

**SITUACIÓN ADMINISTRATIVA Y DERECHOS HUMANOS: ¿ES  
GARANTIZADO EL ACCESO A LA SALUD PARA LAS PERSONAS  
MIGRANTES EN COLOMBIA Y ESPAÑA? <sup>1</sup>**

**Ana María Salamanca Bermúdez<sup>2</sup>**

**Valentín López osorno<sup>3</sup>**

**RESUMEN**

La protección de los derechos humanos para las personas migrantes es uno de los retos más grandes que enfrentan los países actualmente. El derecho a la salud o la garantía de acceso a la asistencia sanitaria como elemento fundamental de los DDHH, es estudiado en el contexto Colombiano, país con apenas naciente política migratoria coherente y España país con una política migratoria relativamente más estable. El artículo presenta un análisis de los antecedentes y la actual política migratoria, el funcionamiento de ambos sistemas de salud, su efectividad y formas de acceso. Para con ello dar lugar al reconocimiento de las principales formas de transgresión a dichos derechos y el sobresaliente papel de la situación administrativa de quienes los pretenden.

Permitiendo concluir principalmente que un país vulnera los derechos de las personas extranjeras por falta de regulación que esté acorde con la realidad y las capacidades del sistema, mientras que el otro vulnera estos por medio de la aplicación de una normatividad supraestatal criminalizadora del migrante. Evidenciando en ambos el

---

<sup>1</sup> Artículo para optar al título de abogada. Asesora temática Leidy Johana Davila Cano

<sup>2</sup> Estudiante de Derecho, anamariasalamancab@gmail.com

<sup>3</sup> Estudiante de Derecho, valentin.lopezos@amigo.edu.co

creciente y constante deseo de mantener una reivindicación estatal del monopolio del derecho a regular los movimientos de las personas y la distinción entre los que pueden acceder legítimamente a los derechos y las prestaciones sociales y quienes no.

**Palabras clave:** Migración; Derechos Humanos; Derecho a la Salud; Situación Administrativa; Colombia; España.

**ABSTRACT:**

Achieving human rights for the migrant population is one of the biggest challenges that countries are facing. As one of the fundamental human rights, the right to health or the guaranteed access to healthcare, are increasingly relevant under the situation of international pandemic. To that point, migrants' administrative status becomes key to achieving effective access to healthcare. Both in Colombia, a country where a coherent migrant policy is just starting developpe, and in Spain, a country receiving constant migratory inflow that has led to a relatively more stable migrant policy.

This work aims to present an analysis of both healthcare systems, their effectiveness in terms of access and the outstanding role of the different administrative situations people may be facing. The result is a historical research of the results shown into the legal system of both countries.

All the previous leads into the conclusion that while one country vulnerates peoples' rights as a result of a lack of regularization of the current migrant situation according to reality, the other vulnerates the same rights by the implementation of supranational normativity that criminalizes migrant situations. It is clear for both countries the constant and growing desire of holding the state monopoly of regulating the right to migrate and the exclusion of who receives access to human rights and who doesn't.

**Key words:** Migration; Human Rights; Right to Health; Administrative Situation; Colombia; Spain.

## INTRODUCCIÓN

Entender el proceso migratorio requiere de un análisis complejo de muchos factores que inciden en él, desde que se abandonó el modo nómada de desarrollo poblacional que tenían los seres humanos, el asentamiento en una población definitiva generó que se crearan vínculos propios que diferenciaban comunidades.

*“A pesar de los lazos que unen a las personas con su territorio, en la actual era de la globalización la búsqueda de una mejor calidad de vida o vida digna, hace que las personas que se encuentran en situaciones de pobreza, falta de expectativas económico-laborales, inseguridad ciudadana, conflictos armados, deterioro ambiental, o la búsqueda de otras formas culturales para una mejor adaptación de la existencia, entre otros, migren hacia diferentes países” (Arce, C. 2017).*

Aquel fenómeno humano al que hacen referencia los profesores (Varona, 1993), (Gros, 2007), (Chueca y Agüelo 2005) entre muchos otros, es una responsabilidad compartida entre Estados. De acuerdo con lo sostenido por el relator especial sobre los derechos humanos de los migrantes

*“La gestión de la inmigración es una responsabilidad compartida que involucra tanto la responsabilidad moral como jurídica de los Estados en elaborar y poner en práctica un enfoque de esta realidad basado en los derechos humanos, y en la gobernanza” (OIM, 2010, 3 de agosto, p. 22)”.*

La migración entonces, situación que involucra actores a nivel global, será estudiada en esta investigación desde los derechos humanos, en específico el derecho de acceso a la salud y la asistencia sanitaria, ya que la salud y la prestación del servicio

médico-farmacéutico tiene que analizarse dentro del conjunto de protecciones y garantías que establecen los derechos humanos.

Para ello es fundamental establecer que en el mundo existe una clasificación en cuanto a las personas, clasificación que obedece a la situación administrativa que se ostente, siendo esta la puerta de acceso a la gran mayoría de reconocimientos y servicios que el Estado debe brindar, representando un papel importante el protagonismo que adquieren las fronteras y su construcción ya sea simbólica o física.

El análisis plantea una investigación que da respuestas a partir de la normatividad migratoria entre España y Colombia que transgreden la protección efectiva de garantía de acceso al derecho a la salud.

Ahora bien, el estudio reconoce las circunstancias base diferenciales entre ambos Estados, Colombia país históricamente marcado por los constantes flujos migratorios de salida, situación derivada principalmente de los procesos internos de conflicto del país y España, segundo país con más flujos migratorios de ingreso de la Unión Europea. (Eurostat Statistics Explained, 2018).

Para ello, el desarrollo del artículo partirá con un primer acápite sobre el análisis normativo de la legislación migratoria existente en el contexto de ambos países con respecto a las garantías básicas de protección a los derechos humanos, en específico el derecho a la salud, dividiendo el desarrollo en política migratoria, situación administrativa y sistemas de salud.

Asimismo el segundo acápite plantea las principales formas de trasgresión al derecho de acceso a la salud en referencia a la situación administrativa de las personas, este como factor diferencial, para concluir con el último capítulo que pretende dar unas conclusiones como resultado final respecto a todo lo expuesto anteriormente.

Derivando ello en un debate sobre si da una respuesta más efectiva quien tiene unas bases sólidas normativas, quien apenas está empezando a implementar medidas coherentes, o si por el contrario, ambos con sus diferencias esenciales vulneran los derechos de las personas migrantes.

## METODOLOGÍA

El paradigma de este trabajo es el histórico hermenéutico, con enfoque de investigación cualitativa, basado en el método descriptivo y el estudio bibliográfico. El enfoque teórico de la investigación se basa en los siguientes postulados:

*“El profesor estadounidense Nicholas de Génova habla de la frontera espectáculo, ahí donde no sólo se determina quién puede entrar y quién no, sino donde se escenifica la exclusión y la soberanía de los estados por encima de todo. Muertes, detenciones y deportaciones de migrantes conforman un componente fundamental de esta frontera espectáculo. El objetivo no necesariamente pasa por sellar las fronteras. De lo que se trata es de recordar qué les puede pasar a aquellos que a pesar de todo osen cruzar”. (Garces, B. 2019)”.*

El acceso al territorio de la mayoría de los países con niveles significativos de calidad de vida está vedado a las poblaciones vulnerables, esto determina que un alto porcentaje de las migraciones se desarrollen por medios irregulares e inseguros. La gran mayoría de las estrategias que se están desarrollando enfocadas al control migratorio son incompatibles con principios básicos del derecho internacional humanitario.

