REN

Reporte Epidemiológico Nacional

Volumen 2 Número 1 enero - abril de 2020

La migración y la salud materno-perinatal en Colombia, 2017 – 2018

Nathaly Rozo-Gutiérrez[1], Greace Avila-Mellizo[1], Diana Alexa Forero-Motta[1], María Eugenia Pinilla-Saraza[1] 1. Instituto Nacional de Salud

Citación sugerida: Rozo-Gutiérrez N, Avila-Mellizo G, Forero-Motta DA, Pinilla-Saraza ME. La migración y la salud materno-perinatal en Colombia, 2017 – 2018. REN [Internet]. 2020 abr.; 2(1): 26 - 44. DOI: **https://doi.org/10.33610/01229907.2020v2n1a3**

Resumen

Introducción: la migración en algunos casos es el resultado de las desigualdades que se viven al interior de un país. Se ha considerado como un fenómeno que impacta el desarrollo económico, social y cultural de un país. Uno de los desafíos más relevantes del proceso migratorio es la cobertura y acceso universal en salud, que depende de la legalización del estado migratorio en el país receptor. Lo anterior, es de alta preocupación para los países debido a que la morbilidad materna y las complicaciones en la salud sexual y reproductiva son frecuentes en la población migrante, con mayor impacto en la incidencia de bajo peso al nacer y partos prematuros, así como también en los indicadores de mortalidad materna, neonatal e infantil.

Objetivo: describir la tendencia de la migración y la salud materno-perinatal en Colombia entre el 2017 y el 2018.

Materiales y métodos: investigación cuantitativa, descriptiva retrospectiva. La fuente de información es secundaria, por medio de la notificación individual semanal de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de los eventos relacionados con la salud materno-perinatal: morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía. Para el análisis de la información se establecen frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis de la tendencia se utilizó Joinpoint versión 4.7, las diferencias significativas se establecieron con valor $p<0,05$, para un nivel de significancia del 95 %.

Resultados: la tendencia de la tasa de migración neta tiene un comportamiento hacia el incremento; los eventos relacionados con la morbimortalidad materna, perinatal y neonatal tardía mostraron un aumento para la población migrante.

Conclusiones: los hallazgos identificados hacen necesario que los países desarrollen estrategias para fortalecer la prestación de los servicios de salud y las políticas sociales dirigidas a la reducción de las condiciones de vulnerabilidad de dicha población y la intervención de los determinantes sociales de la salud para mitigar los resultados negativos en salud.

Palabras clave (DeCS): mortalidad materna, mortalidad perinatal, mortalidad neonatal, vigilancia en salud pública, migración.

Correspondencia a: Nathaly Rozo Gutiérrez, *Instituto Nacional de Salud; nrozo@ins.gov.co*

Migration and maternal-perinatal health in Colombia, 2017 – 2018

Nathaly Rozo-Gutiérrez[1], Greace Avila-Mellizo[1], Diana Alexa Forero-Motta[1], María Eugenia Pinilla-Saraza[1]
1. Instituto Nacional de Salud

Suggested citation: Rozo-Gutiérrez N, Avila-Mellizo G, Forero-Motta DA, Pinilla-Saraza ME. La migración y la salud materno-perinatal en Colombia, 2017 – 2018. REN [Internet]. 2020 abr.; 2(1): 26 - 44. DOI: https://doi.org/10.33610/01229907.2020v2n1a3

Abstract

Introduction: migration in some cases is the result of the inequalities experienced within a country. It has been considered as a phenomenon that impacts the economic, social and cultural development of a country. One of the most relevant challenges of the migration process is universal health coverage and access, which depends on the legalization of the migratory status in the receiving country. This is of great concern to countries because maternal morbidity and sexual and reproductive health complications are frequent in the migrant population, with a greater impact on the incidence of low birth weight and premature births, as well as on maternal, neonatal and infant mortality indicators.

Objective: to describe the trend of migration and maternal-perinatal health in Colombia between 2017 and 2018.

Materials and methods: quantitative, retrospective descriptive research. The source of information is secondary, through the weekly individual notification of cases to the Public Health Surveillance System (Sivigila) of events related to maternal-perinatal health: extreme maternal morbidity, maternal mortality and late perinatal and neonatal mortality. For the analysis of the information, absolute and relative frequencies were established. Joinpoint version 4.7 was used for trend analysis; significant differences were established with $p<0.05$, for a significance level of 95 %.

