en este se generan instancias de cooperación para la solución de las relaciones diplomáticas y se proyecte la integración política; el tercer periodo se da desde 2002(67). Sin embargo hoy en día estas relaciones se encuentran completamente fracturadas, dada la gestión del gobierno saliente. No se sabe que rumbo pueda tomar esto, aunque el presidente de Venezuela manifestó su interés por restablecer las relaciones con el nuevo presidente de Colombia.

## **6. Metodología**

### **6.1 Tipo de estudio**

La investigación cualitativa según Lincoln y Denzin es un campo interdisciplinar y transdisciplinar, ya que establece relaciones con varias disciplinas como lo son las ciencias sociales, las humanidades y las físicas. Es sensible al valor y somete al investigador a la perspectiva naturalista y a la comprensión interpretativa de la experiencia humana(68).

Este proyecto de investigación es cualitativo ya que principalmente según lo considerado por Taylor y Bogdan produce datos descriptivos como son las palabras de las personas habladas o escritas y su conducta también es observable. Así mismo este tipo de investigación considera todas las perspectivas como valiosas e importantes(68).

La investigación cualitativa se centra en la comprensión de una realidad considerada desde sus aspectos particulares como fruto de un proceso histórico de construcción y vista a partir de la lógica y el sentimiento de las personas, por lo que es interpretada desde una perspectiva interna (subjetiva)(69). Este tipo de investigación es mucho más humanista debido a la sensibilidad que le caracteriza y al considerar algo como un todo.

### **6.2 Enfoque y diseño**

El método de investigación aplicado a este proyecto de investigación fue la fenomenología ya que esta pretende conocer los significados que cada persona le da a sus vivencias, es por esto por lo que se debió realizar un proceso de descripción, interpretación y comprensión por parte del investigador ya que la perspectiva se toma desde el punto de vista de otras personas. Según Van Manen la fenomenología explica fenómenos dados a la conciencia y cuestiona la verdadera naturaleza de los fenómenos;



esta busca conocer los significados que cada persona dan a sus vivencias y experiencias, pero lo más importante es el aprendizaje del proceso de interpretación por el cual las personas definen el mundo y actúan en consecuencia de ello(68).

El diseño fenomenológico debe describir y entender desde el punto de vista de cada participante, ya que este se basa en el análisis de temas específicos así como de sus posibles significados(70)

Para llevar a cabo este método se recomiendan seis pasos aportados por el filósofo estadounidense Herbert Spiegelberg, los cuales son: descripción del fenómeno, búsqueda de múltiples perspectivas, búsqueda de la esencia y la estructura, constitución de la significación, suspensión de enjuiciamiento y por último la interpretación del fenómeno(71).

La fase de descripción supone partir desde la experiencia concreta y describirla de manera libre, sin entrar en clasificaciones o categorizaciones. Para la búsqueda de perspectivas (2da fase) se debe reflexionar sobre situaciones, acontecimientos o fenómenos, ya que se encuentran diferentes versiones: la del investigador, los participantes y los agentes externos a que se basa en recolectar la mayor cantidad de información posible desde diferentes puntos de vista y fuentes(71).

Para la tercera fase desde la reflexión el investigador intenta captar las estructuras del hecho, actividad o fenómeno de estudio y las relaciones entre las estructuras. Es el momento donde se encajan las piezas y se establecen categorías y las relaciones existentes entre ellas(71).

En la cuarta fase el investigador se centra en cómo se forma la estructura de un fenómeno determinado, para la suspensión de enjuiciamiento, se recoge la información y el investigador se va familiarizando con el fenómeno objeto de estudio, lo que conlleva a distanciarse de la actividad para de esa manera contemplarla con libertad(71).

Por último en la interpretación se saca a la luz todos los significados ocultos, tratar de traer de la reflexión un significado que profundice en los significados superficiales presentados por la información acumulada a lo largo del proceso(71).

### **6.3 Población y muestra**

La población de estudio en este caso fueron las maternas migrantes venezolanas refiriéndose por maternas a aquellas que se encuentran en proceso de gestación o lactancia y de esta manera poder identificar como se han realizados los procesos por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud.

### **6.4 Criterios de Inclusión:**

- Mujeres migrantes venezolanas
- Maternas gestantes
- Mujeres en el periodo de puerperio hasta los 6 meses.
- Participación voluntaria

### **6.5 Criterios de exclusión:**

- Familiares de las maternas migrantes
- Mujeres migrantes venezolanas que dieron a luz en Venezuela y luego migraron, aunque estén en etapa de lactancia.

El tipo de muestreo se realizó en cadena o bola de nieve ya que debido a las condiciones en que se encuentra esta población actualmente, muchas mujeres viven de manera clandestina y entre ellas forman redes lo que ayudó a que una gestante informo sobre otra que quisiera participar del estudio y así sucesivamente. Igualmente se tuvo en cuenta el concepto de saturación teórica de la muestra en la cual “el número de sujetos por cantidad pierde significado, siendo la riqueza y variedad de los datos obtenidos lo que determina la saturación teórica de la muestra”(72).

La técnica que se empleó en la investigación es la entrevista semiestructurada ya que de esta manera se permitió al participante contar los sucesos y poder expresarse de manera libre y comprender de mejor manera sus puntos de vista, emociones, actitudes,

sentimientos y pensamientos. De esta manera, no solo se registró la idea del entrevistado, sino que también se consideró el lenguaje corporal de la persona como fueron la postura, gestos entre otros.

Una de las características con las que contó la investigación es la flexibilidad ya que a medida que se iba recolectando la información y haciendo los análisis, hubo necesidad de recolectar nueva información modificar, se entrevistaron a más gestantes hasta lograr saturar cada una de las categorías(72). Igualmente, en algunos casos se contactaron nuevamente a mujeres que ya habían participado con el fin de profundizar en algún tópico que no se logró esclarecer del todo durante el proceso de análisis.

Además de esto fue necesario un cuaderno de notas o diario de campo donde quedaron registradas anotaciones de parte del investigador que se consideraban de relevancia ya que la observación permitió un abordaje mucho más amplio sobre el proceso; adicional a ello para las entrevistas el investigador tuvo como material para registrar la información una grabadora, previo consentimiento informado. En algunos casos e hizo todo a través de anotaciones del investigador por no dar consentimiento para grabar.

## **6.6 Procedimientos para la recolección de la información**

### **6.6.1 *Diseño de la entrevista***

Se realizaron preguntas que fueron orientadoras para los participantes sobre como observan ellas el proceso de la atención recibida desde la atención inicial, la entrevista al ser semiestructurada tuvo modificaciones en función de la información que se recolectaba ya que su abordaje fue cualitativo y permitió así profundizar en determinados aspectos. El objetivo de esta entrevista fue siempre recopilar la mayor cantidad de información que se requería, todo esto de manera respetuosa, prudente y cordial. Las entrevistas tuvieron máximo una duración de una hora.

### **6.6.2 Grabación**

Las entrevistas se grabaron en la mayoría de los casos para agilizar el encuentro y disponer de esta manera un registro ordenado y confiable del encuentro sobre los testimonios recolectados. Los encuentros se realizaron en un lugar aislado del ruido y de esta manera evitar inconvenientes al momento de reproducir la grabación. Antes de iniciar las entrevistas se realizaron pruebas para verificar el buen estado de la grabadora, al igual que el estado de las baterías. Durante la entrevista se vigiló el adecuado funcionamiento de la grabadora.

Para evitar inconvenientes se llevaron a cabo las siguientes recomendaciones:

- ✓ la entrevista se realizó en un lugar poco expuesto a los ruidos
- ✓ se realizaron pruebas con la grabadora, en el cual, el entrevistador se grabó a sí mismo para asegurar el óptimo estado del dispositivo.
- ✓ Se verificó antes de iniciar que tanto la voz del entrevistador como el entrevistado fueron alcanzadas por la grabadora.
- ✓ Se guardó la información recolectada en un PC para reducir riesgos sobre perdidas de la información.

### **6.6.3 Recolección de datos**

El acercamiento a la población estudio fue de manera informal ya que muchas de ellas se encontraban en la calle, se les explicó todo el debido proceso sobre que trata el tema de investigación y se les preguntó si estaban dispuestas a participar en la investigación después que todas sus dudas hubiesen sido resueltas. Luego se procedió a la recolección de información personal, adicional a esto se establecieron fechas para las entrevistas en un día y hora específico que fue determinado por el entrevistador y el entrevistado. El día de la entrevista se le entregó el consentimiento informado para que la persona a participar le diera lectura y lo firmara en caso de estar de acuerdo en participar, adicional a ello se revisó que todos los insumos como las grabadoras funcionaran de la manera correcta y al finalizar la entrevista se dieron las gracias a las personas participantes.

Las grabaciones de audio e imágenes fueron de gran apoyo y utilidad, ya que permitieron descripciones mucho más detalladas, sin embargo, para ello se contó con la autorización y acuerdo con el entrevistado, y se respetó siempre su decisión. Al iniciar la grabación se registró la ubicación del encuentro, hora, día y lugar. Así mismo fue indispensable la utilización del diario de campo ya que la comunicación verbal y las expresiones del entrevistado fueron claves para la recolección y detalle.

Estas estrategias ayudaron para que la entrevista fuese mucho más fluida, permitiendo reconocer los puntos que se debían enfatizar y profundizar en los siguientes encuentros.

Las entrevistas fueron realizadas en el lugar acordado previamente entre el investigador y el participante, buscando así que las personas que participan se encontrasen tranquilas y no incomodarlas al momento de la realización de la entrevista, es por ello por lo que el lugar de encuentro fue agradable y seguro.

Por último, se realizó la transcripción de cada entrevista antes de programar la siguiente, lo cual permitió ver cuáles eran los temas que debían ser mayormente abordados o que aún se encontraban con vacíos. Una vez alcanzado el punto de saturación se dio por terminado las entrevistas y se inició el análisis de la información.

#### **6.6.4 *Análisis de la información***

Para esta etapa lo importante fue construir la realidad de los entrevistados y tener claro que la percepción siempre es subjetiva y parcial, dado que no se puede comprobar las experiencias de las demás personas tal como la han vivido.

Para el análisis de los datos se utilizó el enfoque propuesto por Tylor y Bodgan que se basa en tres categorías: descubrimiento, codificación y relativización; estos tres momentos se están dirigidos a buscar el desarrollo de una comprensión en profundidad de las personas o fenómeno que se estudia. Para la realización de la interpretación y análisis de datos se debió recurrir a las fuentes bibliográficas y a su vez a las experiencias aportadas por los participantes, lo cual se dio constantemente, para lograr una buena

interpretación, después se comenzó a codificar los datos, utilizando aquellas palabras que tenían un significado para el entrevistador y evaluar aquellos que no eran considerados, tomando en cuenta que todos los aportes realizados por las maternas son importantes y por último se dio la interpretación de los datos, teniendo en cuenta no solo lo narrado sino también lo observado, esta parte quedó a cargo del entrevistador quien estaba muy atento a cada uno de los gestos y al contexto de la narrativa en sí, palabras o miradas e incluso sentimientos que transmita el entrevistado para poder ampliar las vivencias en el momento de la entrevista.

Para la etapa de descubrimiento se revisó cuidadosamente la transcripción organizándola con los apuntes y anécdotas plasmadas en el diario de campo, se recorrió de manera lógica cada uno de los temas, para de esta manera ir construyendo conceptos e interpretaciones que ayudaran el desarrollo de argumentos.