La perspectiva histórica demuestra que la movilidad humana tiene un fuerte componente de autorregulación, siendo el medio más eficaz para proteger los derechos humanos de las personas migrantes. (Arce, C. 2017)

En cuanto a la estrategia utilizada de revisión documental, se realizó la elaboración de fichas de lectura clasificadas bajo dos criterios principales de acuerdo con el tema que versaba, entre Colombia y España. La selección de los documentos se dio gracias a investigaciones publicadas de maestrías y doctorados, por recomendación de estudiosos expertos en la materia y con ayuda de las bases de datos científico-académicas de Google academy, la escogencia de los documentos que finalmente fueron usados para incluirse dentro del trabajo respondió a los criterios de cobertura temática, cronológica y geográfica.

## **1. ANÁLISIS NORMATIVO DE LA LEGISLACIÓN MIGRATORIA EXISTENTE EN EL CONTEXTO COLOMBIANO Y ESPAÑOL CON RESPECTO A LAS GARANTÍAS BÁSICAS DE PROTECCIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS, EN ESPECÍFICO EL DERECHO A LA SALUD.**

En este acápite se desarrollará en primer lugar lo concerniente a Colombia para luego continuar con España, con un orden de antecedentes en política migratoria y actualidad, migrantes y situación administrativa y sistema de salud.

### **Política Migratoria en Colombia**

El desarrollo legislativo migratorio en Colombia ha tenido un proceso lento, una de las principales razones se debe a la emigración de colombianos al exterior. Los inicios de la migración masiva se remontan a la década de los sesenta, con el arranque de la prolongada violencia que persiste hasta hoy y factores económicos como:

*“El deterioro de la economía nacional, resultado de la introducción de profundas reformas estructurales de corte neoliberal, la quiebra masiva de miles de empresas privadas, incapaces de competir ante la apertura económica, unido al colapso en los precios internacionales del café, que postraron no sólo la región de mayor estabilidad económica hasta entonces, el Eje Cafetero, sino que llevó a la quiebra a miles de productores, lo cual contribuyó al aumento del desempleo y redujo, sustancialmente, una de las principales entradas de divisas del país. (Guarnizo, L. 2006)”.*

El boom económico en Venezuela, debido a la explotación del petróleo, atrajo mano de obra colombiana – especialmente poco calificada– hasta finales de los 80, cuando el auge petrolífero disminuyó, frenando en consecuencia los flujos hacia el país vecino. De manera análoga, en los años 70 fueron muchos los colombianos que emigraron hacia

Ecuador atraídos por la economía petrolera, aunque ello ocurrió también más tarde, en los años 90, debido a la dolarización de su economía. Hacia Estados Unidos, los flujos se caracterizaron en la década de 1970 por la presencia de profesionales y técnicos en busca de mejores oportunidades (Mejía, 2012).

Es por esto que, las primeras muestras de regular y proteger los derechos de los migrantes iban enfocadas especialmente en temas concretos y aislados entre sí, tales como la inmigración y las colonias agrícolas Ley 114 de 1922, algunas disposiciones sobre naturalización y extranjería Ley 22 de 1939, creación del Consejo de Migraciones Laborales Decreto 147 de 1983 y creación e implementación de Instrumentos sobre el Manejo de Política de Fronteras Ley 10 de 1983.

Evidenciando que, a partir del estudio del contenido de las anteriores disposiciones, los primeros pasos para legislar en materia migratoria se dieron con el fin de atraer extranjeros, pero poseen unos criterios subyacentes a las normas y decretos formulados en donde se advierte una clara valoración jerárquica de las personas, que no atiende sólo a sus competencias y habilidades, sino también a su procedencia étnica y a sus características psicofísicas.

Algunas de las disposiciones migratorias que hoy aún cobran vigencia y de relativa importancia máxime para aquellos Colombianos en el exterior son normas concernientes a la pérdida, renuncia, adquisición y recuperación de la nacionalidad Ley 43 de 1993, Ley aprobatoria de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares–CTMF– Ley 146 de 1994, Acuerdo sobre asistencia legal y cooperación judicial entre Colombia y Panamá colaboración y deportación de extranjeros Ley 450 de 1998, normas sobre asistencia jurídica consular de colombianos en el exterior Ley 76 de 1993, y reglamentación del derecho al voto de los extranjeros en elecciones municipales y distritales Ley 1070 de 2006.

Es así como, apenas hasta la expedición del plan nacional de desarrollo (PND) del periodo 2002-2006 que se evidencia un paupérrimo interés en el fortalecimiento de la política migratoria y de exterior hacia los extranjeros que emigraron a Colombia, pero todo ello sobre el enfoque de seguridad y defensa del Estado, ya que la problemática del

desplazamiento forzado ocupó gran parte de la atención de ese periodo cuatrienal (Presidencia de la República de Colombia, 2002).

Con posterioridad, en el PND 2006-2010 se presenta la política migratoria como uno de los ejes de acción, y en consecuencia se expide el documento CONPES 3603 de 24 de agosto de 2009, titulado “Política Integral Migratoria”, el cual parte del reconocimiento de la “limitada atención a los fenómenos migratorios por parte del Estado Colombiano” (Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia, 2009). Con estas limitadas bases, en el PND 2010-2014 se da la creación a lo que hoy es la Ley 1465 de 2011 o Sistema Nacional de Migraciones (SNM), orientada como las anteriores disposiciones en un enfoque de Colombianos en el exterior, haciendo sólo mención en el primero de sus principios al respeto integral de los derechos humanos de los migrantes y sus familias. (SNM, 2011, Art 1).

Todo esto como antecedentes históricos de la actual regulación migratoria, el documento CONPES 3950 de 2018. Reglamentación creada en medio de la coyuntura de inestabilidad política en Venezuela que derivó en el flujo masivo de personas que comenzaron a ingresar al país y una regulación antecedente que no integró coherentemente los derechos de los migrantes.

### **Migrantes y situación administrativa en Colombia**

Como se mencionó anteriormente, dada la afluencia de ciudadanos extranjeros, principalmente Venezolanos, fue necesario implementar medidas que dieran respuesta a la regularización que se debía de hacer para dichas personas, con la Resolución 1220 de 2016 se crea el Permiso de Ingreso y Permanencia (PIP), este es una autorización que otorga migración Colombia a los ciudadanos extranjeros que de manera general pretenden ingresar al territorio colombiano sin el ánimo de domiciliarse en él, no requieran visa para ingresar al territorio e ingresen con motivo de unas actividades específicas, se puede solicitar mediante nueve modalidades diferentes.

En la resolución 1272 de 2017 se crea el Permiso Especial de Permanencia (PEP), que autorizaba la permanencia en Colombia de ciudadanos venezolanos, con este la persona

se encontraba facultada para ejercer cualquier actividad u ocupación legal, fue diseñado para quienes no tenían intención de establecerse en el país, por lo tanto, el tiempo de permanencia de una persona con este permiso no se computaba para obtener la visa de residencia. Actualmente no es posible acceder al PEP, pues sólo se otorgó entre el 7 de febrero de 2018 al 7 de junio de 2018 y entre el 27 de diciembre de 2018 al 27 de abril de 2019. Para quienes hubiesen ingresado a Colombia de manera regular, con pasaporte (emitido por la autoridad del país de nacionalidad, aunque no esté vigente al momento de ingreso, o de solicitud del permiso) y por un puesto de control migratorio habilitado, y además de esto que no tuviesen antecedentes judiciales nacionales o internacionales.