Results: the trend of the net migration rate has characteristics towards the increase; events related to maternal, perinatal and late neonatal morbimortality showed an increase for the migrant population.

Conclusions: the findings identified make it necessary for countries to develop strategies to strengthen the provision of health services and social policies aimed at reducing the conditions of vulnerability of this population and the intervention of the social determinants of health to mitigate negative health outcomes.

Key words (DeCS): maternal mortality, perinatal mortality, neonatal mortality, public health surveillance, migration.

Correspondence to: Nathaly Rozo Gutiérrez, *Instituto Nacional de Salud; nrozo@ins.gov.co*

Introducción

La migración es considerada un fenómeno de la globalización (1). Se describe que puede estar influenciada por factores económicos, políticos, sociales, educativos y religiosos; puede darse de forma voluntaria o por coerción (2). Se estima que hay cerca de 1 000 millones de migrantes en el mundo. En la región de las Américas el número de migrantes transfronterizos aumentó entre el 2000 y el 2015 en un 36 % (3).

Los países receptores han reconocido que la migración contribuye al desarrollo económico y al bienestar social porque mantiene la viabilidad y competitividad de las fuerzas laborales; además de fortalecer la cultura global y enriquecer la diversidad (2). En contraste, otros países han reportado que este fenómeno genera tensiones sociales debido a las diferencias étnicas, culturales, raciales, religiosas y lingüísticas, las cuales eran previamente dominantes, únicas y particulares en los países receptores (4). Por otro lado, la migración puede causar aumento del desempleo, caída de salarios, aumento de epidemias y enfermedades, eventos de violencia y delincuencia.

De esta forma, la migración en algunos casos es el resultado de las desigualdades que se viven al interior de un país, por ejemplo: la falta de empleo, salarios precarios, baja calidad de vida (5, 6). Por ende, las condiciones de vida de la población migrante que llega a un país receptor son relevantes para la afectación o no de los determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta que el entorno socioeconómico y emocional aumenta la vulnerabilidad, en especial para las gestantes, niños y adultos mayores (7).

Para Colombia, según información de Migración Colombia, al 30 de septiembre de 2018, se contaban alrededor de 1 032 016 ciudadanos venezolanos regulares e irregulares que tenían intenciones de permanecer en el territorio nacional (8). Lo anterior plantea una situación que se ha incrementado en varios países de América Latina, relacionada con la recepción de migrantes indocumentados, que triplica los desafíos de los países con mayores efectos negativos y limitaciones, especialmente para el diseño y sostenibilidad de las políticas estatales en torno a la garantía de la cobertura y acceso universal en salud (9). Lo que explica que las necesidades de salud de los migrantes no se atienden de manera sistemática, en especial lo relacionado con la cobertura y acceso a los servicios de salud entre los países receptores (10).

De igual forma, la literatura reporta que la población migrante indocumentada enfrenta mayores problemas de acceso a los servicios de salud, especialmente en lo que respecta a calidad y oportunidad; mayor exposición a inadecuadas condiciones de vida y de trabajo. Sin embargo, los países reportan la dificultad para evidenciar la diferencia de la carga de la salud enfermedad entre los migrantes legales y los indocumentados, porque no se cuenta con sistemas de información diseñados para identificar personas indocumentadas o con dificultades en el proceso de legalización del estado migratorio (7).

Es importante tener en cuenta que la relación entre la migración y los resultados negativos en salud dependen

de la causa migratoria, la situación de vulnerabilidad del migrante, la etnicidad, el género y el país de origen como receptor. Se ha identificado que los principales factores de riesgo a los que se exponen los migrantes son: abusos o eventos de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, infecciones de transmisión sexual, infección por VIH/sida, tuberculosis y hepatitis; dichos riesgos aumentan con el acceso limitado o nulo a los servicios de salud y la carencia de políticas de protección social dentro de los países receptores (10).