En el momento de la codificación se agruparon todos los datos que se referían a temas e ideas similares para su análisis. Por último, se interpretó la información, describiendo los eventos y situaciones que fueron significativos para el entrevistado. Para comprender la información se realizaron diagramas, dibujos o esquemas que permitieron encontrar patrones y categorías para explicar los sucesos.

A continuación, se describe brevemente el procedimiento realizado para llegar a los resultados obtenidos:

## **6.7 Descripción del proceso**

- **Descripción del fenómeno:** durante la realización de esta investigación se realizaron 8 entrevistas y se analizaron de manera detallada sin realizar clasificaciones o categorías, dado que cada una de las entrevistas realizadas se tomaron de manera muy personal, tal y como lo propone el filósofo estadounidense Herbert Spielberg, debido a que cada experiencia de las madres es relatada bajo diferentes contextos.
- **Búsqueda de múltiples perspectivas:** se realizó una reflexión sobre cada una de las entrevistas realizadas a las participantes. Si bien es cierto muchas tenían

opiniones parecidas nunca fueron las mismas, cada una de ellas vivió de manera diferente el fenómeno y en situaciones y contextos diferentes.

- **Búsqueda de la esencia y la estructura:** es en este punto se comenzaron a formarse las categorías, a través de un concepto más detallado de cada una de las perspectivas de las participantes y se buscaron las relaciones entre todas ellas
- **Constitución de la significación:** para este punto se analizaron la estructura de la formación del fenómeno y como este surge. Al momento en que cada una de las maternas conto un poco sobre como la migración le había cambiado su vida más allá del hecho de ser madres, existen una cantidad de condiciones que para ella se volvieron problemáticas y como se encuentran un poco limitadas en algunas áreas como son el trabajo y todo lo que deben hacer para poder salir adelante
- **Suspensión de enjuiciamiento:** en esta etapa se evitó entrar emocionalmente en las historias narradas por las participantes, para de esta manera obtener un punto de vista más amplio. Lo que se realizo fue una observación en un diario de campo, sobre su cambio de emociones, el cambio de voz o gestos realizados por las participantes al momento de contar desde su perspectiva lo vivido.

## **6.8 Plan de publicación y divulgación de datos**

La socialización de los datos con la comunidad académica se realizará de manera oral y se deja constancia en documentos desarrollados a lo largo de la tesis, se presentará ante los jurados, asesor y profesores encargados de la materia que evaluarán los resultados obtenidos.

Con la comunidad participante se realizará la divulgación dejando como referente el documento que se trabajó durante todo el curso.

## 7. Consideraciones éticas

Mediante la resolución 8430 de 1993 dictada por el ministerio de salud, en el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se estimó el riesgo de esta **investigación como estudio de riesgo mínimo**(73), debido a que se tratara información sensible que puede desencadenar algún tipo de reacción emocional a las personas entrevistadas, debido a la situación por la cual tuvieron que pasar muchas de estas mujeres al momento de llegar al país, es una investigación que se debió realizar de una manera muy detallada y con alta sensibilidad ya que muchas de ellas pudieron haber estado en embarazo al momento de ingresar a Colombia.

Debido al riesgo de la investigación se debió contar con consentimiento informado escrito, para mayor seguridad del participante, es por ello por lo que se debió firmar el consentimiento donde quedó evidenciado que se respetaron los siguientes compromisos:

- Garantizar la confidencialidad de los datos
- Hacerse responsable del manejo de los datos
- Realizar el consentimiento informado
- No hacer uso de la información para propósitos diferentes a los mencionados.

Entre los aspectos éticos de la investigación se encuentran:

El código de Nuremberg, el cual es el primer informe que se realizó sobre la obligación de solicitar el consentimiento informado y expresar la autonomía del participante en la investigación, de esta manera se garantizara al entrevistado tener completa decisión de sus acciones y retirarse de la entrevista o de la investigación, si este llegase a creerlo pertinente.

Declaración de Helsinki, en esta se tienen en cuenta los principios médicos que se debe tener cuando se realiza investigaciones con personas y en la cual se deben proteger la



dignidad e integridad de las personas; lo que se busca con esta es que las personas no sean vistas o usadas como objeto en la investigación y que sean consideradas como personas que tienen valor y que no se deben humillar, ni degradar debido a la condición en la que se encuentran.

Informe de Belmont(74), este resalta la importancia de tres principios

1. Respeto por las personas: protegiendo así su autonomía y la capacidad que tiene de decidir con libertad, para ello se utilizara el consentimiento informado y se respetara la decisión de las personas de participar o no en la investigación, sus datos serán protegidos y de ninguna manera serán divulgados, ni publicados, se maneja total confidencialidad de los participantes y al finalizar la investigación los resultados serán entregado en forma de resumen y la percepción de cada uno de ellos será respetada.
2. Beneficencia: este busca que debe buscarse el máximo beneficio para las personas y disminuir los riesgos; por ello de esta manera los beneficiados serán las maternas migrantes y las áreas de servicios materno infantiles en los hospitales, ya que las maternas tendrán mejor información sobre los trámites que deben realizar y la importancia de la atención durante el tiempo de gestación, mientras que las áreas buscaran mejores alternativas para garantizar el acceso oportuno a las migrantes venezolanas.
3. Justicia: los riesgos y beneficios deben ser repartidos de manera equitativa entre todas las personas que hacen parte del estudio, con esto se permite que todas sean tratadas de igual manera sin importar su condición social, su edad o religión.

Pautas CIOMS(75) esta cuenta con 25 pautas o prácticas básicas que deben tenerse en cuenta al momento de realizar investigaciones, sim embargo en este caso solo se tomaron las correspondientes con el objetivo de estudio, como los son la pauta numero 15 la cual se basa en la investigación con personas y grupos vulnerables ya que se trabajó con un grupo altamente vulnerable y la pauta 19 las mujeres durante el embarazo y la lactancia como participantes en una investigación ya que esta trata sobre las mujeres durante el embarazo y la lactancia como participantes en una investigación.

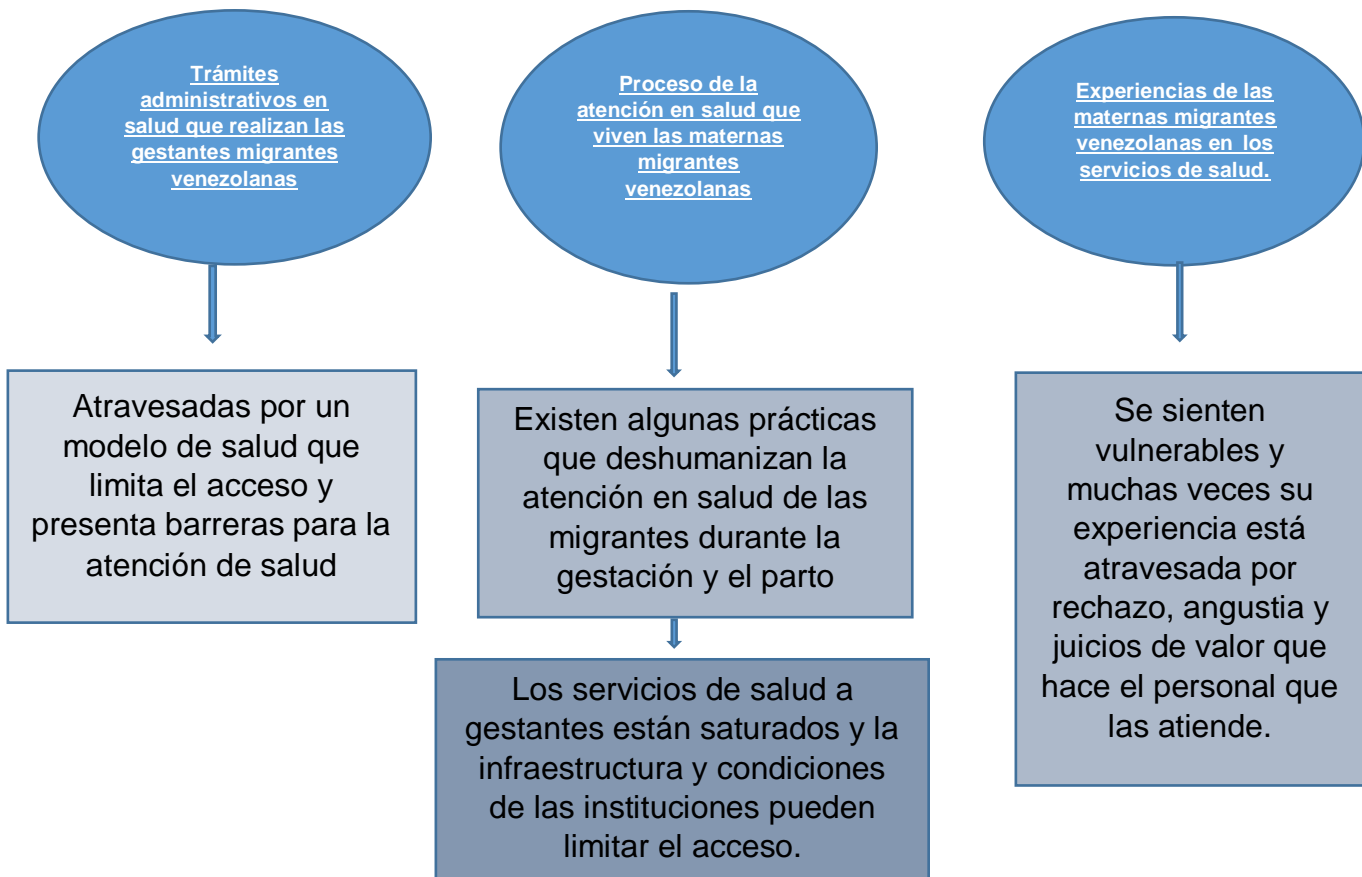
Con todo esto se pretendió garantizar la integridad de las mujeres que hicieron parte de la investigación y se respetó cada uno de los derechos que tienen como personas, ya que deben ser tratadas con igualdad y no ser menospreciadas debido a la condición en la que se encuentran.

## 8. Resultados y discusión

En el presente capítulo, se pretende exponer los hallazgos obtenidos, analizándolos de acuerdo con el diseño metodológico propuesto, logrando de esta manera coherencia y cohesión desde los análisis realizados, así como desde las observaciones realizadas por el entrevistador llegando a un proceso de interpretación hermenéutica inicial. Durante los resultados se quiere dar protagonismo a las percepciones de las mujeres entrevistadas, dando respuesta de esta manera a cada uno de los objetivos planteados en la presente investigación. De igual manera se realizará la discusión de los hallazgos con base en los marcos relacionados y otros estudios encontrados.

### 8.1 Matriz de categorías descriptivas

Durante el análisis de las entrevistas y la revisión de la documentación empleada para realizar esta investigación emergen las siguientes categorías descriptivas y subcategorías teniendo en cuenta los objetivos planteados en el proyecto:



A continuación, se presentan los resultados de esta investigación, es decir cada una de las interpretaciones que se hacen del fenómeno. Sin embargo, solo se discutirán aquellas que desde el punto de vista del investigador y que a partir del discurso de las participantes emergieron con mayor fuerza para la comprensión del fenómeno.

### ***8.1.1 Trámites administrativos en salud que realizan las maternas migrantes venezolanas para ser atendidas.***

En el contexto que se encuentra el sistema de salud actualmente donde se prioriza la economía al bienestar de las personas, es claro que el sistema de salud requiere de una mayor humanización ya que muchas veces durante el proceso de atención, quedan por fuera valores que deberían ser parte de cada una de las personas que atienden a las madres y de la infraestructura y cultura de las organizaciones en salud.