También se crearon, el Permiso de Ingreso y Permanencia de Tránsito Temporal PIP-TT, la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), documento que se otorgaba a los ciudadanos venezolanos mediante el cual se autoriza su ingreso y tránsito por las zonas delimitadas en la frontera colombiana, se puede permanecer con ella en las zonas delimitadas de frontera durante siete días continuos y su ingreso es permitido en los puestos de control migratorio de: Paraguachón (La Guajira), Simón Bolívar (Norte de Santander), Puerto Santander (Norte de Santander), Arauca (Arauca), Puerto Carreño (Vichada) e Inírida (Guainía) y se podía solicitar por medio de la página web de migración Colombia.

Lo más importante que se debe tener en cuenta es que este permiso de ingreso se ha creado para ser un documento de tránsito temporal para la población venezolana. En números generales, a febrero de 2018 había un total de 1.624.915 venezolanos que contaban con la denominada TMF. (Cubillos, A. Ardón, N. 2018)

Y el Permiso Especial de Permanencia para el Fomento de la Formalización (PEPFF), un permiso de trabajo dirigido a facilitar la regularidad migratoria de los nacionales venezolanos en el territorio colombiano mediante contratos laborales o contratos de prestación de servicios.

La condición de refugiado por otro lado, se puede obtener si se reúnen 3 condiciones que incluyen: Temer ser perseguido por razones de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas; que la persona se haya visto obligada a salir de su país porque su vida, seguridad o libertad han sido amenazadas por violencia generalizada, agresión extranjera, conflictos internos, violación masiva de los

derechos humanos u otras circunstancias que hayan perturbado gravemente al orden público; y que la persona tenga razones suficientes para creer que pueda estar en peligro de ser sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en caso de que se procediera a la expulsión, devolución o extradición al país de su nacionalidad o, en el caso que carezca de nacionalidad, al país de residencia habitual.

La cantidad de ramificaciones que se le da a un solo permiso para su obtención, los diferentes decretos emitidos para paralizar la creación de cierto tipo de permisos, junto con los que se emiten para darle fin a la continuidad de este, la imposibilidad de acceder directamente a una visa de residencia por los requisitos previos y las dilaciones administrativas, son el panorama que se da para la realidad normativa migratoria del país. Generando confusión para quienes intentan acceder a ellas, entendiéndose que se encuentran en una cultura y unas formas administrativas diferentes a las acostumbradas.

### **Sistema de Salud en Colombia**

Por medio de la Ley 100 de 1993, se pasó de un Sistema Nacional de Salud (SNS) a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Es un modelo que incorpora elementos centrales de la lógica del mercado<sup>4</sup> de servicios, como la competencia y la libre elección del usuario, al tiempo que desarrolla mecanismos de regulación, de solidaridad financiera entre quienes tienen pocos recursos económicos y quienes tienen amplia capacidad financiera, y nuevas formas de la función pública estatal. De manera general los antecedentes a esta ley son una gestión aislada de la sociedad frente al acceso a salud, la principal forma de acceso se basaba en la atención médica en consultorios y clínicas privadas para quienes podían costear él mismo y quien no poseía los mismos accedían mediante la asistencia pública o la beneficencia. (Hernandez, M. 2002).

El actual SGSSS se compone de tres enfoques que son: pensiones, salud y riesgos profesionales, no obstante, en relación con el que aquí interesa que es el sistema de salud, parte de la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud,

---

<sup>4</sup> La lógica del mercado de servicios entiende el trabajo como mercancía. La explotación del trabajo es uno de los pilares del sistema.

para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado. Con una pretensión de universalidad se crean los regímenes contributivo y subsidiado, el primero, con un plan de beneficios mínimo, denominado POS, para quienes pueden cotizar el 12% del salario, con aportes distribuidos en 8% a cargo del empleador y 4% a cargo del trabajador. Los trabajadores independientes cotizan el 12% de los ingresos declarados, y el régimen subsidiado por su parte, está dirigido a aquellos que demuestran no poder cotizar.

Ahora bien, el medio por el cual el Estado detecta a aquellas personas que no poseen los recursos económicos suficientes para pertenecer al régimen contributivo, es una encuesta, gestionada por el Sistema de Beneficiarios de Subsidios del Estado (SISBEN), y este régimen subsidiado es manejado por unos agentes intermediarios denominados Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quienes contratan con las instituciones prestadoras de servicios (IPS) la atención de quienes ostentan este subsidio.

Las personas migrantes que posean una situación administrativa regular, en cualquiera de sus modalidades, pueden acceder al sistema de salud solicitando ser encuestados por el SISBEN, sin embargo, lo preocupante se presenta cuando se tiene una afectación grave a la salud o crónica y la situación administrativa está en trámite o sin regularizar aún.

Al contrario sucede cuando, de acuerdo con los tratados internacionales a los cuales se suscribe Colombia la atención que se necesita es de urgencia, porque para este caso independientemente del estatus legal que tenga el migrante, tendrá que ser atendido, en teoría, fundamental y prioritariamente.

Y como excepción según la circular 023 de 2019, con el propósito de dotar de eficacia la protección de los derechos de los recién nacidos, niños y niñas menores de edad, aclara que, sin importar el estatus legal de los padres, el prestador de servicios de quien se demande la atención en salud, deberá inscribir a este primero ante la EPS del régimen subsidiado del respectivo municipio.

## **Política Migratoria en España**

El ordenamiento jurídico en España tiene una característica muy importante y que le diferencia especialmente en cuanto a la legislación migratoria de Colombia, y es que debido a la pertenencia del país en el espacio económico, social y político de la Unión Europea (UE) este está influido por el derecho de la UE: La jurisprudencia del Tribunal Constitucional, Tribunal Europeo de Derechos Humanos y el Tribunal de Justicia de la UE. Estando así su regulación migratoria basada jurídicamente en el Tratado de Funcionamiento de la UE (TFUE), concretamente en sus artículos 79 y 80.

Como objetivo de su política tienen entre otras cosas, establecer un enfoque equilibrado para gestionar la inmigración legal y luchar contra la inmigración irregular. (TFUE, 2012, Octubre 26). Llama especialmente la atención como desde un comienzo el adjetivo utilizado para la gestión que proponen hacer hacia la inmigración irregular, sea la lucha. Tomando la UE como perspectiva hacia esta, solo dos formas de acción en cuanto a la criminalización de las terceras personas que facilitan el acceso de migrantes al territorio de la UE, quienes contribuyen a la entrada, circulación y estancia de personas inmigrantes no regularizadas y para quienes hacen de la circulación de las personas un negocio y trafican con seres humanos. Obviando el hecho de que esta política debe enfocarse principalmente en aquellas personas que migran y no solo en quienes ayudan o facilitan el acceso al territorio, ya que en la mayoría de ocasiones quienes ingresan por medios irregulares, lo hacen desde condiciones sobrevenidas de vulnerabilidad desde Estados principalmente de Europa oriental y África.