China, por ejemplo, reporta un enlentecimiento de la reducción de muerte materna de 1990 a 2012 en áreas urbanas debido a mujeres migrantes que allí residen. En un estudio realizado entre el 2000 y el 2009 se observó que del 100 % de muertes maternas, el 79 % correspondía a mujeres migrantes, siendo considerado en China uno de los principales problemas de salud materna que enfrenta la población migrante. Las mujeres que murieron tenían una educación más pobre, mayor paridad, más probabilidades de ser solteras o divorciadas y la mayoría manifestó que su embarazo no había sido planeado (de acuerdo con las normas de planificación familiar de China). Todas estas asociaciones fueron estadísticamente significativas (p <0,001) (11).

Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de describir la tendencia de la migración y la salud materno-perinatal en Colombia entre el 2017 y el 2018, como un insumo de la vigilancia en salud pública que oriente la continuidad de las acciones intersectoriales desarrolladas para el fortalecimiento de la accesibilidad a los servicios de salud y políticas de protección social para reducción de las condiciones de vulnerabilidad.

Materiales y métodos

Investigación cuantitativa, descriptiva retrospectiva. Se utilizaron varias fuentes de información; la primera se obtiene a través de la notificación individual de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de los eventos relacionados con la salud materno-perinatal: morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía entre el 2017 y el 2018. La segunda fuente de información fue el registro de nacimientos en DANE entre el 2017 y el 2018. La tercera fuente de información fueron los datos publicados por Migración Colombia de migrantes venezolanos en Colombia.

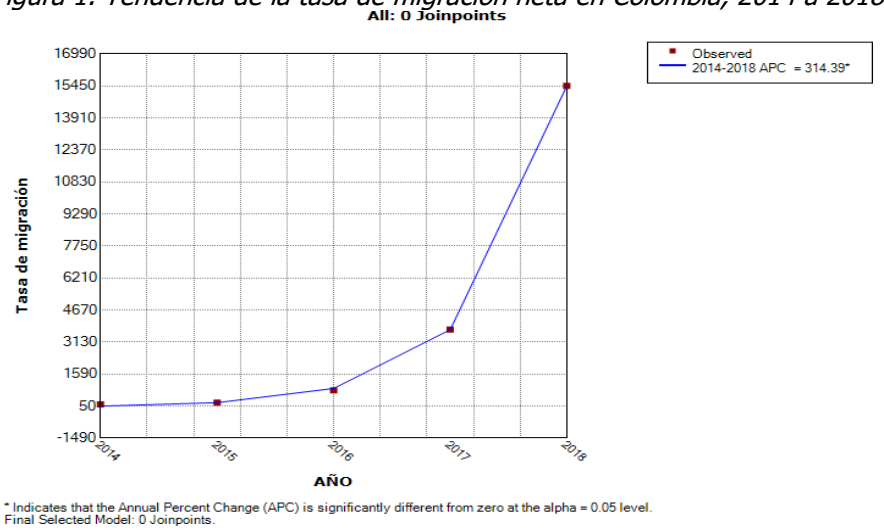
Para el análisis de la información se establecieron frecuencias absolutas y relativas, cálculos de oportunidad relativa (OR) e intervalos de confianza. Para el análisis de la tendencia se utilizó Joinpoint versión 4.7, teniendo en cuenta que las diferencias estadísticas se establecieron con valor p<0,05, para un nivel de significancia del 95 %.

Consideraciones éticas: de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, por ser retrospectivo basado en la revisión de bases de datos corresponde a un estudio sin riesgo. Se respetó la confidencialidad de los datos individuales y la transparencia en la información. No se realizó ninguna modificación intencionada de las variables.

Resultados

La tendencia de la tasa de migración neta en Colombia entre el 2014 y el 2018 presentó un comportamiento estadístico hacia el incremento (p<0,05) (Figura 1).

Figura 1. Tendencia de la tasa de migración neta en Colombia, 2014 a 2018



Fuente: Migración Colombia. Todo lo que quiere saber sobre la migración venezolana y no se lo han contado.

Vigilancia de la morbilidad materna extrema en población migrante venezolana: Para el 2017 se observó una razón de morbilidad materna extrema de 35,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos para población colombiana, mientras que para migrantes venezolanas la razón fue de 30,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos. En el 2018 la razón de morbilidad materna extrema fue de 34,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos para población de migrantes venezolanas. Al realizar la comparación de la razón de morbilidad materna extrema para esta población del 2017 con respecto al 2018, se observó un incremento del 14,5 % (Tabla 1).