Todas estas fallas que se presentan en el sistema de salud desde la parte administrativa hasta la asistencial afectan la atención de las madres y deshumanizan los servicios de salud, atravesando todo el proceso de atención del parto, llevando a una atención inadecuada y pobre en cuidados para una población altamente vulnerable.

En el sistema de salud de Colombia persiste el modelo neoliberal, aún a pesar de la ley estatutaria en salud lo que lleva a que muchas veces se vulneren los derechos de las madres y no se preste una atención digna y de calidad. principalmente en este caso se evidencia con el cierre de las áreas materno-infantiles ya que no resulta ser atractivo para las instituciones en términos monetarios(76). En la actualidad, la disminución de camas para la atención de las maternas y los recién nacidos es constante año tras año, tanto en los hospitales de la ciudad de Medellín como en el país en general, debido a que las instituciones refieren que no es rentable la oferta de este servicio. (76) De esta manera, al no ofertar esta especialidad, quedan muy pocos los centros de salud que la prestan y, por lo tanto, estos pocos se congestionan en gran medida.

Al realizar el ingreso varias de las participantes coincidieron en que lo que pedían para registrarlas era el PEP y el SISBEN, sin embargo, una de las madres relata lo siguiente al ingresar a los servicios de salud *“Yo llegué al hospital con una orden que decía que el parto era urgente y que debían sacarme rápido al bebe. Al ingresar pidieron documentos: SISBEN y seguro médico y un depósito de 200 mil pesos para poderme atender, si no, no lo hacían, yo di como 150 mil y con eso me atendieron y simplemente mi mamá realizó el depósito y mientras ella se quedaba llenando la información, a mí me ingresaron a la sala de espera, a pesar de que en el documento decía que era urgente ellos no me atendieron hasta no realizar el depósito”*

Cabe resaltar que estos trámites son generalmente realizados por todas las madres migrantes en el momento de ingresar, lo cual es muchas veces una situación que les incomoda ya que les da la impresión de que es un sistema donde el papel y el dinero parece ser más importante que el mismo ser humano. Así mismo, son alejadas rápidamente de sus seres queridos, una de ellas refirió: *“al momento de ingresar a la casilla me dijeron que como era adulta debía hacerlo sola y bajo mi responsabilidad”*, otra de las participantes comenta que *“Dios mío bendito uno con dolores y ellos pregunte y pregunte como más o menos 25 minutos, se demoraron mucho para realizar los trámites”*. Para cada una de las maternas entrevistadas el tiempo en la realización del ingreso fue diferente, una de ellas manifiesta que *“el tiempo de espera fue muy poco, yo pasé a emergencias y me registraron, luego me mandaron a sala de parto e ingresaron los datos”*; al igual que otras afirman que el tiempo fue bastante largo.

Cabe resaltar que cada proceso es individual y diferente y aunque en la mayoría de los casos el momento está atravesado por situaciones adversas y que deshumanizan, no siempre es así. Una de las participantes refirió: *“Pues a mí me fue bien e incluso me siento muy agradecida por que no tuve que pagar por nada, durante toda la estancia en el hospital”*. Esto es algo que se debe resaltar pues las entidades se encargan de prestar atención a las maternas gracias a una ruta integrada creada por cada entidad, con el fin de tratar de atender a todas. Un documento que hace constar de ello es la circular externa N° 35 de 2022, donde se presentan recomendaciones para el fortalecimiento de la

inclusión y atención a la población migrante venezolana en el sistema general de seguridad social(77).

Al realizar una investigación de este alcance, se logra evidenciar que la salud hoy en día se basa en lo económico, quedando por fuera las necesidades de la población que pretende obtener una atención digna, oportuna y de calidad. Con el cambio de rol del Estado en el manejo de empresas públicas que suministraban bienes y servicios públicos los economistas propusieron cambios para aumentar la eficiencia uno de ellos fue la mercantilización de los bienes y servicios públicos para que el mercado generara competencia y fijara los precios, los pocos que propusieron cambio de economía constitucional en vez de economía de mercado no fueron escuchados, ganando de esa manera el capitalismo y convirtiendo los servicios de salud en mercancía(78). De esta manera se dejó atrás el bienestar de las personas buscando el mayor beneficio monetario para las entidades de salud.

### ***8.1.2 Proceso de la atención en salud que viven las maternas migrantes venezolanas***

Según la OMS, en las mujeres de edad fértil la principal causa de muerte y discapacidad se presenta debido a las complicaciones durante la gestación hasta el parto, de igual manera reportan que el 40% de los niños menores de 5 años que fallecen anualmente son recién nacidos de algunos días o en periodo neonatal(79). Es por ello, que la atención del parto en los centros de salud es una medida para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal y se establecen parámetros para garantizar una atención de calidad, con racionalidad científica, para desarrollar las actividades, intervenciones y procedimientos durante la atención del parto y no vulnerar los derechos de la madre y sus hijos(80).

#### ***8.1.2.1 La deshumanización y las prácticas institucionales al momento del parto***

Durante las entrevistas las participantes también manifestaron que muchos técnicos y profesionales realizan comentarios que deshumanizan la atención y vulneran aún más a

estas mujeres. En algunas ocasiones hay discriminación de su origen, una de ellas cuenta que un obstetra la trato mal refiriendo lo siguiente: *“el trato fue horrible, por que llego y me pregunto si era de Venezuela, yo obviamente le dije que sí y entonces comenzó a hablar mal de todos los venezolanos que nosotros estábamos quitándole el trabajo a los colombianos, que habíamos llegado a desplazarlos y todas esas cosas, que si yo estaba embarazada porque no me quede en mi país, se supone que es un profesional y fue bastante grosero”*. Encontramos aquí un patrón de experiencia diferente y es que, si hay un trato discriminador para estas mujeres, vulnerando aún más su fragilidad y acentuando la angustia y la tristeza en un momento que de por si es bastante adverso.

El trato deshumanizador se presenta en turnos donde muchas veces los servicios están colapsados. Las condiciones laborales del personal asistencial pueden influir al momento de prestar la atención al igual que su formación y sentir personal. Una de las participantes refirió que *“Había una enfermera que si era muy grosera, me preguntó que con que medicamento iba a planificar y yo le dije que ya tenía la cita para operarme y ¿sabe que me dijo? que dentro de un año la vuelvo a ver aquí pariendo, eso sí me pareció mal, solo la vi esa vez, pero fue muy grosera”* al igual que otra afirmó haberse sentido regañada por una de las enfermeras *“Hubo una que si tenía un tono bastante elevado y me regañaba todo el tiempo pero no sé si era por ser venezolana y luego cambio de turno”* La saturación de la redes y el constante colapso en las instituciones conlleva a que diferentes servicios de las instituciones se encuentren continuamente abarrotados, y a las personas en busca de una atención digna y humanizada. Esto conlleva a que algunas veces las gestantes deban pasar su trabajo de parto por situaciones bastante incomodas, como estar gran parte de dicho proceso en la sala de espera soportando el dolor o escuchas comentarios que las vulneran en toda su humanidad(65).

Uno de los mayores retos que se enfrentan hoy en día y que son de gran preocupación es la humanización del sistema de salud. Según Bermejo, humanizar es una cuestión ética que tiene que ver con los valores que conducen en el ámbito de la salud y cuando los valores conducen al diseño de políticas, programas, cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano se habla de humanización(81). La prioridad por la eficiencia y el control del costo, han hecho que el personal de salud

anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano(81).

También se logra evidenciar que en Colombia existen algunas prácticas institucionales en salud que afectan los derechos de las mujeres en embarazo, parto y posparto, por lo que su aplicación podría llevar a la llamada violencia obstétrica. Este término se puede incluir cuando procedimientos invasivos no consentidos ocurren de manera rutinaria durante el parto algunas de ellas son: la maniobra de Kristeller, los tactos vaginales no consentidos, la inducción artificial del parto, intervenciones médicas de estudiantes sin el consentimiento de la madre, prohibición de la entrada del acompañante entre otras(82), en una de las entrevista realizadas a una materna también se logra evidenciar que estas prácticas incomodan a la madre haciéndolas sentir mal, ya que a pesar de los fuertes dolores y el malestar que ocasiona el proceso del parto deben ser vistas como algo que todos pueden tocar y examinar sin su consentimiento previo *“lo que no me gustó después era que en la madrugada llegaban los estudiantes y uno estaba con dolor y ellos también estaban pregunte y pregunte. Es que les explican con uno y ¡así no se puede! y ellos preguntan lo mismo que ya le han preguntado todo el tiempo, eso sí fue maluco, y además los residentes que les faltaban como dos años me volvieron a hacer nuevamente el tacto”*.

#### 8.1.2.2 *La infraestructura y la saturación de los servicios*

La infraestructura al no ser la adecuada no permite como lo expresaron algunas madres el acompañamiento de sus familiares en este largo proceso, en el cual se requiere contar con una persona cercana que pueda dar tranquilidad a las pacientes, generando así otra barrera en el sistema de salud, acerca de ello una materna nos dice que ella tuvo que realizar todo sola *“a mí me toco gestionar todos los papeles, ya que no permiten el ingreso de ningún tipo acompañante”*, en general siempre era la misma respuesta. Al respecto Burgo refiere: *“la gestante debe tener derecho a tener un acompañante de su preferencia”*(83).

Esta misma falta de capacidad de la infraestructura genera que las madres tengan que compartir una habitación, que, por supuesto también deben estar en la misma con sus



recién nacidos lo que puede aumentar el discomfort, la falta de intimidad y el encuentro maravilloso con el recién nacido las primeras horas de vida. Es muy importante a veces para las madres poder tener una persona cercana que este con ellas en este proceso. En algunas de las situaciones descritas por las participantes expusieron que debido a la pandemia por COVID-19 impedían el acompañamiento de los familiares o la pareja, pero hubo otros casos que sucedieron antes de la pandemia se puede notar que muchas veces, es más una política instaurada en las instituciones que una situación producida por la contingencia sanitaria.

Estas son las etapas en las cuales el acompañante que la mujer elija debe ser participe, pero debido a estos lineamientos o políticas, su participación se ve limitada, ambos viven un momento de incertidumbre y no permite que se cree ese lazo, en especial si es la pareja de la gestante. Odent menciona que las mujeres están capacitadas y actúan por instinto desde el primer momento y su oxitocina también se encuentra alta, sin embargo, como es un momento de alta vulnerabilidad, múltiples factores influyan a que las madres se sientan solas en los centros de salud, ya que no cuentan con ese ser querido y con ese momento de intimidad para disfrutar.

La misma infraestructura tampoco permite que la madre disfrute su proceso con tranquilidad, comodidad o intimidad, debido a que el momento en el cual realizan chequeos y hacen revisión así como el tacto quedan expuestas frente a todas las personas que se encuentran en la habitación, y aun así luego de dar a luz tampoco pueden gozar de privacidad junto a su hijo o familiares debido a que estas son habitaciones que comparten con otras madres y los bebés de cada una de ellas, por lo cual debe moderarse mucho al momento de hablar para pedir ayuda a alguna de las enfermeras, una participante nos cuenta sobre ello *“Habíamos tres en la sala que yo me encontraba”*, otra nos cuenta que *“Éramos como 5 o 6 pero había una que ya había tenido al bebé”* Si bien, la infraestructura a veces no permite la intimidad, los profesionales y las mismas instituciones deben crear procesos para lograr mejorar este aspecto.