*“Los cambios ocurridos en el sector económico a nivel europeo han llevado a una considerable corriente de trabajadores extranjeros a llenar aquellos espacios laborales vacíos, que en determinados casos son rechazados o no deseados por la población autóctona, debido tanto al descenso demográfico, como al progresivo envejecimiento de la población y a la consiguiente disminución numérica de la fuerza de trabajo, sin embargo el constante flujo de migrantes no se debe solo a la petición de mano de obra sino también a los estándares de calidad de vida Europea (Somarriba, N. Pena, B. 2009).”*

Por consiguiente, la política europea se ha encargado de hacer unos lineamientos en donde sus fronteras representan una escenificación imponente de lo que el poder coercitivo del Estado puede llegar a hacer sobre quienes no tienen las cualidades o habilidades necesarias.

Ahora bien, la primera norma en concreto que emitió España en cuanto a extranjería<sup>5</sup> se aprobó en 1985, diez años después de culminado el régimen violento y estricto del franquismo. Anterior a dicha norma la base jurídica para regular la migración eran las generalidades de la Constitución, los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por España y la jurisprudencia, con ello se consiguió amortiguar la falta de una norma expresa incidiendo en la aplicación de principios como el de legalidad y tipicidad, así como también la protección frente a la arbitrariedad.

Una de las principales virtudes de esta primera Ley Orgánica (LO) 7/1985, de 1 de julio, de derechos y libertades de los extranjeros en España, vigente hasta el 1 de febrero de 2000, fue la de reunir en un solo texto la múltiple normativa dispersa que existía al respecto. Ciertamente ésta era una regulación pensada para controlar la entrada de extranjeros en España, traía consigo un régimen de sanciones de gran discrecionalidad para los migrantes que no se encontraran en situación regular. (Aja, E. Arango, J. 2006.)

*“El sistema legal era rígido y la política sancionadora acababa en la mayoría de los casos en expulsión. En efecto, la norma se centraba básicamente en el control de entrada, en las medidas sancionadoras y no se contemplaba siquiera la posibilidad de reagrupación familiar puesto que la inmigración no era concebida, todavía, como de asentamiento o permanente. Por todo ello la aplicación de la ley, en un entorno en el que los flujos iban creciendo progresivamente, pero sin llegar a alcanzar los niveles de los años sucesivos”. (Solanes, A. 2010).*

La actual norma de extranjería la LO 4/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que derogó la anterior LO

---

<sup>5</sup> Denominación que trata sobre el conjunto de normas que regulan la condición y los intereses de los extranjeros en un país.

7/1985. Nace marcada por las conclusiones adoptadas en el consejo europeo de Tampere, de los días 16 y 17 de 1999 por los Jefes de Estado y de Gobierno de los Estados miembros de la UE, se puso de manifiesto la necesidad de que la UE hiciera realidad la construcción de un espacio de libertad, seguridad y justicia, creado en virtud del Tratado de Ámsterdam. Y para ello, señalaba que el desarrollo de una política de asilo y migración común debía basarse en la colaboración con los países de origen; un sistema común de asilo; un trato justo a los nacionales de terceros países y la gestión de los flujos migratorios. (Rodríguez, M. 2004).

De igual importancia, para analizar la aplicabilidad de la política migratoria en el país, es necesario tener claro que la división administrativa del país se da en Comunidades Autónomas, poblaciones que gozan de muchos rasgos identificatorios y diferenciales, por lo que desde el gobierno central se da la permisión de que cada una pueda adoptar o ejecutar las medidas necesarias para que de acuerdo a las condiciones propias de sus zonas y habitantes se apliquen la normatividad de una manera más idónea, por lo que se pueden encontrar medidas diferentes pero que parten desde la misma base, dependiendo de la comunidad autónoma.

### **Migrantes y situación administrativa en España**

Para una persona realizar una reestructuración geográfica de su vida en España, tiene diferentes vías que puede que no se deriven en situaciones problemáticas cuando posee un permiso previamente emitido por el Consulado de España con sede en el país de origen, siempre y cuando este se emita antes de ingresar al territorio, pero esta media no puede ser adoptada por quienes vienen ya con situaciones sobrevenidas de vulnerabilidad, se hace imposible cumplimentar las condiciones y términos que presenta el gobierno de España.

De manera general, las formas de obtener un modo de regularizar la situación administrativa son mucho más concisas y con procedimientos más claros que la política migratoria en Colombia, según la LO 4/2000, modificada por la LO 2/2009 y el Real

Decreto<sup>6</sup> (RD) 557/2011, se puede obtener una autorización de estancia de corta duración en la que es permitido por un periodo ininterrumpido o suma de periodos sucesivos un total que no exceda de noventa días por semestre a partir de la fecha de la primera entrada, pero que no puede ser solicitado por quienes están sometidos a trámite de expulsión o devolución. Con la autorización mencionada es posible solicitar continuamente una residencia temporal que se puede dar por motivos no lucrativos, reagrupación familiar, trabajo por cuenta ajena o propia, trabajo para investigación, trabajo de profesionales altamente cualificados titulares de la Tarjeta azul-UE<sup>7</sup> en el marco de prestaciones transnacionales de servicios. Y la solicitud de asilo positiva, regulada en la Ley 12/2009, de 30 de octubre, con las mismas condiciones sobrevenidas que en la solicitud de asilo en Colombia.

Cuando el ingreso entonces, no se da de forma regular y con una previa autorización de estancia, las condiciones para quien entra al país de manera irregular se tornan mucho más complejas y transgresoras, en el sentido de que la mayoría de estas personas vienen con condiciones específicas de represión, violación a los derechos humanos, víctimas de trata de seres humanos, entre otras.

Una ejemplificación de esta situación se da en la frontera con Marruecos donde las personas extranjeras llegan al territorio español en pateras<sup>8</sup> o incluso nadando. Una vez arriban son capturados por la Guardia Civil y trasladados a los Centros de Atención Temporal de Extranjeros (CATE), centros que en teoría son creados con el fin de acoger a los inmigrantes en un lugar seguro, donde recibirán la primera ayuda y atención médica. En este espacio solo pueden ser retenidos durante 72 horas y dentro de esa primera ayuda tienen derecho a solicitar asistencia jurídica con el fin de iniciar el trámite de solicitud de asilo, sin embargo, son amplias las denuncias que hacen organizaciones tanto nacionales españolas como internacionales con respecto al trato dado a las personas, la falta de

---

<sup>6</sup> Real Decreto es la denominación que realizan en España de los decretos ya que estos son refrendados por el Rey del país.

<sup>7</sup> La Tarjeta Azul Europea es un permiso de trabajo para poder trabajar en Europa. Esta tarjeta otorga entrada y residencia solamente a trabajadores altamente cualificados.

<sup>8</sup> Las pateras son unas embarcaciones pequeñas de fondo plano, insegura para el transporte, utilizada generalmente para transportar personas entre fronteras marítimas.

garantía y la represión en ellas ejecutada. Según el procedimiento y previa resolución judicial, reglamentado en el artículo 89 del Código Penal, numeral 8, los extranjeros son ingresados en los Centros de Internamiento para Extranjeros (CIE), establecimientos de carácter público no penitenciario, pero que funcionan casi exactos a una penitenciaría, en donde se retiene bajo el postulado de ser una medida cautelar y preventiva, privan de la libertad a personas que no han cometido ningún ilícito, vulnerando uno de los derechos fundamentales más importantes que tiene el ser humano que es la libertad. El sistema en sí carece de lógica, ya que una vez transcurrido el término de 60 días deben ser puestas en libertad, sin ningún tipo de reconocimiento o regularización como ciudadanos dentro de un Estado, dejándoles en una especie de limbo jurídico y a merced de que en cualquier requisita policial sean nuevamente capturados por no tener una situación administrativa regular, iniciando de nuevo el ciclo de la retención preventiva de 60 días y sin ninguna posibilidad de regularizar su situación administrativa.