Tabla 1. Comportamiento de la morbilidad materna extrema, Colombia, 2017 y 2018

Morbilidad materna extrema	2017				2018			
	N° casos	%	Razón	* OR (IC 95 %)	N° casos	%	Razón	* OR (IC 95 %)
Población migrante	33	0,1	30,4	0,0 (0,00-0,00)	120	0,5	34,8	0,0 (0,00-0,00)
Población Colombiana	23112	99,7	35,2		22915	99,4	35,9	

Según características sociales y demográficas se observó que para el 2017, las razones más altas se concentraron en las mujeres de 15 a 34 años para población colombiana y para migrantes venezolanas. Para el 2018 las razones más altas se concentraron en las mujeres de 15 a 24 años para población colombiana y para migrantes

venezolanas. Al realizar la comparación de la razón de morbilidad materna extrema para población migrante venezolana del 2017 con respecto al 2018, se observó un incremento del 51,3 % para las mujeres entre los 15 y los 19 años (Tabla 2).

Tabla 2. Comportamiento de la morbilidad materna extrema según grupos de edad, Colombia, 2017 y 2018

Morbilidad materna extrema	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón
10 a 14 años	0	0,0	0,0	247	1,1	0,4	0	0,0	0,0	244	1,1	0,4
15 a 19 años	5	15,2	4,6	4097	17,7	6,2	24	20,0	7,0	3796	16,5	6,0
20 a 24 años	12	36,4	11,0	5668	24,5	8,6	45	37,5	13,1	5611	24,3	8,8
25 a 29 años	9	27,3	8,3	5067	21,9	7,7	14	11,7	4,1	5148	22,3	8,1
30 a 34 años	6	18,2	5,5	4172	18,0	6,4	14	11,7	4,1	4239	18,4	6,6
35 a 39 años	0	0,0	0,0	2866	12,4	4,4	17	14,2	4,9	2845	12,3	4,5
40 y más años	1	3,0	0,9	995	4,3	1,5	6	5,0	1,7	1032	4,5	1,6

Según pertenencia étnica se observó que para el 2017, la población indígena migrante reportó una razón de 5,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos, mientras que la población indígena colombiana reporta que la razón es de 1,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos. Para el 2018, el comportamiento es similar; en el grupo de población indígena se estimó una razón de dos casos por cada 1 000 nacidos vivos para población migrante, mientras que la población colombiana reportó 1,3 casos por cada 1 000 nacidos vivos (Tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento de la morbilidad materna extrema según pertenencia étnica, Colombia, 2017 y 2018

Morbilidad materna extrema	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón
Indígena	6	18,2	5,5	749	3,2	1,1	7	5,8	2,0	805	3,5	1,3
ROM (gitano)	0	0,0	0,0	101	0,4	0,2	0	0,0	0,0	79	0,3	0,1
Raizal	0	0,0	0,0	21	0,1	0,0	0	0,0	0,0	19	0,1	0,0
Palenquero	0	0,0	0,0	5	0,0	0,0	0	0,0	0,0	3	0,0	0,0
Afrocolombiano	0	0,0	0,0	733	3,2	1,1	0	0,0	0,0	818	3,5	1,3
Otro grupo poblacional	27	81,8	24,9	21503	92,8	32,7	113	94,2	32,8	21191	91,9	33,2

Con respeto al área de residencia, se observó que la población migrante venezolana reportó una razón más alta para la zona rural con 7,4 casos por cada 1 000 nacidos vivos para el 2017. Al realizar la comparación de la razón de

morbilidad materna extrema según área de residencia para población migrante venezolana del 2017, con respecto al 2018, se registró un incremento del 37,4 % para el área urbana (Tabla 4).

Tabla 4. Comportamiento de la morbilidad materna extrema según área de residencia, Colombia, 2017 y 2018

Morbilidad materna extrema	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón
Urbano	25	75,8	23,0	18488	79,8	28,2	109	90,8	31,6	18252	79,2	28,6
Rural	8	24,2	7,4	4624	20,0	7,0	11	9,2	3,2	4663	20,2	7,3