La saturación no solo hace que las madres deban esperar por largos periodos de tiempos para ser atendidas, tener una camilla, sino que luego del parto pueden ser dadas de alta antes de estar en condiciones óptimas para el alta, esto con la intención de liberar

espacios para las nuevas mujeres que ingresen en labor, al igual que evitar la saturación en esa área y de esta manera lograr atenderlas a todas. En un estudio realizado en Argentina donde se habló con obstetras queda en evidencia esto pues, según la entrevista realizada a dos médicos que pertenecían a una entidad privada dejaron claro que al momento de realizar una consulta se toman el tiempo adecuado, al menos 45 minutos con sus pacientes, pero esto es algo que no se puede realizar una entidad pública donde lo máximo que puede demorar una consulta son 15 minutos(84). Las relaciones desiguales de poder marcan una interacción entre el médico y el paciente en general y esa desigualdad puede ser transformada en violencia de género y su ocurrencia esta relaciona al hecho de ser mujeres además de pacientes, anulándolas como sujetos de derechos, principalmente los derechos sexuales y reproductivos, en Brasil se realizó un estudio donde una de las dificultades a las que se enfrentan diariamente son la sobre carga, las condiciones de infraestructura y la precariedad de los recursos materiales. Todas las consecuencias de estas dificultades van desde la falta de anestesia para manejo del dolor cuando la mujer lo requiere o solicita, hasta la prohibición de acompañantes hombres en la sala de parto y sobre la falta de espacio físico que garantice la privacidad para las demás pacientes(85).

Se debe garantizar mejores condiciones laborales para el personal asistencial, ya que desde la implementación de la ley 100 de 1993 se presentaron cambios en las condiciones del personal asistencial, sin embargo, a partir de la aplicación de dicha ley las condiciones laborales se deterioraron, ya que se ampliaron la brechas salariales y se dieron los aumentos en intensidad horaria, estas modificaciones surgieron principalmente por la ampliación de la cobertura del sistema de salud, sin que se incluyera en dicha ley un artículo sobre la contratación del personal o un aumento de salario(86). Debido a este aumento de trabajo aparte de las maternas muchas veces el personal asistencial debe realizar largas rondas, y realizar trámites de ingreso y asuntos que en ocasiones no son de su competencia. Esto evidencia la falta de personal en las instituciones y la inadecuada distribución de tareas, así como largas jornadas y alternancia entre turnos de trabajo y descanso.

Al presentarse estas situaciones, donde constantemente se encuentran saturados los servicios, el personal asistencial se llena de una carga laboral por lo que diariamente deben enfrentarse a una situación de estrés y puede ser una de las razones de que no exista una relación más cercana con las maternas, que se encuentran en un momento difícil y se sienten incomprendidas en muchas ocasiones” *ellos tuvieron que romper la membrana en cuanto a eso si la residente fue muy cuidadosa y había una que la ame porque me ayudaba me agarraba la mano y terminaron regañándola por ser así*”. en un estudio realizado en Colombia se evidencia que efectivamente la carga laboral y el estrés del personal influyen en su atención a las maternas, debido a que presentan una sobre carga laboral y además de ello se encuentran insatisfechos con sus condiciones laborales, en el estudio una persona perteneciente al gremio de salud relata que aún les falta por aprender sobre la maternidad y que la demanda sigue en aumento, también se deja ver como todos estos factores inherentes a la madre terminan afectándola en un momento que debería ser de felicidad y en efecto otra de las participantes pone en duda que tanto sabe sobre ello. Esto da cuenta que el personal asistencia necesitan alguno incentivos en cuanto al trabajo, ya que las jornadas de trabajo se hacen extenuantes y pesadas para el personal, así mismo demuestra que en cuanto al trato hacia las maternas aún se desconocen los modos y es algo que se debe corregir, para que la madre no se sienta vulnerable y sola en un momento como este y que en muchas ocasiones puede deberse a la falta de conocimiento y la humanización de la atención. Una de las maternas expresó lo siguiente referente a la atención: unas: *“Pues como te dije eran seis enfermeras y solo una estaba pendiente de lo que necesitábamos, porque uno podía llamar a las otras pero solo ella estaba atenta, que si uno quería orinar, pero en cambio las otras no se movían, por ejemplo hubo una muchacha al lado mío que estaban diciendo ya va a dar a luz y la enfermera era sentada y ni se movía, eso sí fue horrible”*, aparte de eso cuenta que *“Mira en el parto al obstetra solo lo vi un momento, en la sala también se encontraba un residente que fue el que me saco a la bebe, eso sí me lo saco muy brusco y me desgarró, además la bebé tenía el cordón umbilical enrolladlo y cuando me la tiró uno de los que estaban en la sala grito por el cordón, eso sí fue horrible es que imagínese si el otro no está pendiente y grita, me la mata”*

En relación con esto, algunas de las maternas comentaron que se sentían un poco desatendidas ya que no sentían que el personal estuviera pendiente de ellas, especialmente de un momento intenso y agotador que es el trabajo de parto y parto. Muchas ocasiones eran ellas quienes debían solicitar ayuda sin que se les reconociera o se adelantasen a sus necesidades humanas. Alguna de las participantes refirió: *“deberían estar más pendiente de uno por que realmente uno queda muy cansada y en mi caso demoré 16 horas con dolores, es como si una trabajara un mes de seguido sin descansar y nos gritaban cosas como tienes que despertar y estar pendiente de la bebé, y es algo que ellas deberían saber, además que no le ponen a uno una cunita para el bebé sino que está todo el tiempo en los brazos de nosotras y el agotamiento con el que quedamos es muy grande y el bebé podría caerse y yo que por ejemplo soy primeriza intentaba no dormirme por miedo”*. Sin embargo no todas las experiencias fueron desalentadoras pues otras maternas refieren *“Ellos siempre están pendiente de como uno está, como va, a mí me colocaron aparatos para la dilatación debido a que no podía parir, ellos me explicaron para que era ese aparato y en el momento que inicio a sonar, la doctora me dijo que la cesárea era de emergencia”*.

En contraste con esto varias participantes comentaban que algunas veces el personal asistencial tenía rondas muy largas y extenuantes, lo que también podría ser un factor que pudiese explicar la manera de comportarse de algunos de ellos. Sin embargo, en contraste con esto existe una cara diferente de la situación ya que también existe un trato humanizado por parte de algunos. Una de las mujeres refirió: *“estaban muy pendientes debido a la taquicardia, y yo no sentía medio cuerpo entonces también todo el tiempo me preguntaban cómo me sentía, eran muy atentas conmigo y otras dos mujeres que también estaban allí, si yo debía ir al baño ellas me acompañaban siempre llegaban a la hora que debía bañarme y comer”*. Aquí se puede evidenciar como también existen experiencias gratificantes, lo que indica que en muchas ocasiones la experiencia está marcada por el turno o las personas específicas que les atienden. Aunque algunas de las participantes de este proyecto hablan de haber recibido buena atención, lo cierto es que en la mayoría de las entrevistas realizadas se puede evidenciar la falta del personal asistencial en los cambios de rotación, la demora al ingreso de salas de atención, ya que varias de ellas pasaron gran parte de su proceso en la sala de espera *“Me tocó esperar*

*el cambio de turno, después la revisión de la ginecóloga y cuando salí nuevamente a la sala, esperé todo un montón de horas". Otra de las maternas refirió que luego de que la prepararán y le pusieran una bata, nuevamente fue enviada a la sala de espera "en ese si fue verdad que me toco esperar como una hora y media, en una silla, y entonces imagínese eso como es de insoportable porque uno con dolores, luego me hicieron tacto para ver cuánto había dilato y me preguntaron si quería que me colocaran la epidural."* Todo esto demuestra cómo el proceso de atención a estas gestantes está atravesado no solo por un éxodo migratorio, sino por una larga espera para la atención de su proceso de parto y del nacimiento.

Los salubristas deben hacer que el sistema de salud maneje de una forma adecuada los recursos y sea más justo, que no importen las condiciones socioeconómicas de la persona o de donde proviene, se deben orientar los servicios a la prestación del servicio a las personas, dejando a un lado las practicas clientelistas y la poca articulación de los actores en el sistema(78) .Así mismo los salubristas deben fomentar las prácticas para una atención más humana donde la privacidad de la madre sea respetada y hacer valer sus derechos sobre que quiere y que no al momento de entrar al sistema de salud para recibir atención, cuidando así de la madre y su hijo permitiéndoles ese momento de intimidad para la fomentación de ese vínculo desde el primer momento.

De igual manera, se hace imperante que el personal asistencial se capacite en esta atención con un enfoque diferencial para que este proceso este impregnado de humanización, calidad, oportunidad y seguridad. El estrés y la carga del personal pueden llevar a que algunas veces no se brinde la mejor atención. Un testimonio dado por algunas de las participantes muestra como la rotación del personal asistencial era muy poco, es decir no veía suficiente para la atención de su proceso, al preguntarle a la entrevistada si le parecía que el personal era suficiente para brindarle atención a ella y a las que se encontraban en el área con ella, respondió "*Pues yo siempre vi las mismas en mi atención*", otra de igual manera acotó "*, mientras yo estuve, solo estuvieron las mismas enfermeras, lo único que hubo cambio fue de doctor a medio día pero siempre las mismas enfermeras, es decir al momento de ingresar me atendió un doctor diferente el cual fue el que me acompaño a sala de parto*".

Las maternas son un ejemplo de cómo cada día se vulneran los derechos de las personas en salud y que un momento tan grande y bonito en su vida, muchas veces se ve opacado por factores ajenos a ellas, y que en la constitución se enmarque el derecho a la vida y en la práctica diaria este no se toma como algo importante. Esto puede llevar a que se estén cerrando cada día más servicios materno-infantiles. Como lo menciona el médico francés Michele Odent pionero en la promoción del parto fisiológico, “el parto debe ser menos medicalizado y más natural”, ya que según él, es fundamental no perturbar ese momento para que tanto madre como hijo puedan desarrollar el amor, y, más que humanizar el parto se debe “mamiferizar” y redescubrir las necesidades básicas que compartimos, debido a que “ los mamíferos necesitan sentirse seguros y no ser observados para dar a luz.”(87) Este punto del autor, es bastante coherente ya que al realizar este proceso de una forma más cómoda y natural las madres sentirán ese momentos más íntimo creando o reforzando de esa manera un gran vínculo con el bebé. La hormona clave según Odent a la hora del parto es la oxitocina y varios artículos concuerdan pues todas las hormonas que liberan la madre y el feto durante las dos primeras fases del parto no se eliminan de manera instantánea y todo ello juega un papel determinante en la interacción de ambos. Lo importante es lograr que este momento sea lo más natural y humano posible, y que se lleve a cabo en mayor comodidad para las madres en condiciones de intimidad, penumbra y solidaridad(88)(89).

Estas son situaciones bastante preocupantes ya que el cierre de las áreas materno-infantiles puede provocar una atención inoportuna y de inadecuada calidad, así como también genera que las madres no sean atendidas en las condiciones adecuadas. El número de camas es más reducido, ya que, según cifras del registro especial de prestadores de servicios de salud, en Antioquia las camas de obstetricia pasaron de 1.049 en 2012 a 903. Cada periodo continua bajando la cantidad de camas en 2017 llego a 920(76). Según la OMS y la OPS para que los programas de salud materna sean eficaces deben tenerse presente el panorama epidemiológico y las principales causas de la defunción materna, se debe tener la capacidad de contar las muertes maternas y neonatales para entender las causas y de esa manera desarrollar intervenciones, sin

embargo, también señalan que un 99% de las muertes maternas prevenibles ocurren en países de ingreso bajo y medio(90), lo que puede darse en gran medida por la inequidad que se presenta, ya que no es la misma atención para una mujer en el área rural a las que se encuentran en el área urbana. Por un lado, una de las soluciones que pueden darse, es realizar jornadas de atención para las mujeres que se encuentran en áreas lejanas o capacitando a las personas cercanas para brindar los cuidados necesarios y atención básica. Sin embargo, aún queda la problemática de los cierres en las áreas urbanas de estas especialidades. Por supuesto, está situación afecta a las gestantes en general, sin embargo, las migrantes se encuentran con este contexto que es adverso y que les termina vulnerando aún más sus derechos.