Es un panorama complejo la regularización de la situación administrativa, pero es bastante precisa la normatividad que tienen dispuesta para ello.

### **Sistema de salud en España**

La protección a la salud en España tiene una larga historia normativa desde la primera Ley Sanitaria de 1855 hasta la presente Ley General de Sanidad de 1986. (Muñoz S. 1975). Como norma general el Sistema Nacional de Salud de España es un sistema de financiación pública a base de impuestos, con instituciones prestadoras de servicios (hospitales y centros sanitarios en general), organización descentralizada en las Comunidades Autónomas, y con aspiración de acceso universal, en su planteamiento y formulación legal. Es un servicio prácticamente gratuito en el punto de atención, en el que el usuario únicamente paga un porcentaje del coste de los fármacos, generalmente un 40% con un límite mensual. (Rey del Castillo, 2012)

Se trata de un sistema basado en la atención primaria como puerta de acceso a los recursos sanitarios. A través de una Tarjeta Sanitaria, todo usuario sin distinción, pero con

excepciones<sup>9</sup>, está adscrito a un centro de salud (con personal de enfermería y medicina especialista en medicina familiar y comunitaria) y un hospital de referencia al que ser derivado para recibir atención especializada. La obtención de la tarjeta sanitaria no está condicionada por el trabajo asalariado o la situación administrativa de la persona ya que la financiación del sistema se realiza por impuestos derivados de los presupuestos generales del Estado. Todo ello sin mediación de entidades prestadoras sino a través de los Servicios regionales de salud de cada Comunidad Autónoma (Alfaro, M. 2010). Necesitando para la expedición de un documento identificativo de la persona y el empadronamiento<sup>10</sup> en el lugar de domicilio. Es especialmente relevante en el sistema de salud español, el Real decreto 16/2012, el cual es expedido bajo el contexto de crisis<sup>11</sup> que atravesaba el país, en este se redujo el acceso que gozaban todas las personas al sistema sanitario, limitando el mismo solo a una clase de personas, esto será desarrollado más adelante.

## **2. PRINCIPALES FORMAS DE TRANSGRESIÓN AL DERECHO A LA SALUD EN REFERENCIA A LA SITUACIÓN ADMINISTRATIVA QUE POSEAN LAS PERSONAS MIGRANTES**

En este acápite se desarrollará en primer lugar Colombia para continuar con España.

### **En Colombia**

Con el análisis anteriormente presentado, se puede inferir que, cuando la situación no representa premura (ya que bajo esta condición la persona debe ser obligatoriamente atendida en los hospitales y clínicas del país), o se es menor de edad, es necesario tener la

---

<sup>9</sup> Existen como excepción ciertos colectivos de trabajadores del estado: funcionarios, profesores, jueces y miembros de las fuerzas armadas (entre asegurados y beneficiarios en torno a 2 millones de personas, que pueden optar a una atención por entidades de aseguramiento privadas en instituciones también privadas cuyo coste es financiado por impuestos generales. Datos según la investigación Cooperativa de Entidades Aseguradoras recopilados por Unespo.

<sup>10</sup> El empadronamiento consiste en la inscripción de una persona en el registro oficial que lleva el ayuntamiento (alcaldía) de la población domiciliada en su zona. Para el certificado de este únicamente se requiere un contrato de arrendamiento o la autorización de quien tenga en propiedad la vivienda.

<sup>11</sup> España entre los años 2008 a 2014 atravesó una crisis económica producto del modelo económico y productivo, la burbuja inmobiliaria, la crisis bancaria y el desempleo.

situación administrativa regulada con el fin de poder recibir la atención médica no perteneciente a urgencias. Una de las situaciones más preocupantes se da para las personas migrantes que necesitan un control y seguimiento de muchas enfermedades de carácter crítico o crónico, y por no cumplir con los requisitos de una urgencia no pueden ser atendidos.

Sin embargo, a partir del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES, 2018) se incluyen además del servicio de urgencias, la vacunación y la atención a madres gestantes, pero a pesar de esta inclusión para el año 2018 según la información estadística del documento antes mencionado 35.548 migrantes de Venezuela fueron afiliados al régimen contributivo y 7.589 personas afiliadas al régimen subsidiado al cumplir con los requisitos para pertenecer al SGSSS. Esto implica que solo el 3% de población migrante del total estimado para ese año se encontraba asegurada al sistema de salud y el 5 % de la población regular estimada se encuentra afiliada al SGSSS.

En conformidad a ello, es importante señalar que precisamente la falta de información y el miedo que el migrante tiene al acceder a algún centro de salud, son los factores que en muchas ocasiones no permiten avanzar los procesos, el miedo a la deportación o a la situación de irregularidad son las principales causas de que muchas personas en calidad de inmigrantes no adoptan el servicio. (Pinto, et al. 2019).

A esta problemática se suma la ejecución de medidas aisladas y parcializadas en las ciudades, que si bien estas son necesarias en función de generar compromiso con quienes llegan en busca de una mejor calidad de vida, terminan por favorecer la prolongación del recorrido histórico de decisiones parcializadas que ha tenido la política migratoria en el país. Ejemplificando dicha situación con un comunicado emitido por la Alcaldía Mayor de Bogotá:

*“El Distrito adelanta un plan de atención que incluye ofertas institucionales para los ciudadanos venezolanos a través de un Registro Social de Migrantes. Estas acciones se regularán mediante una circular dirigida a todas las Secretarías. También se cuenta con la creación de una especie de “Súper CADE social”, que funcionará en la Terminal de Transportes del Salitre. Habrá organizaciones del*

*nivel territorial del Distrito, pero también del nivel nacional que permitirán avanzar en la normalización del estatus migratorio de los venezolanos y orientarlos en servicios básicos. Instalación de El Centro de Atención e Integración al Migrante, un lugar de encuentro para los venezolanos en Bogotá. Allí recibirán información sobre la oferta institucional de servicios, orientación jurídica y restablecimiento de lazos familiares, entre otros apoyos y servicios que prestarán entidades distritales como la Secretaria Social, Educación, Salud, Gobierno y la Alta Consejería para las Víctimas (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2018)”.*

Según el censo hecho en la zona de frontera en junio de 2018, es posible afirmar que hay 9.980 venezolanos con hipertensión, 3.334 con diabetes, 467 con cáncer, más de 5.000 con enfermedades pulmonares, 1.074 enfermos mentales, 2.827 personas con problemas cardiacos o coronarios y 13.379 pacientes con otras enfermedades crónicas, complejas o de alto costo; también fueron censadas 225 personas con enfermedades de transmisión sexual, 41 con VIH y 202 con tuberculosis (Caracol Radio, 2018).

Además de esto según el documento CONPES 3805, los rezagos que están teniendo los municipios de frontera en cuanto a desarrollo son notoriamente más grandes que en el resto del país, la tasa de mortalidad infantil, la cual, de acuerdo con los datos reportados por el documento, muestra cómo en el 2011, el promedio nacional fue de 17,78 muertes en menores de un año por cada mil nacidos vivos. Sin embargo, al 2016, este indicador aumenta exponencialmente en 13 departamentos de frontera y presenta tasas mayores al promedio nacional, siendo la situación mucho más crítica para departamentos como Vichada (36), Guainía (36,7), Vaupés (41,9), Chocó (42,7) y Amazonas (46,4).