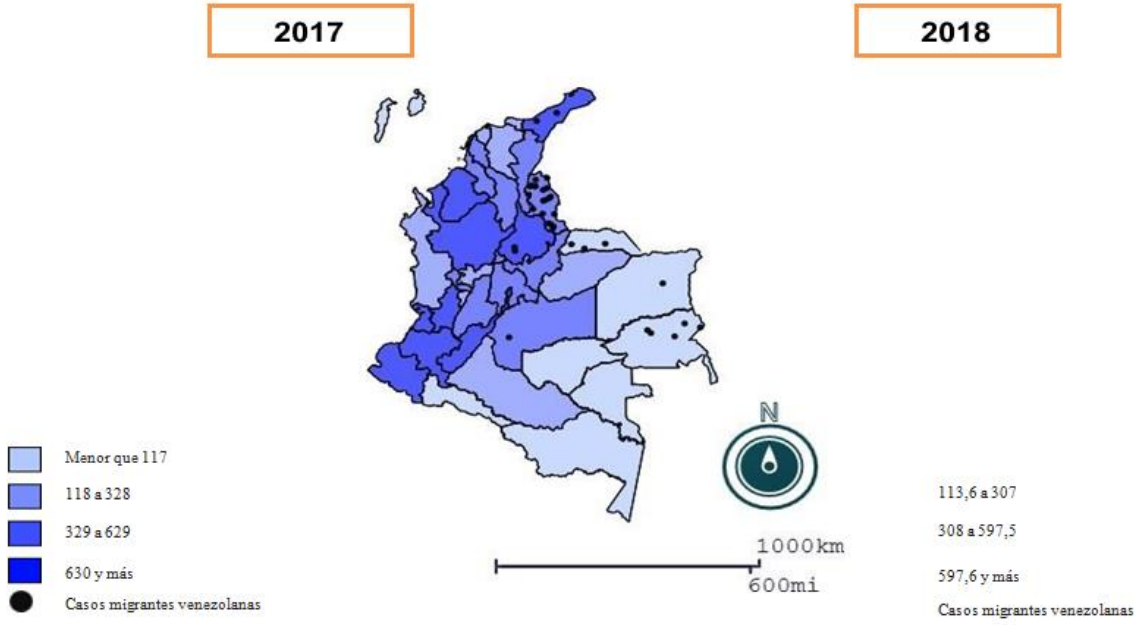
La población migrante venezolana no afiliada al sistema de salud reportó las razones más altas de morbilidad materna extrema. Al realizar la comparación de la razón morbilidad materna ex- trema según afiliación al sistema de salud para población migrante venezolana del 2017 con respecto al 2018, se registró un incremento del 15,2 % para los no afiliados y del 12,6 % para el régimen subsidiado (Tabla 5).

Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de la morbilidad materna extrema en población migrante venezolana por entidad territorial de residencia; se observó un incremento en el 2018 para Arauca, La Guajira, Meta y Norte de Santander, con respecto a lo notificado para el 2017 (Figura 1).

Tabla 5. Comportamiento de la morbilidad materna extrema según área de residencia, Colombia, 2017 y 2018

Morbilidad materna extrema	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón
Contributivo	0	0,0	0,0	10312	44,5	15,7	0	0,0	0,0	9787	42,4	15,3
Subsidiado	7	21,2	6,4	11383	49,1	17,3	25	20,8	7,3	12081	52,4	18,9
Excepción	0	0,0	0,0	434	1,9	0,7	0	0,0	0,0	77	0,3	0,1
Especial	0	0,0	0,0	221	1,0	0,3	0	0,0	0,0	49	0,2	0,1
No asegurado	26	78,8	23,9	762	3,3	1,2	95	79,2	27,6	921	4,0	1,4

Figura 1. Comportamiento de la notificación de morbilidad materna extrema de población colombiana y migrante venezolana según entidad territorial de residencia, Colombia, 2017 y 2018.



Vigilancia de la mortalidad materna en población migrante venezolana: para el 2017 se observó una razón de mortalidad materna de 49,9 casos por cada 100 000 nacidos vivos para población colombiana, mientras que para migrantes venezolanas la razón fue de 368,3 casos por cada 100 000 nacidos vivos. En el 2018 la razón de mortalidad materna fue de 406,3 casos por cada 100 000 nacidos vivos para población migrante venezolana. Al realizar la comparación de la razón de mortalidad materna para población migrante venezolana del 2017 con respecto al 2018, se observó un incremento del 124,8 % (Tabla 6).