Ahora bien, el proceso del parto es una tarea que requiere de gran atención, ser muy cuidadosos para garantizar la seguridad con la madre como con él bebé. Es por ello por lo que, en todo momento deben estar bien cuidados y monitoreados, debe existir el personal suficiente y bastante capacitado para aliviar las preocupaciones que pueda tener la materna en el momento ya que es un momento de incertidumbre y miedo mucho más si es primigestante, ya que todos sus miedos se vuelven mayores. En Colombia es un problema que salta a la vista la falta de personal asistencial y en ciertas ocasiones se tiene a normalizar la falta de atención que se da en los centros de salud. A nivel nacional las personas que mueren esperando recibir atención no son ajenos a los sucedidos en otras partes, como sucedió en un hospital de Bogotá a un paciente de 63 años en un hospital de alta complejidad en el años de 2015, o los adultos mayores que murieron en el año de 2016 en una clínica en Cali; estos son evidencia de los problemas contantes del sistema de salud en la sala de espera que son causa de la sobreocupación y la falta de atención(91).

Existe la norma técnica para la atención del parto, aportado por el Ministerio de Salud(80) en el cual se detalla que el objetivo general es disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y optimizar los pronósticos a través de la oportuna atención. En esta norma la población beneficiada son aquellas mujeres gestantes que se encuentran afiliadas a ambos regímenes, identifica la manera en la que se presta el servicio iniciando con la admisión de la gestante, la atención del primer periodo del parto, atención del

segundo periodo del parto, atención del alumbramiento, atención del puerperio inmediato, atención durante el puerperio mediato, finalizando con la atención para la salida de la madre y su neonato en cada una de estas etapas la norma muestra lo que se debe realizar paso a paso. Existe también la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio(92), también otorgado por el ministerio de salud y en este se muestra una visión mucho más amplia ya que existen diversas áreas que se evalúan por profesionales, estas son realizadas para la correcta atención de la madre y su bebés, sin embargo, muchas veces no logran cumplirlas con regularidad y la atención dista de lo que se encuentra en ambas normas tal y como lo ha evidenciado esta investigación.

El personal asistencial debe estar en completa capacidad de brindar cuidados a todas las personas, independientemente de su condición y debe garantizar su bienestar y seguridad, para ello deben fortalecer sus actitudes y valores que permitan la humanización de su labor, siendo reflexivo, critico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para satisfacer las necesidades de la población a cuidar(93).

La formación del personal asistencial, así como también los especialistas influyen en el trato dado a las maternas debido sus conocimientos y manera que pueda tener cada uno de resolver las inquietudes y dudas de las madres. Muchas veces los médicos especialistas o tratantes no están siempre presentes o delegan funciones a sus residentes como lo expresó una de las participantes en la entrevista *“en el parto al obstetra solo lo vi un momento, en la sala se encontraba un residente que fue el que me saco a la bebe, eso sí me lo saco muy brusco y me desgarró, además la bebé tenía el cordón umbilical enrolladlo y cuando me la tiró uno de los que estaban en la sala grito por el cordón, eso sí fue horrible es que imagínese si el otro no está pendiente y grita me la mata”* y nunca supo el nombre del médico tratante porque este solo ingresó un momento a la sala de parto sin decir una sola palabra y luego se retiró. No queda claro si está situación solo afecta a las mujeres gestantes, ya que da la impresión de que es un problema a nivel general, por lo que habría que tener la mirada de las gestantes colombianas para profundizar al respecto.



### **8.1.3 Experiencias de las maternas migrantes venezolanas en los servicios de salud.**

Durante esta investigación también se logra ver que en algunas ocasiones el personal asistencial criticaba de alguna manera el hecho de que las madres venezolanas estuvieran dando a luz o consumiendo servicios que deberían ser para las colombianas, se hace evidente de acuerdo a los diferentes relatos, que el personal emitía opiniones bruscas y nada agradables hacia las migrantes que se encontraban en un momento de vulnerabilidad y en cual solo querían recibir la atención y que sus recién nacido se encontraran bien, pero muchas veces este proceso se hizo más difícil. Es claro que ellas se encuentran en un éxodo migratorio y por lo tanto son sujetos de necesidades las cuáles en un país hermano no son muchas veces atendidas.

#### *8.1.3.1 La situación de vulnerabilidad y el acceso a los servicios*

Mediante la circular 025 de 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social, solicito a cada uno de los gobernadores, alcaldes y secretarios de salud adelantar planes que permitieran el aseguramiento de la población migrante venezolana(94) y que pudieran gozar de una atención de calidad como cualquier persona, ya que en Colombia la Salud es un derecho fundamental de cada persona y existen prioridades que se deben fortalecer debido a esta gran ola migratoria; como son las relacionadas con la salud mental, derechos sexuales y reproductivos, identificación de enfermedades infecciosas y la atención a maternas y niños. En uno de los relatos una materna manifestó acerca de la atención oportuna lo siguiente *“Los controles no me parecen suficientes ni oportunos porque aquí en la parte de la salud es ya difícil para un colombiano, entonces es aún más complicado para el venezolano aunque yo cuento con el PEP sigue siendo difícil, y por su puesto es aún más difícil la atención para las mujeres que no lo tengan”,*

La situación de vulnerabilidad se acentúa aún más ya que muchas de estas madres son cabezas de hogar o deben ganarse la vida en trabajos informales. Una de ellas refirió *“para nosotros es muy difícil porque uno sale a ganarse la vida vendiendo confite en la*

*calle y yo les dije que mi esposo tampoco tenía la manera, sin embargo, esa plata yo la quede debiendo”* Esto deja en evidencia la incapacidad de pago de estas mujeres y sus familias, lo que muchas veces las lleva a desistir de consultas y exámenes que son fundamentales *“dejé de realizar la ecografías ya que el lugar donde me atendían queda lejos de mi casa y algunas veces no tenía el dinero del pasaje y mi condición no era la mejor”*, otra también comenta respecto a las deudas adquiridas al momento del parto *“me dejaron para pagar una plata por el parto y por todo lo que me hicieron, tengo una deuda como de 1,000,000 más o menos ya que no cuento con EPS”*, una de ellas comento que para poder saber cómo estaba el bebé tuvo que decir que tenía dolores para recibir atención aun así le dijeron que debía pagar un monto de 200.000 pesos para recibir la atención *“se siente como que si uno fastidiara porque no le dan a uno toda la información, por ejemplo antes de yo tener al bebé que me fui con la orden del parto urgente, yo fui antes a ver si me atendían porque invente que tenía dolores bajitos para que me revisaran porque no tenía como saber sobre él bebé, ya hacían tres meses que no sabía nada y ellas simplemente me dijeron que me buscara otro lugar donde me atendieran porque me decían que si quería mejor atención debía pagar por ello y no se les ve e interés de querer ayudar”*. Estos testimonios son muy dicentes, ya que no solo dejan en evidencia la falta de oportunidad y calidad en la atención, sino que afecta la salud mental y emocional de estas mujeres que han pasado por el exilio migratorio.

Durante los últimos años Colombia ha visto un aumento en la prestación de servicios sanitarios para migrantes, lo cual se explica de manera significativa por la atención prenatal y la atención del parto y puerperio de gestantes venezolanas, es así como para 2018 más de tres mil partos de migrantes venezolanas fueron atendidos en la red pública hospitalaria del país, lo que da un incremento cuatro veces mayor al año 2017. Las migrantes gestantes, principalmente las irregulares, son expuestas a riesgos psicosociales y ambientales durante su proceso de tránsito y llegada, cargan con las exposiciones relevantes del lugar de origen, y además enfrentan diversos y nuevos riesgos para su salud en el lugar de destino. Adicionalmente, pueden tener dificultades para enfrentar sus necesidades de salud dado que no siempre conocen sus derechos y las rutas de acceso al sistema de salud colombiano(95).

Las mujeres migrantes venezolanas en su mayoría en un alto grado de vulnerabilidad social y económica, lo cual se hace evidente en ocasiones por su estatus de irregular, una condición que se puede cambiar a medida que la sociedad y la regularización le permitan acceder a trabajo, ingresos y seguridad social.

Con relación a los accesos de servicios de salud algunas de ellas tuvieron experiencias las cuales ellas llamaron buenas, ya que no sintieron que su condición de migrante le limitara o impidiera recibir la atención, sin embargo, otras tuvieron que vivir una mala experiencia en un momento que no debían y fueron víctimas por su condición. En general a todas se les presto el servicio, aunque no fuese de manera oportuna en la mayoría de los casos.

También se evidencia la mayoría de estas gestantes venezolanas no conocen sus derechos al momento de ingresar al sistema sanitario colombiano., y que incluso el mismo personal asistencial puede pasar por altos algunos de los procedimientos importantes para la atención de las maternas o realizan otros que no son necesarios o que muchas veces son prácticas rutinizadas que vulneran a las madres o que se hacen sin su consentimiento.

El plan de respuesta del sector salud ha garantizado en la teoría la atención integral de las gestantes independientemente de su estatus, de igual modo que las migrantes venezolanas irregulares tienen derecho actualmente no solo a la atención de urgencias, parto y puerperio, sino también al control prenatal y a los beneficios de las acciones colectivos. Sin embargo, a pesar de las resoluciones tomadas por las autoridades sanitarias a nivel nacional, estas medidas no se llevan a cabo en todos los territorios del mismo modo para la población migrante e incluso hay un deterioro en medidas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad(95).

Como se comentaba anteriormente sobre el trato recibido de algunas maternas por el personal asistencial, donde las discriminaban por ser venezolanas, Boaventura de Sousa comenta en su libro epistemología del sur que esta epistemología se basa en “*el reclamo de nuevos procesos de producción y de valoración de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido de manera sistemática las*

*injustas desigualdades y las discriminaciones causadas por el capitalismo y por el colonialismo*". También habla sobre que ese sur "es la forma de poblaciones excluidas, silenciadas y marginadas como son los inmigrantes sin papeles, los desempleados, las minorías étnicas o religiosas, las víctimas de sexismo, la homofobia y el racismo"(96). Esto demuestra que evidentemente existe una marginación por ser un migrante incluso si hablamos de latinos entre si al llegar a otro lugar fuera de su hogar, se conocerá a esa persona como extranjero o migrante, por otro lado teóricos como Calderón Chelius y Velasco coinciden en que "las fronteras, los procesos de migración, la política migratoria, los límites de la ciudadanía en el contexto del Estado nacional son parte del conjunto de problemáticas y desafíos que existen en tema de la ciudadanía en el sistema democrático en tiempos contemporáneos". Sin embargo, Velasco "reconoce que es complejo la definición de políticas migratorias que hagan justicia y garanticen los derechos de ciudadanía que requieren estos grupos sociales marginados de nuestros tiempos"(97). El 6 de mayo de 2021 la dirección de investigación de CLACSO organizó la jornada de presentación de resultados de la beca Edelberto Torres Rivas denominada "Migraciones y movilidad humana", en el inicio la secretaria ejecutiva hace énfasis en abandonar el estigma que se tiene de los migrantes en general y mirar más las causas que llevan a esas personas a migrar. También dice que se debe reconocer la migración y movilización humana como un derecho básico. También recalca que la parte difícil se da al momento de garantizar que todo ello se produzca de manera justa y respetando los derechos humanos. Para transformar esta realidad, se debe pensar en el fenómeno de la migración a largo plazo, en cómo romper con esta mirada más tradicional, más estigmatizadas hacia las y los migrantes y enfocarse en comprender y en incidir en las causas económicas, políticas y sociales que obligan a las personas a migrar en búsqueda de oportunidades laborales(98)

## 9. Conclusiones

En respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción del proceso de atención en salud de las maternas migrantes venezolanas en Medellín para el 2021? se puede concluir que muchas veces las madres migrantes sienten un trato discriminatorio al momento de la atención, debido a que cuentan con una nacionalidad diferente a la Colombiana, sienten además que gran parte de la atención gira entorno a su situación socioeconómica y que por ello puede haber deshumanización al momento de la asistencia sanitaria.