## **En España**

No es hasta los años 90 del siglo veinte que se produce la llegada a España de personas migrantes en número considerable (Sallent, et al. 2010). La Ley General de Salud de 1986 estableció la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria sin distinción de nacionalidad ni situación administrativa, también quedó recogido ese derecho en la Ley de

Extranjería 47/2000, asociando la obtención de una Tarjeta Sanitaria al empadronamiento, independientemente de la situación laboral y administrativa de la persona.

Así, en ese periodo hasta 2012, fue prácticamente universal el acceso a los servicios de atención de urgencias, atención primaria en centros de salud, y atención especializada en hospitales, para todas las personas nacionales y migrantes.

Sin embargo, para este periodo también existieron importantes barreras de acceso al sistema (Chauvin, et al. 2009). Esas barreras se pueden resumir en, la falta de acceso al trámite de empadronamiento regulado por los municipios, el cual está limitado por las condiciones de la vivienda o la relación con el arrendatario; falta de habilidades lingüísticas en el idioma castellano; falta de acceso a servicios de traducción, ya que a modo de recordatorio gran porcentaje de las personas que ingresan al país vienen de Marruecos con idioma oficial árabe y Rumanía con idioma oficial rumano; también está el miedo al contacto con el mundo administrativo y sanitario por suponer un riesgo de sufrir una identificación o detención, dada la calidad administrativa en que se encuentran. Y la frecuente falta de un documento nacional identificativo o pasaporte en vigor emitido por el país de origen.

En un contexto de políticas públicas de austeridad en toda Europa, se publicó el RD 16/2012 mencionado en el capítulo anterior, con el objetivo de aplicar medidas de sostenibilidad económica del sistema sanitario. En él se produce un gran cambio cualitativo por el que se abandona la terminología para referirse a quienes pueden recibir asistencia sanitaria, cambiando de usuarios a asegurados, entendido en un sentido amplio como: trabajadores afiliados a la Seguridad Social (SS), pensionados del sistema de SS, perceptores de subsidios y residentes en situación administrativa regular.

Aquellas personas que no formaban parte de los anteriores colectivos dejaron de ser sujetos de derecho al no ser considerados asegurados. Principalmente sufrieron esta exclusión las personas migrantes en situación administrativa irregular, que fueron estimadas en un total de 870.000 (Infosalus, 2014). Además de ellas, perdieron la condición de

asegurados los desempleados<sup>12</sup> de larga duración y los residentes con ingresos superiores a 100.000 euros anuales.

El Real Decreto contemplaba algunas excepciones a la exclusión: Atención a mujeres embarazadas y a menores de 18 años en las mismas condiciones; y atención universal en servicios de urgencia. Estas excepciones fueron ampliamente incumplidas y denunciadas por organizaciones como Yo sí Sanidad Universal.

Existe un criterio fundamental en la práctica médica que es el de la “continuidad asistencial” el cual implica que hasta la determinación de la alta médica se debe hacer un seguimiento de la enfermedad y cura de la persona que ha requerido la atención. Un diagnóstico inicial, las pruebas necesarias, un segundo diagnóstico de mayor precisión, un tratamiento y seguimiento de este hasta llegar a la curación y la consecuente alta médica. El hecho de que la atención se limite a las urgencias rompe con toda esa secuencia en la que los profesionales de la medicina no pueden hacer un seguimiento e incluso muchas de las veces ni siquiera un diagnóstico preciso si el derecho se ve limitado solo a una revisión tan elemental como la visita en urgencias. (Yo sí, 2014).

Según el RD en su art. 3 “los extranjeros menores de 18 años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”. Sin embargo, a diferencia de los niños de origen español, no se ha contemplado la entrega de una tarjeta sanitaria física, y ni siquiera se han dado instrucciones claras en los centros de atención primaria y hospitales para que sepan cómo proceder en estos casos. Así, son innumerables las experiencias de familias a quienes al llegar al centro de salud se les ha denegado la atención de la menor o el menor por no poseer la tarjeta sanitaria, remitiéndoles a alguna oficina del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), desde donde nuevamente se le envía al centro asistencial porque es allí donde deben garantizar este derecho. (Yo sí, 2014). La negación del documento físico reviste una especial violencia simbólica porque somete a esos niños a agravios comparativos importantes en el día a día.

---

<sup>12</sup> En Agosto de 2012 se emitió el RD 1192/2012 por el que se aclaraba el punto de las personas desempleadas mayores de 26 años (independientemente de su nacionalidad) que no hubiera cotizado nunca a la SS y se aclaraba su condición de asegurados.

Durante los tres primeros años de la implementación del RD 16/2012 la restricción en la atención sanitaria a inmigrantes en situación irregular incrementó la tasa de mortalidad de esta población en un 15%. (Mestres Aj, et al. 2018).

No siendo hasta junio de 2018 que el Ministerio de Sanidad, en cabeza del presidente Sánchez marca la hoja de ruta para la derogación del Real Decreto 16/2012. Es así como el día 31 de julio de 2018 entra en vigor el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que supone un cambio:

*El presente real decreto-ley obedece fundamentalmente a la necesidad de garantizar la universalidad de la asistencia, es decir, a garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español. Esto se lleva a cabo mediante la recuperación de la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas, independientemente de su nacionalidad, que tengan establecida su residencia en el territorio español, incluyendo aquellas que en aplicación de los reglamentos comunitarios o convenios bilaterales tengan acceso a la misma en la forma que estas disposiciones lo indiquen. (RD 7/2018).*

Desvinculando aparentemente la asistencia sanitaria del sistema de seguridad social y dando un gran giro en cuanto a quienes son los sujetos de derecho de la asistencia sanitaria, sin embargo, más adelante la norma expresa que para hacer efectivo el derecho a la protección en salud, la persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español, sólo puede acceder a él cuando no tiene la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, extranjería para regularizar la situación administrativa de la persona exige un seguro para otorgar el permiso de residencia, y esa obligación de tener seguro es utilizada por el INSS para denegar el derecho a la atención sanitaria.

Por otra parte, además de su elevado precio, los seguros privados no aceptan a personas de avanzada edad (siendo este colectivo el más afectado) y, cuando lo hacen,

excluyen la posibilidad de ser atendidos por enfermedades previas a la contratación. Tampoco incluyen descuentos en los medicamentos.

Para estos casos en los que la exclusión sanitaria es total, cuando se acude a urgencias este servicio prestado procederá a ser facturado, cobrando determinadas cantidades de acuerdo con lo realizado en la persona, obligando al usuario o sus familiares a firmar compromisos de pago.

De esta manera se evidencia que, aunque hubo un interés de parte del gobierno de devolver la universalidad de la atención primaria para todos, este no ha sido efectivo y la administración continúa generando situaciones de vulneración de derechos humanos y falta de sentido ético/humano hacia aquellas personas que residen en el territorio, pero su estancia no es legal o regulada y para quienes no cuentan con los recursos suficientes para sufragar un seguro privado.