Tabla 6. Comportamiento de la mortalidad materna, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad materna	2017				2018			
	N° casos	%	Razón	* OR (IC95%)	N° casos	%	Razón	* OR (IC95%)
Población migrante	4	1,2	368,3	0,0 (0,00-0,00)	14	4,8	406,3	0,0 (0,00-0,00)
Población Colombiana	328	98,8	49,9		279	95,2	43,8	

Según características sociales y demográficas se observó que para el 2017 las razones más altas se concentraron en las mujeres de 20 a 39 años para población colombiana y migrantes venezolanas. Para el 2018 las razones más altas se concentraron en las mujeres de 20 a 29 años para población colombiana y para migrantes venezolanas. Al realizar la comparación de la razón de morbilidad materna extrema para población migrante venezolana del 2017 con respecto al 2018, se observó un incremento del 58 % para las mujeres entre los 35 a 39 años (Tabla 7).

Tabla 7. Comportamiento de la mortalidad materna según grupos de edad, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad materna	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón
10 a 14 años	0	0,0	0,0	2	0,6	0,3	0	0,0	0,0	1	0,3	0,2
15 a 19 años	1	25,0	92,1	49	14,8	7,5	3	21,4	87,1	41	14,0	6,4
20 a 24 años	1	25,0	92,1	73	22,0	11,1	4	28,6	116,1	65	22,2	10,2
25 a 29 años	1	25,0	92,1	63	19,0	9,6	3	21,4	87,1	53	18,1	8,3
30 a 34 años	1	25,0	92,1	63	19,0	9,6	2	14,3	58,0	57	19,5	8,9
35 a 39 años	0	0,0	0,0	54	16,3	8,2	2	14,3	58,0	40	13,7	6,3
40 y más años	0	0,0	0,0	24	7,2	3,7	0	0,0	0,0	22	7,5	3,5

Según pertenencia étnica, para el 2017, se observó que la población indígena migrante venezolana presentaba una razón de 92,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos, mientras que la población indígena colombiana reportó una razón de 7,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos. Para el 2018, el comportamiento es similar en el grupo indígena con una razón de 116,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos para población migrante, mientras que para la población colombiana fue de 7,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos (Tabla 8).

Con respecto al área de residencia, se observó una razón más alta en la población migrante venezolana para la zona urbana con 276,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos para el 2017; para el 2018, las razones más altas se concentraron en la población migrante que residía en el área rural y urbana. Sin embargo, al realizar la comparación de la razón de mortalidad materna para la población migrante venezolana, según área de residencia del 2017 con respecto al 2018, se observó un incremento del 26,1 % para el área rural (Tabla 9).

Tabla 8. Comportamiento de la mortalidad materna según pertenencia étnica, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad materna	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón
Indígena	1	25	92,1	47	14,2	7,2	4	28,6	116,1	46	15,7	7,2
ROM (gitano)	0	0	0,0	1	0,3	0,2	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Raizal	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Palenquero	0	0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
Afrocolombiano	0	0	0,0	36	10,8	5,5	1	7,1	29,0	16	5,5	2,5
Otro grupo poblacional	3	75	276,2	244	73,5	37,2	9	64,3	261,2	217	74,1	34,0

Tabla 9. Comportamiento de la mortalidad materna según área de residencia, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad materna	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón
Urbano	3	75	276,2	232	69,9	35,3	10	71,4	290,2	182	62,1	28,5
Rural	1	25	92,1	96	28,9	14,6	4	28,6	116,1	97	33,1	15,2