Existe una alta necesidad de empatía y humanización por el momento que se encuentran viviendo y que los regañíos y malos tratos que reciben las hacen sentir tristes y vulnerables en un periodo que es de suma importancia para ellas.

Se percibe también que las maternas deben esperar largos periodos de tiempo en situaciones no muy cómodas hasta el momento de la atención, todo ello debido a la saturación del sistema de salud que cuenta además con poco personal asistencial.

Los profesionales de la salud llevan una sobrecarga laboral ya que muchas veces realizan turnos corridos por varios días y todo ello puede influir en gran medida en el trato brindado a las maternas.

En la ciudad de Medellín se han cerrado varios servicios materno-infantiles ya que en el sistema de salud considera que es un servicio poco rentable, respecto a la ganancia que se pueda obtener. Aunado a esto la alta demanda de maternidad y por supuesto de gestantes migrantes han llevado al colapso y saturación en el que son atendidas.

Existe vulneración de los derechos de las madres y de los bebés al no brindar muchas veces una atención oportuna, colocando en riesgo la vida de ambos. Sin embargo, se rescata un dato importante y positivo como es el hecho que las maternas cuentan con atención ya que existe una ruta de atención integrada y para la población venezolana se brinda una atención especial debido a su vulnerabilidad

## 10. Recomendaciones

Realizar cambios estructurales en el sistema de salud, para que se pueda garantizar una atención oportuna, segura, pertinente, de calidad y que sea accesible para todas las madres en todo su proceso y que además existe una atención diferencial y de calidad para mujeres doblemente excluidas y vulneradas como son las migrantes.

Abrir nuevamente los servicios materno- infantiles para que se posibilite de esta manera mejorar la atención.

Realizar cambios en el sistema y que se priorice el derecho a la vida y no a la mercantilización de la vida.

Generar políticas en las cuales el parto humanizado sea prioritario y tipificar la violencia obstétrica como un delito en Colombia.

Mejorar la infraestructura de los servicios y que desde el primer momento de la atención las madres puedan gozar de condiciones más humanizadas durante todo el proceso de atención.

Se debe garantizar mejores condiciones al personal asistencial, así como capacitación sobre la atención humanizada a la gestante. Se debe brindar formación con enfoque diferencial a la población migrante en Colombia.

## **11. Limitaciones y futuros estudios**

Las participantes de este estudio pertenecen a la población de maternas migrantes que residen en la ciudad de Medellín, por lo que quedaron excluidas aquellas que estén fuera del área. Para un futuro estudio sería importante conocer desde el personal asistencial su punto de vista sobre la atención a las migrantes, también sería interesante abordar un proyecto sobre el cierre de los servicios materno-infantiles o el modo de atención que le brindan al resto de la población migrante y dar una mirada mucho más amplia a lo que es este fenómeno migratorio y como el sistema de salud se comporta ante ello.

Una limitación bastante grande en cuanto al trabajo se podría decir que fue la realización de las entrevistas, dado el hecho que muchas de las madres trabajan y por lo tanto fue muy difícil lograr concretar las citas para entrevistas. Igualmente, reunirnos los días estipulados y realizar el trabajo de campo en medio de la pandemia.

Otra limitación es que muchas veces, dada la escasez de recursos, algunas de las participantes querían colaborar a cambio de beneficio económico. Sin embargo, dados los criterios éticos no se incluyeron estas personas en el estudio.

## 12. Referencias bibliográficas

1. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M. Challenges in primary health care for international migrants: The case of Chile. Vol. 49, Atención Primaria. Elsevier Doyma; 2017. p. 370–1.
2. Scozia C, Leiva C, Garrido N, Leiva A, Leiva A. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. Rev Soc y Equidad. 2014 Jan 1;(6).
3. Deeb Sossa N, Olavarrieta Diaz C, Juárez Ramírez C, García S, Villalobos A. Experiences of undocumented Mexican migrant women when accessing sexual and reproductive health services in California, USA: A case study. Cad Saude Publica. 2013;29(5):981–91.
4. Raimondi D, Cecilia D, Rey E, María D, Testa V, Evelyn D, et al. artículos del cono sur-argentina Salud perinatal de la población migrante Migrant population and perinatal health. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752015000200007](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200007)
5. Ramirez Sánchez T, Nigenda López G, Nájera Aguilar P. Quality of health services in Mexico as perceived by users. Salud Publica Mex. 1998;40(1):3–12.
6. Andrade Viella U, Bispo Santos J, Duarte C. A Percepção da Gestante sobre a Qualidade do Atendimento Pré-Natal em UBS, Campo Grande, MS. Rev Psicol e Saúde [Internet]. 2019 Feb 8 [citado 2019 Oct 11];11(1):61. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2019000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100004)
7. Munares Garcia O. Vista de Validez de constructo, validez concurrente y confiabilidad de una escala de percepción de la calidad de la atención prenatal en gestantes peruanas. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [citado 2019 Oct 30];69. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/2602/3283>
8. Arango Urrea J, Molino Berrío D, Mejía Merino C, Faneyra Zapata L. Health care to mothers during the delivery in some health centers in the city of Medellín: An event framed under the neoliberalism and the commodification of life. Rev Gerenc y Polit Salud. 2018;17(35).
9. Acevedo Romero P, Varea González C, Montero P, Bernis Carro C. Gestación y maternidad de las mujeres de Madrid, comparación entre madres inmigrantes y españolas. Rev española Antropol física [Internet]. 2009;(30):23–30. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Paula\\_Acevedo\\_Cantero/publication/314148153\\_Gestacion\\_y\\_maternidad\\_de\\_las\\_mujeres\\_de\\_Madrid\\_comparacion\\_entre\\_madres\\_inmigrantes\\_y\\_espanolas/links/58b70a48a6fdcc2d14d6fe93/Gestacion-y-maternidad-de-las-mujeres-de-Madri](https://www.researchgate.net/profile/Paula_Acevedo_Cantero/publication/314148153_Gestacion_y_maternidad_de_las_mujeres_de_Madrid_comparacion_entre_madres_inmigrantes_y_espanolas/links/58b70a48a6fdcc2d14d6fe93/Gestacion-y-maternidad-de-las-mujeres-de-Madri)



10. Yépez Chamorro M, Ricaurte Cepeda M, Jurado D. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. *Univ y Salud* [Internet]. 2018;20(2):97. Available Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00097.pdf>
11. Pellegrino A. La migración internacional en América Latina y el Caribe: tendencias y perfiles de los migrantes. CELADE; 2003. Available from: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=Eb1sbuZ21skC&oi=fnd&pg=PA3&dq=migración+internacional&ots=dVz-fP8hVM&sig=ea4K8nx5viLSgJJ7Dctu9UMjNOo&redir\\_esc=y#v=onepage&q=migración+internacional&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=Eb1sbuZ21skC&oi=fnd&pg=PA3&dq=migración+internacional&ots=dVz-fP8hVM&sig=ea4K8nx5viLSgJJ7Dctu9UMjNOo&redir_esc=y#v=onepage&q=migración+internacional&f=false)
12. Riggiozzi P, Grugel J, Cintra N. Reporte situacional: perspectivas sobre el derecho a la salud de los migrantes en América Latina durante el COVID¿Proteger a los Migrantes o Revertir la Migración? COVID-19 y los Riesgos de una Crisis Prolongada en. [citado 2021 Jul 1]; Disponible en: <https://gcrf-reghid.com>
13. Cabieses B, Gálvez P, Ajraz N. International migration and health: The contribution of migration social theories to public health decisions. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2018 Jul 9 [citado 2019 Sep 7];35(2):285–91. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3102>
14. Dias S, Gonçalves A. Migração e Saúde. *Revista Migrações* [Internet]. 2007 [citado 2019 Sep 7];1:15–26. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Sonia\\_Dias/publication/268341658\\_Migracao\\_e\\_Saude/links/547c4e540cf205d16881fb23/Migracao-e-Saude.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Dias/publication/268341658_Migracao_e_Saude/links/547c4e540cf205d16881fb23/Migracao-e-Saude.pdf)
15. Martínez Pozo M, García G. El inmigrante en la consulta de atención primaria. 2014; Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1130-01082004000100003&script=sci\\_arttext&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1130-01082004000100003&script=sci_arttext&lng=es)
16. Aruj R. Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Univ Buenos Aires* [Internet]. 2008 [citado 2019 Sep 7];14:95–116. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252008000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100005)
17. Organización internacional para las migraciones. Tendencias Migratorias Nacionales En América (Venezuela) [Internet]. 2018. Disponible en: [robuenosaires.iom.int/sites/default/files/Informes/Tendencias\\_Migratorias\\_Nacionales\\_en\\_America\\_\\_Venezuela.pdf](http://robuenosaires.iom.int/sites/default/files/Informes/Tendencias_Migratorias_Nacionales_en_America__Venezuela.pdf)
18. Fernández Niño J, Navarro Lechuga E. Migración Hunama y Salud: un campo de emergente investigación en Colombia. *Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 2019 Sep 7];20(4). Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.74970>
19. Cubillos Novella A, Ardon N. Realidades en la salud de las poblaciones migrantes: el caso de los migrantes venezolanos en el contexto colombiano. In: Koechlin Jose EJ, editor. *El éxodo venezolano entre el exilio y la emigración* [Internet]. 2018. p. 183–5. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Nelson\\_Ardon/publication/330324009\\_Realid](https://www.researchgate.net/profile/Nelson_Ardon/publication/330324009_Realid)

ades\_en\_la\_salud\_de\_las\_poblaciones\_migrantes\_el\_caso\_de\_los\_migrantes\_venezolanos\_en\_el\_contexto\_colombiano/links/5c38d3ba299bf12be3bfe8c1/Realidad-ades-en-la-salud-de-las-poblaci