### **3. CONCLUSIONES: ASISTENCIA SANITARIA, SITUACIÓN ADMINISTRATIVA Y DERECHOS HUMANOS**

Una cosa es clara para ambos sistemas de salud, la regularización de la situación administrativa es el eje central en el que se basan para una atención que va más allá de urgencias, no siendo del todo claro en España los procedimientos destinados en cuanto a que es exactamente lo que necesita una persona migrante para acceder al sistema sanitario en las situaciones en que no cuenta con un permiso de residencia, visa o en calidad de refugiado, ya que si bien la exclusión sanitaria comienza a hacerse desde el año 2012 hasta el año 2018 con el decreto que aparentemente trata de darle una integralidad a la universalidad proclamada de su sistema de salud antes del 2012, los mecanismos que se tienen varían mucho de acuerdo a las comunidades autónomas, cada una establece diferentes reglamentaciones con las cuales acceder al mismo, siendo un ejemplo: En la comunidad autónoma de Madrid, se establece que para aquellos extranjeros que no tengan una residencia pero si un certificado de empadronamiento superior a tres meses en un domicilio ubicado en dicha localidad, junto con una evaluación por parte de las trabajadoras sociales autorizadas, puede la persona acceder a la asistencia sanitaria, mientras que en la

comunidad autónoma de Andalucía una persona extranjera puede acceder a la asistencia sanitaria si porta un documento nacional identificativo y un certificado de empadronamiento sin necesidad de una fecha establecida de expedición.

Son entonces, para este caso en España muchas las contrariedades que se presentan entre comunidades autónomas frente a las formas que van a disponer para que una persona pueda acceder al sistema sanitario, sumado a los obstáculos que representa la solicitud de una regularización dentro del territorio.

En Colombia si bien, no existe la necesidad de expedir una tarjeta sanitaria, si se debe tener una afiliación al SISBEN en el que se pueda constatar que la persona y su núcleo familiar viven de acuerdo a unas condiciones de bajos recursos y por lo tanto el Estado debe entrar a suplir la financiación de su acceso sanitario, el gran problema tiene que ver con la congestión de las oficinas encargadas de realizar estas gestiones, que se deriva en meses de espera para que la persona extranjera pueda tener el aval administrativo que le dé derecho al acceso sanitario independiente de las urgencias, pero siempre y cuando la situación administrativa de la persona ya se encuentre regulada legalmente dentro del territorio.

Ambos países obstaculizan el acceso sanitario de las personas migrantes extranjeras que no tienen cobertura de un seguro, o quienes generalmente carecen de recursos económicos, ya que lo fundamental para acceder es poseer un permiso. En Colombia existen abundantes tipos de permisos, pero es la falta de una unanimidad desde el gobierno nacional en cuanto a la creación de permisos y la consiguiente terminación de la expedición de los mismos lo que imposibilita ir en una misma vía y que termina llevando a que la persona extranjera incurra en trámites inoperantes que solo dilatan más el acceso que pretendía.

En España por su parte, no existe tanta cantidad de modalidades para obtener un permiso que permita regularizar la situación administrativa, pero los que contempla tienen requisitos que no son de fácil acceso, tornándose como una administración hostil con el inmigrante, llena de prejuicios que se derivan en el trato mismo que ejercen los funcionarios públicos hacia los migrantes y la estigmatización a ellos, situación que cada vez crece más en Colombia, acompañados de un sentimiento vivo de aporofobia, donde se

evidencia cómo en ambas sociedades el migrante malo es el pobre, el que viene sin recursos y con vulnerabilidades sobrevenidas.

Hay una gran diferencia entre ambos países y tiene que ver con las formas de control que pretenden ejercer hacia los flujos migratorios, en España aunque son muchos los estudios que escenifican la inutilidad de estas herramientas existen los CIE, instituciones antes mencionadas, que menoscaban la libertad y vulneran directamente los derechos humanos de quienes en ellos son internados, en Colombia aún no existen dichas instituciones y los procedimientos para repatriar a los extranjeros, en específico los nacionales Venezolanos rayan con lo hilarante, programando buses en acuerdo con los alcaldes de las principales ciudades para acordar la salida de ellos hacia Venezuela.

Descrito entonces todo el análisis anterior, en primer lugar, los antecedentes históricos normativos de ambos países dan cuenta del porqué las actuales regulaciones han sido enfocadas hacia aspectos que dejan, en gran medida, de lado una protección efectiva de los derechos humanos, sin embargo, no justifica ello que Colombia no haya regulado lo suficiente en razón a las personas migrantes y España continúe emitiendo normatividad que facilita en la práctica cada vez más sean vulnerados los derechos de las personas migrantes.

El manejo de la población migrante que si bien representa un reto para los países receptores, no necesita de más que una organización adecuada de las gestiones administrativas, no se trata de demostrar una soberanía frente a la persona que llega, sino unas reglas claras de adaptación a un sistema jurídico y cultural nuevo.

Ambos países no han legislado con claridad sobre los mecanismos o formas de acceso a la asistencia sanitaria que tienen las personas que no han regularizado su situación administrativa, legando el accionar directamente a quienes prestan estos servicios de atención primaria, o sea, los hospitales o clínicas a los que se acercan quienes pretenden el acceso a la asistencia.

Nos da esto cuenta, que si bien España es un país con unas bases más sólidas y de mayor recorrido histórico que Colombia en materia migratoria, este primero vulnera los derechos de las personas migrantes al dejar vacíos en su legislación y aportando postulados que permiten el rechazo o exclusión del sistema sanitario a quienes lo necesitan pero no cuentan con la legalidad administrativa, mientras que Colombia omite directamente

presentar medidas sólidas y emite soluciones momentáneas que no dan la suficiente seguridad para aquellos extranjero que necesitan acceder al sistema de salud.

También tenemos que, el desarrollo de Colombia ha dejado cada vez más de lado las zonas de frontera en donde permanecen y hacen tránsito mayor cantidad de migrantes, permitiendo que se presente una situación de desorden público y falta de garantías no solo para las personas migrantes, sino también para los habitantes de dichos territorios, España por el contrario se ha encargado de mantener militarizadas sus fronteras con África, llevando ello a que se presenten situaciones violentas que ponen en riesgo la vida de las personas migrantes.

Los discursos de xenofobia y racismo que ya se conocían en España desde hace años para con los migrantes, están empezando a ser implementados en Colombia, la exclusión no solo administrativa se comienza a dar también socialmente, lo que dificulta que las personas puedan acceder a una integración social idónea y represente más obstáculos a la hora de proteger sus derechos humanos.

Y con todo ello, da lugar a realizar el planteamiento de un análisis a fondo de lo que representa en ambos países su política migratoria, hasta qué punto es efectivo el vulnerar y retrotraer los derechos de las personas extranjeras que llegan al país sin los medios familiares, económicos o sociales para llevar a cabo una regularización de la situación administrativa inmediata, frente al daño que la no asistencia sanitaria ocasionada por las dificultades de la regularización oficial de ambos estados, puede representar para la vida de esa persona.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aja, E. y Arango, J. (2006). La evolución normativa sobre inmigración. Fundación CIDOB, Barcelona, 2006, pp. 17-44.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2018). Alcalde Peñaloza anuncia atención integral a venezolanos migrantes en Bogotá. Bogotá. Disponible en: <http://www.integracionsocial.gov.co/index.php/noticias/116-otros/2756-alcalde-penalosa-anuncia-atencionintegral-a-venezolanos-migrantes-en-bogota>
- Alfaro, M. (2010) Sistema Nacional De Salud. España. Madrid; 2010. Tomado de: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
- Arce, C. (2017) Migraciones, derechos humanos y vulnerabilidad. Revista de Fomento Social 73/1 (2018), p.115–140
- Caracol Radio (2018). Aumenta la llegada de venezolanos con enfermedades crónicas y transmisibles.
- Chauvin, P. Parizot, I. Simonnot, N. (2009). El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos. Médecins du monde. <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/european-observatory-2009-es.pdf>
- Chueca, A. y Águelo, P. (2005). La Convención sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus Familias. Revista de Derecho Migratorio y Extranjería, 10, p. 117-126.
- Ciurlo, A. (2015). Nueva política migratoria colombiana: El actual enfoque de inmigración y emigración. Roma, Italia. Revista internacional de cooperación y desarrollo.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia. (2009). Documento CONPES No. 3603, sobre la Política Integral migratoria. p. 27. Bogotá.
- Cubillos, A. Ardón, N. (2018) Realidades en la salud de las poblaciones migrantes: el caso de los migrantes venezolanos en el contexto colombiano. pp, 102.
- Decreto 147 de 1983, por medio del cual se crea el Consejo de Migraciones Laborales, Bogotá. República de Colombia. (1983A).
- Eurostat Statistician Explained. (2018) Estadísticas de población y población migrante. Consultado el 28 de Febrero de 2021. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>