20. Migración Colombia. Más de un millón 742 mil venezolanos se encontrarían en Colombia para el 31 de enero de 2021 y podrían acogerse al estatuto temporal de protección. - Migración Colombia [Internet]. [citado 2022 Oct 31]. Disponible en: <https://migracioncolombia.gov.co/noticias/mas-de-un-millon-742-mil-venezolanos-se-encontrarian-en-colombia-para-el-31-de-enero-de-2021-y-podrian-acogerse-al-estatuto-temporal-de-proteccion>
21. Pinto L, Baracaldo P, Aliaga F. La integración de los venezolanos en Colombia en los ámbitos de la salud y la educación. *Espac Abierto* [Internet]. 2019;28:199–223. Disponible en: <file:///C:/Users/WIN/Downloads/Dialnet-LaIntegracionDeLosVenezolanosEnColombiaEnLosAmbito-6942244.pdf>
22. Orozco K, Fernandez J. Migración venezolana en Colombia: retos en Salud Pública. *Rev Univ Ind Santander* [Internet]. 2014;50. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_serial&lng=en&pid=0034-7450&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_serial&lng=en&pid=0034-7450&nrm=iso)
23. Pineda E; Ávila K. Aproximaciones a la migración Colombo-Venezolana: desigualdad, prejuicio y vulnerabilidad. *Rev misión jurídica* [Internet]. 2019;59–78. Disponible en: <file:///C:/Users/WIN/Downloads/SSRN-id3432746.pdf>
24. El MUNDO. Medellín acoge a los hermanos venezolanos [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.elmundo.com/noticia/Medellin-acoge-a-los-hermanos-venezolanos/376820>
25. Tamayo H. Atención en salud a venezolanos que llegan a medellin [Internet]. Medellín; 2019. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/atencion-en-salud-a-venezolanos-que-llegan-a-medellin-379352>
26. IPPF. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana [Internet]. Profamilia. Bogotá, D.C; 2019. 1–3 p. Disponible en: [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/LIBRO\\_Evaluación\\_de\\_las\\_necesidades\\_insatisfechas\\_SSR\\_y\\_Migrantes\\_Venezolanos\\_-\\_Digital.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/LIBRO_Evaluación_de_las_necesidades_insatisfechas_SSR_y_Migrantes_Venezolanos_-_Digital.pdf)
27. USAID - Profamilia. Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia [Internet]. 2020. 1–136 p. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
28. Quintero B; Hernandez J, Sanguinety Nelson, Andrade Reinaldo. Vista de Impacto emocional del confinamiento por COVID-19 en la población venezolana en el marco de la migración. [Internet]. 31/05/2021. 2021 [citado 2021 Jul 2]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/dide/article/view/1001/925>

29. Albornoz Arias N, Mazuera Arias R, Morffe Peraza M. Realidades y desafíos para el inmigrante venezolano tras la COVID-19. 2020. 29 p.
30. Sánchez J, Bulla C. Concepciones y percepciones sobre salud, calidad de vida, actividad física en una comunidad académica de salud. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2011;27(2):159–70. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n2/enf08211.pdf>
31. Torres Franco M. Migración en Colombia: Arkit Visión FUA. 2021;3(3):1–26.
32. Colombia en breve | El PNUD en Colombia [Internet]. [cited 2020 Jun 12]. Disponible en: <https://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/countryinfo.html>
33. El tiempo. Líneas y atención médica a mujeres migrantes en estado de embarazo - Venezuela - Internacional - ELTIEMPO.COM [Internet]. [citado 2021 Jul 1]. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/mundo/venezuela/lineas-y-atencion-medica-a-mujeres-migrantes-en-estado-de-embarazo-392600>
34. Voice of America. Migrantes venezolanas dan a luz en medio de la pandemia en Colombia. Voice of America - Spanish [Internet]. [citado 2021 Jul 1]. Disponible en: <https://www.vozdeamerica.com/america-latina/migrantes-venezolanas-dan-luz-en-medio-de-la-pandemia-en-colombia>
35. Medellín. Medellín Cómo Vamos [Internet]. [citado 2020 Jun 13]. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/medellin>
36. Alcaldía de Medellín. Metrosalud mantiene indicador de cero muertes durante embarazos gracias al Modelo de Maternidad Segura [Internet]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/metrosalud-mantiene-indicador-de-cero-muertes-durante-embarazos-gracias-al-modelo-de-maternidad-segura/>
37. Ministerio de salud y protección social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.
38. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. [citado 2019 Nov 20]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
39. Secretaria seccional de salud y protección social. Atención en salud de población proveniente de Venezuela ante la actual crisis humanitaria [Internet]. 2018. p. 1–3. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/images/programas-y-proyectos/atencion-a-personas/poblacion-extranjera/normatividad/2018090000333> Circular Venezolanos.pdf
40. BBCMUNDO. Colombia suspende la emisión de tarjetas de movilidad para los venezolanos en la frontera [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-42970220>
41. Ministerio de relaciones exteriores. Migración Colombia lanza Pre-Registro de TMF para ciudadanos venezolanos en zona de frontera [Internet]. [citado 2019 Sep 8]. Disponible en:

<http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados-2017/febrero-2017/4034-migracion-colombia-lanza-pre-registro-en-linea-de-tarjeta-de-movilidad-fronteriza-tmf-para-ciudadanos-venezolanos-en-zona-de-frontera>

42. UNGRD. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos - RAMV [Internet]. [citado 2019 Sep 8]. Disponible en: [http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide\\_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx](http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx)
43. Fernadez Ortega M, Roo Prato J, Davila Mendoza R, Montalvo Vázquez J, Da Costa Dias M, Angulo Losada A, et al. La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2018;13(1):84–112. Disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1858/945>
44. Fernández Niño J, Vásquez Rodríguez A, Flórez García V, Rojas Botero M, Luna Orozco K, Navarro Lechuga E, et al. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, Colombia, 2018. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2018;20(4):530–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n4/0124-0064-rsap-20-04-530.pdf>
45. Oviedo G. La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría Gestalt. *Rev Estud Soc* [Internet]. 2004 [citado 2019 Sep 13];18:89–96. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n18/n18a10.pdf>
46. Lange C. El Mundo De La Percepción. *Rev INVI* [Internet]. 2009;24(67):181–3. Disponible en: <file:///C:/Users/WIN/Downloads/441-1669-2-PB.pdf>
47. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colect* [Internet]. 2007;3(3):271. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v3n3/v3n3a05.pdf>
48. González V. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición\*. Vol. XIX, *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*. 2013.
49. Suárez Mutis M, Mora Cárdenas C, Perez Reyes L, Peiter P. Interacciones transfronterizas y salud en la frontera Brasil-Colombia-Perú. *Mundo Amaz* [Internet]. 2010;1(0):243–66. Disponible en: <file:///C:/Users/WIN/Downloads/10268-36872-1-PB.pdf>
50. Cancillería. Frontera Terrestre Colombia-Venezuela [Internet]. [citado 2019 Sep 8]. Disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/politica/venezuela>
51. OIM en Colombia. Organización Internacional para las Migraciones [Internet]. [citado 2019 Sep 8]. Disponible en: <http://www.oim.org.co/oim-en-colombia>
52. Organización Internacional para las Migraciones. Sobre Migración. Organización Internacional para las Migraciones [Internet]. [citado 2019 Sep 8]. Disponible en: <http://www.oim.org.co/sobre-migración>

53. López A. Inmigrantes y estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria [Internet]. Barcelona; 2005 [citado 2019 Sep 8]. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=JgdtDHQHNTAC&oi=fnd&pg=PA9&dq=respuesta+social+a+la+migracion&ots=xPgZ7C8jid&sig=HrqN4BvONegQ533pA2S\\_ccOVrnA&redir\\_esc=y#v=onepage&q=respuesta social a la migracion&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=JgdtDHQHNTAC&oi=fnd&pg=PA9&dq=respuesta+social+a+la+migracion&ots=xPgZ7C8jid&sig=HrqN4BvONegQ533pA2S_ccOVrnA&redir_esc=y#v=onepage&q=respuesta%20social%20a%20la%20migracion&f=false)
54. Maldonado C, Jorge V, Pizarro M, Martínez R. Documentos de proyectos Protección social y migración Una mirada desde las vulnerabilidades a lo largo del ciclo de la migración y de la vida de las personas [Internet]. [citado 2020 Jun 20]. Disponible en: [www.cepal.org/es/suscripciones](http://www.cepal.org/es/suscripciones)
55. Abu Warda N. Las migraciones internacionales. *Ilu Rev ciencias las Relig Anejos* [Internet]. 2007;(21):33–50. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/ILUR/article/download/ILUR0707550033A/25848/>
56. Castillo Crasto T, Reguant Alvarez M. Percepciones sobre la migración venezolana: causas, España como destino, expectativas de retorno perceptions of Venezuelan migration: causes, Spain as a destination. 2017; Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/23241/7898-17263-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
57. Carola O, Mejía J. Derecho a la nacionalidad de los niños hijos de padres Venezolanos a luz del derecho Colombiano y del sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Revista jurídica de Derecho* [Internet]. 2020 [citado 2021 Jan 8]; Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2413-28102020000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2413-28102020000100006&script=sci_arttext)
58. Montes V. Deportabilidad y manifestaciones del sufrimiento de los inmigrantes y sus familias 1. Disponible en: <https://doi.org/10.21678/apuntes.84.1014>
59. Vargas C. La migración en Venezuela como dimensión de la crisis. *Pensam Propio*. 2018;(47):91–128.
60. Ministerio de Salud. Respuesta al fenómeno migratorio [Internet]. [citado 2019 Sep 8]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/migracion.aspx>
61. Ministerio de Salud. Plan de Respuesta del sector salud al fenómeno migratorio.
62. Ministerio de relaciones exteriores. Resolución 3015 [Internet]. [citado 2019 Sep 8]. Disponible en: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/documentos/resoluciones/file/191-resolucion-3015-de-2017>
63. Ministerio de relaciones exteriores. Resolución 5797 [Internet]. [citado 2019 Sep 8]. Disponible en: <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/documentos/resoluciones/file/186-resolucion-5797-pep-venezolanos>

64. Torres M. Derecho a la salud de los migrantes venezolanos. 2020;2507(February):1–9.
65. Arango Urrea J. Significados del personal asistencial en el proceso del parto, sobre las relaciones establecidas con las madres durante la atención, en algunos servicios de salud de la ciudad de medellín para el año 2015 – 2016 jun. 2017.
66. Borrero Ramírez Y, Echeverry López M. Luchas por la salud en Colombia: Una propuesta teórica para su análisis TT - Struggles for health in Colombia.: A theoretical proposal for its analysis TT - Lutas pela saúde na Colômbia.: Proposta teórica para a análise. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2011;10(21):62–82. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272011000200005&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a05.pdf](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272011000200005&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a05.pdf)
67. Beltran Mora L, Afanador Vargas B. Colombia y Venezuela: a repensar los acuerdos económicos para relanzar la integración bilateral. Adm y Desarro [Internet]. 2011;39(53):123. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3776899>
68. Rodríguez G, Gil J, García E. Tradición y enfoques en la investigación cualitativa [Internet]. Metodología de la investigación cualitativa. 1996. 23–36 p. Disponible en: <http://www.albertomayol.cl/wp-content/uploads/2014/03/Rodriguez-Gil-y-Garcia- Metodologia-Investigacion-Cualitativa-Caps-1-y-2.pdf>
69. Quintana Peña A. Metodología de Investigación Científica Cualitativa [Internet]. Psicología. Lima: UNMSM; 2006. Available from: file:///D:/Basicos DTG/Investigación/2\_Inv\_cualitativa quintana.pdf
70. Salgado AC, Mart S. Investigación cualitativa: Diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Dialnet [Internet]. 2007;(2006):71–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2766815.pdf>
71. Ghiso A. Métodos de la Investigación Cualitativa. Metodol la Investig Cual [Internet]. 1996;39–59. Disponible en: [https://aulasciencias.udistrital.edu.co/pluginfile.php/3823/mod\\_resource/content/1/Enfoques de investigación cuañitativa %28síntesis%29.pdf](https://aulasciencias.udistrital.edu.co/pluginfile.php/3823/mod_resource/content/1/Enfoques de investigación cuañitativa %28síntesis%29.pdf)
72. Esaú E, Suárez A, Felipe J, Arenas R. La saturación teórica en la teoría fundamentada: su de-limitación en el análisis de trayectorias de vida de víctimas del desplazamiento forzado en Colombia. Rev Colomb Sociol. 2012;36(2):93–114.
73. Neves I. CM. Resolucion 8430 de 1993. 1993;00226020(3):1–8.
74. El informe belmont principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento [Internet]. [citado 2021 Jun 9]. Disponible en: [www.bioeticayderecho.ub.es-www.bioeticaidret.cat](http://www.bioeticayderecho.ub.es-www.bioeticaidret.cat)
75. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de

las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. 2017 [citado 2021 Jun 9]. Disponible en: [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions)

76. Tamayo Heidi. servicios materno-infantiles, en cierre [Internet]. 4 de mayo 2018. Disponible en <https://www.pressreader.com/colombia/adm-medellin/20180504/281500751877170>
77. ministerio de salud y protección social. RECOMENDACIONES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA INCLUSIÓN Y ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. 2022; Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular Externa No. 35 - 2022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular_Externa_No_35_2022.pdf)
78. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2008 Sep;24(3):210–6.
79. Ministerio de Salud. Guía Técnica “Buenas Prácticas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud”: Garantizar La Atención Segura De La Gestante Y El Recién Nacido. *Minist Salud* [Internet]. 2015;1–117. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>
80. Ramirez V, Garcia M, Limas C. Norma técnica para la atención del parto. *MINSALUD CO. Minist Salud, Colomb* [Internet]. 2019;1–17. Available from: [minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion del Parto.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf)
81. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid*. 2016;7(1):1227.
82. Bolivar C CA. PRÁCTICAS INSTITUCIONALES EN SALUD EN MATERNAS SEGÚN CLASE SOCIAL. BOGOTÁ, COLOMBIA, 2018 [Internet]. Vol. vol.26 n°, Estudio De La Comunidad De Lepidópteros Diurnos En Zonas Naturales Y Sistemas Productivos Del Municipio De Caloto (Cauca, Colombia). 2009. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_serial&lng=en&pid=0034-7450&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_serial&lng=en&pid=0034-7450&nrm=iso)
83. Parto respetado, parto y nacimiento respetado [Internet]. [citado 2022 Aug 30]. Disponible en: <https://partohumanizado.com.ar/#&panel1-1>
84. Schwarz P. La maternidad tomada. *Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. Argumentos Rev crítica Soc* [Internet]. 2009;11(11):110–35. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/iigg-uba/20100331030729/6.pdf>
85. Marques de Aguiar J, Lucas d'Oliveira A, Lima Schraiber B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2287–96.
86. Acosta Florez J, Atehortua Becerra S, Cristina A, Mejia Arenas A. Las condiciones

laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993 : evolución y un estudio de caso Labor conditions for health professionals starting from the Act 100 of 1993 : evolution and a case study for Medellín As condições I. Articulo INVESTIGACION, Deriv DEL Proy Investig las condiciones laborales en el Sect salud a partir la Ley 100 1993". 2009;8 (16)(16):107–31.

87. L A. "Más que humanizar el parto, hay que mamiferizarlo" [Internet]. 04-04-2017. [citado 2022 Aug 22]. Disponible en: <https://www.serpadres.es/embarazo/parto-posparto/articulo/entrevista-michel-odent-parto-natural>
88. La hora siguiente al nacimiento: no "despierten" a la madre.
89. González Taveras A. El parto humanizado como respuesta a la violencia obstétrica. [citado 2022 Aug 23]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
90. Estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). 2020.
91. Moros Portilla S, Jiménez Peña O. Deficiencias en la oportunidad de la atención a pacientes en los servicios de urgencias. 2017;1–27. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13715>
92. Koga K, Kajiyama T, Takayanagi M. A new type of instrument to measure the complex piezoelectric stress constant and the complex tensile modulus of polymers. Vol. 8, Journal of Physics E: Scientific Instruments. 1975. 299–301 p.
93. Arco Canoles O, Suarez-Calle ZK. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ y Salud. 2018;20(2):171.
94. Ministerio de salud y protección social. Afiliación al sistema de salud de colombianos retornados de Venezuela. [citado 2022 Aug 23]; Disponible en: [www.minsalud.gov.co/harevalo@minsalud.gov.co/Consulteotrasediciones](http://www.minsalud.gov.co/harevalo@minsalud.gov.co/Consulteotrasediciones)
95. Fernández Niño J, Rojas Botero M, Bojorquez Chapela I, Giraldo Gartner V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Rev la Univ Ind Santander Salud. 2019;51(3):208–19.
96. SOUSA SANTOS B. Epistemologías del Sur Epistemologies of the South. Rev Int Filos Iberoam y Teoría Soc. 2011;54:17–39.
97. Capera Figueroa, José Javier; Nández Rodríguez JJ. Un acercamiento crítico sobre la ciudadanía desde la esfera pública en América Latina Uma abordagem crítica sobre a cidadania da esfera pública na América Latina A critical approach on citizenship from the public sphere in Latin America. Rev nuestraAmérica ISSN 0719-3092 contacto@revistanuestramerica.cl Corriente nuestraAmérica desde Abajo Chile Capera. 2017;5:184–200.
98. Migraciones y movilidad humana - CLACSO [Internet]. [citado 2022 Aug 30]. Disponible en: <https://www.clacso.org/migraciones-y-movilidad-humana/>



## 13. ANEXOS



### 13.1 Anexo 1. Consentimiento informado

**Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia**

**Percepción del proceso de atención en Salud de las maternas migrantes venezolanas**

**Investigadora principal**

**Identificación del entrevistador:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Identificación del participante:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Ocupación:** \_\_\_\_\_

La presente investigación es realizada por una estudiante de pregrado de Administración en Salud la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

El objetivo del estudio es conocer la percepción del proceso de atención en Salud de las maternas migrantes venezolanas en Colombia

Con esta investigación se propone conocer desde el punto de vista como es el proceso que deben atravesar las migrantes venezolanas al momento de recibir la atención en salud, es por ello que se realizara a través de entrevistas a las participantes.

Los participantes serán elegidos debido a la técnica llamada bola de nieve que consiste en encontrar al primer participante y por medio de este contactar al siguiente y de esta manera continuamente hasta alcanzar el nivel de información requerida en la investigación. Si usted accede a participar en este estudio, usted deberá ser lo más franco posible y responder todas las preguntas.

Para esta investigación no existe una cantidad específica de las mujeres participantes, debido a que en el momento que se presente saturación de la información, hasta ese punto culminarán las entrevistas, esto quiere decir que al momento que las entrevistas comiencen a ser repetitivas se darán por terminadas las entrevistas.

El tiempo estimado de la entrevista es de 60 minutos, luego de ello si se necesita más información se pautará una nueva entrevista con la participante.

Esta investigación no representa ningún riesgo para la vida y salud de las participantes, la participación en esta investigación, es absolutamente voluntaria y no influye en ningún aspecto de su vida de manera negativa, adicional a ello el beneficio de esta investigación no será individual, ya que el estudio brinda un beneficio para toda la población ya que se puede conocer la perspectiva de las maternas sobre los servicios prestados en las entidades responsables de la prestación en salud, además el personal de las instituciones podrá conocer los retos y barreras a los que se enfrenta esta población, se debe recalcar que no se recibirá ninguna compensación económica o de algún otros aspecto por participar.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, y su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La investigación tiene una categoría de riesgo mínimo. Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse cuando usted lo desee sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Si en algún momento, llega a sentir un momento incómodo, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador.

## Aceptación del participante

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía n° \_\_\_\_\_ he sido informado por el entrevistador, acerca de la investigación realizada “Percepción del proceso de atención en Salud de las maternas migrantes venezolanas”

Me ha informado de la participación voluntaria en el mismo, y se garantiza la preservación de la intimidad e identidad a través de todo el estudio. También la información contenida en la entrevista es solo para fines netamente académicos.

Se considera que esta investigación no tiene riesgo ya que se emplearan técnicas y métodos de investigación y no se realizara ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. (Resolución 8430 de 1993 del ministerio de protección social.)

Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la participante

Firma del entrevistador

CC

CC

## **13.2 Anexo 2. Guía de entrevista**

### **Investigación realizada por:**

Estudiante: María José Mercado Romero

### **Asesor:**

Juan David Arango Urrea

### **Nombre de la investigación:**

Percepción del proceso de atención en Salud de las maternas migrantes venezolanas.  
Medellín, 2020.

### **Preámbulo:**

Le agradezco que haya aceptado la invitación para contarme cual fue su experiencia acerca del proceso que se realizó en la institución de salud en la cual tuvo a su bebe. Esta información que se recolecta es con el objetivo de identificar la realización de cada trámite y cuidado que se tiene con las madres migrantes venezolanas desde el primer momento de ingresar a la institución. Esto también permitirá identificar si existe alguna vulneración en los derechos de las madres por su condición de migrante, y saber en qué aspectos deben mejorar la IPS.

Como quedo escrito en el consentimiento informado que se le fue leído y que previamente usted leyó y firmo, le quiero recordar que esta entrevista será grabada, debido a que cada detalle es importante y puede que en el intento de tomar notas no pudiera plasmar todos sus aportes y comentarios. Esta grabación solo será escuchada por el equipo de investigación y su contenido es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla del resto, pero no se utilizará su nombre. Es válido recordar que tampoco se hará mención del nombre de las instituciones.

Es importante recordarle que en cualquier momento de la entrevista usted puede interrumpir y que tampoco está obligada a responder todas las preguntas, pues esta entrevista se realiza de manera voluntaria.

Si presenta alguna dificultad con los términos dichos anteriormente, puede expresarlo ahora, para acordar nuevas condiciones. Si está de acuerdo con la manera que se realizará la entrevista daremos inicio.

### **Entrevista:**

**Tópico 1:** Describir el proceso de trámites administrativos en salud según la percepción de las maternas migrantes venezolanas

- ¿Qué es lo primero que le solicitan al realizar el ingreso en la institución?
- ¿Qué debe gestionar para que le brinden atención?
- ¿Cuánto tiempo le toma realizar cada trámite?
- ¿Quién puede realizar dichos trámites?

**Tópico 2:** Analizar el proceso técnico de la atención en salud según la percepción de las maternas migrantes venezolanas.

- ¿Cómo es el trato brindado por el personal asistencial?
- ¿Cuáles son las indicaciones brindadas por el personal?
- ¿De qué manera hablan con usted antes, durante y después de la atención?
- ¿Qué tipos de cuidados suelen brindarle al momento de la atención del parto?

- ¿Cuáles son los procedimientos que realiza el personal asistencial desde la primera atención?

**Tópico 3:** Interpretar las experiencias de las maternas migrantes venezolanas en los servicios de salud.

- ¿Cómo sintió que fue su experiencia en cuanto a la atención y cuidados?
- ¿considera usted que falta algo que deban mejorar o cambiar?

**Comentarios finales:**

Antes de terminar me gustaría saber si desea agregar algo más... si considera que falta alguna pregunta o si existe algo que hubiera querido decir y no se le preguntó.

**Agradecimientos:**

Le agradezco su colaboración y disposición para contestar mis preguntas. ¿De ser necesario podría contactarla nuevamente para aclarar o completar algunas de mis respuestas?