Garcés, B. (2019) FRONTERA ESPECTÁCULO. Barcelona, España, CIDOB (Barcelona Centre for International Affairs).

Gros, H. (2007). Derechos humanos y migraciones. En F. Aldecoa & J.M. Sobrino (Coords.). Migraciones y Desarrollo: II Jornadas Iberoamericanas de estudios internacionales, (pp. 39-46). Madrid: Ed. Marcial Pons.

Guarnizo, L. (2006). El estado y la migración global colombiana. Migración y Desarrollo, núm. 6, pp. 79-101

Hernandez, M (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. (2018). Documento COMPES 3950: Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Bogotá: DNP.

InfoSalus. 2014. Tomado de:  
<https://infosalus.com/actualidad/noticia-casi-900000-personas-pierden-derecho-asistencia-sanitaria-espana-2012-20140930115351.html>

Ley 100 de 1993. Diciembre 23. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

Ley 1070 de 2006, por medio de la cual se reglamenta el voto de extranjeros residentes en Colombia. Bogotá. República de Colombia. (2006).

Ley 10 de 1983, por la cual se provee al Gobierno de instrumentos para el manejo de la política de fronteras. Bogotá. República de Colombia. (1983B)

Ley 114 de 1922, sobre inmigración y colonias agrícolas. Bogotá. República de Colombia. (1922).

Ley 12/2009. Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. Jefatura del Estado. «BOE» núm. 263, de 31 de octubre de 2009.

Ley 146 de 1994, por medio de la cual se aprueba la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares –CTMF–. Bogotá. República de Colombia. (1994)

Ley 22 de 1939, por la cual se reforman y adicionan las disposiciones relativas a la naturalización de extranjeros. Bogotá. República de Colombia. (1939).

Ley 43 de 1993, por medio de la cual se establecen normas relativas a la adquisición, renuncia, pérdida y recuperación de la nacionalidad colombiana. Bogotá. República de Colombia. (1993A).

- Ley 450 de 1998, por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo sobre asistencia legal y cooperación judicial, mutua entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República de Panamá. Bogotá. República de Colombia. (1998A)
- Ley 479 de 1998, por medio de la cual se aprueba el “Convenio entre la República de Colombia y la República del Perú sobre asistencia judicial en materia penal. Bogotá. República de Colombia. (1998B).
- Ley 76 de 1993, por medio de la cual se adoptan medidas de protección a los colombianos en el exterior a través del Servicio Consular de la República. Bogotá. República de Colombia. (1993B).
- Ley 968 de 2005, por medio de la cual se aprueba el “Estatuto Migratorio Permanente, entre Colombia y Ecuador. Bogotá. República de Colombia. (2005A).
- Ley Orgánica 47/2000, de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social
- Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, de derechos y libertades de los extranjeros en España, vigente hasta el 1 de febrero de 2000
- Mejía, W. (2012). Colombia y las migraciones internacionales. Evolución reciente y panorama actual a partir de las cifras. *Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana-REMHUXX*(39): 185-210.
- Mestres AJ, López G, Judit C, Castelló V. (2018) The deadly effects of losing health insurance.
- Muñoz, S. (1975) La sanidad pública en España: evolución histórica y situación actual, Ministerio de Política Territorial y Administración Pública.
- Organización Internacional para las Migraciones –OIM–. (2010, 3 de agosto). Informe del Relator Especial sobre los Derechos Humanos de los Migrantes, Sr. Jorge Bustamante, Doc. A/65/222. Ginebra: OIM.
- Organización Internacional para las Migraciones –OIM–. (2015). Informe sobre las Migraciones en el Mundo. Los migrantes y las ciudades: Nuevas colaboraciones para gestionar la movilidad. Ginebra: OIM, p.28.
- Pinto, L. Baracaldo, P. Aliaga, F. (2019). La integración de los venezolanos en Colombia en los ámbitos de la salud y la educación. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*

Presidencia de la República de Colombia. (2002). Plan Nacional de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario. punto 7, p. 311. Tomado de: <http://www.dnp.gov.co/PND/PlanesdeDesarrolloanteriores>.

Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE-A-2012-5403

Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud Resolución 1220 de 2016. (agosto 12). Diario Oficial No. 49.963 de 12 de agosto de 2016.

Resolución derogada por el artículo 71 de la Resolución 3167 de 2019. Por la cual se establecen los Permisos de Ingreso y Permanencia, Permisos Temporales de Permanencia, y se reglamenta el Tránsito Fronterizo en el territorio nacional.

Resolución 1272 de 2017. Por el cual se implementa el Permiso Especial de Permanencia (PEP) creado mediante Resolución 5797 del 25 de julio de 2017 del Ministerio de Relaciones Exteriores, y se establece el procedimiento para su expedición a los nacionales venezolanos

Rey del Castillo J. (2012) El Sistema Nacional de Salud español : génesis histórica y evolución. Escuela Nacional de Sanidad. pp, 1–41.

Rodriguez, M. (2004) Cinco años después de Tampere. II Seminario Inmigración y Europa. CIDOB. pp, 45-50.

Sallent, P. Lara, E. Bonilla, J. Ramos, V. (2010). El proceso inmigratorio en España y su incidencia en las estructuras demográficas actuales. Espacio y Tiempo Rev Ciencias Humanas. 2010; pp. 24:9–35. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3224808.pdf>

Sistema Nacional de Migraciones. SNM, (2011), Art 3, Num, 1.

Solanes, A (2010). Un balance tras 25 años de leyes de extranjería en España: 1985-2010. IUDH. Universitat de València. pp. 77-101.

Somarriba, N. Pena, B. (2009) La medición de la calidad de vida en Europa, el papel de la información subjetiva. Estudios de Economía Aplicada vol. 27-2 2009. pp.373-396

TFUE, 2012, Octubre 26. Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea

Varona, G. (1993). La inmigración irregular: derechos y deberes humanos, Colección de derechos humanos Francisco de Vitoria. Guipúzcoa: Ed. Ararteko. Vol.28 No.1 (enero-marzo, 2019). pp, 119-223.

Yo si Sanidad. 2014. Barreras de acceso de las personas migrantes. Disponible en:

<https://yosisanidaduniversal.net/media/pages/materiales/informes/3042604298-1576313745/dossieraniversariordl.pdf>