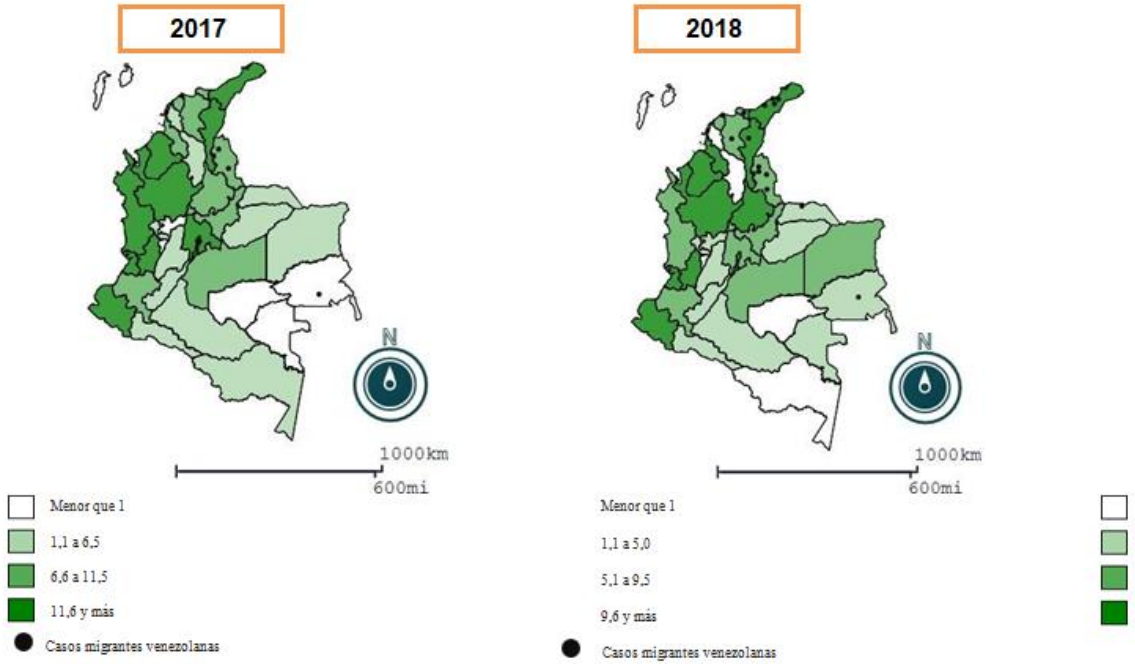
La población migrante venezolana del régimen subsidiado reportó las razones más altas de morbilidad materna extrema para el 2017, mientras que para el 2018, la razón de mortalidad materna más alta en población migrante estuvo en los no afiliados (Tabla 10).

Tabla 10. Comportamiento de la mortalidad materna según afiliación al sistema, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad materna	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón	Nº casos	%	Razón
Contributivo	0	0,0	0,0	97	29,2	14,8	0	0,0	0,0	76	25,9	11,9
Subsidiado	2	50,0	184,2	212	63,9	32,3	2	14,3	0,6	176	60,1	27,6
Excepción	0	0,0	0,0	4	1,2	0,6	0	0,0	0,0	4	1,4	0,6
Especial	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	3	1,0	0,5
No asegurado	2	50,0	184,2	15	4,5	2,3	12	85,7	3,5	20	6,8	3,1

Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de la mortalidad materna en población migrante venezolana por entidad territorial de residencia se observó un incremento para Norte de Santander en el 2018, con respecto a lo notificado en el 2017 (Figura 2).

Figura 2. Comportamiento de la notificación de mortalidad materna de población colombiana y migrante venezolana según entidad territorial de residencia, Colombia, 2017 y 2018



Vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en población migrante venezolana: para el 2017 se observó una razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía de 16,0 casos por cada 1 000 nacidos vivos para población colombiana, mientras que para migrantes venezolanos la razón fue de 21,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos.

En el 2018 la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía fue de 39,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos para población migrante venezolana. Al realizar la comparación de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía para población migrante venezolana del 2017 con respecto al 2018, se observó un incremento del 61,1 % (Tabla 11).

Tabla 11. Comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad perinatal y neonatal tardía	2017				2018			
	N° casos	%	Razón	* OR (IC 95 %)	N° casos	%	Razón	* OR (IC 95 %)
Población migrante	23	0,2	21,2	0,0 (0,00-0,00)	137	1,4	39,8	0,0 (0,00-0,00)
Población Colombiana	10517	99,7	16,0		9858	98,6	15,5	

Según características sociales y demográficas, se observó que para el 2017 y 2018 las razones más altas se concentraron en las mujeres de 15 a 24 años para población colombiana y migrantes venezolanas. Al realizar la comparación de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía para población migrante venezolana del 2017 con respecto al 2018, se observó un incremento del 309,7 % para las mujeres entre los 25 a 29 años (Tabla 12).

Tabla 12. Comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal tardía según grupos de edad, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón
10 a 14 años	0	0,0	0,0	324	3,1	0,5	0	0,0	0,0	140	1,4	0,2
15 a 19 años	7	30,4	6,4	2165	20,5	3,3	38	27,7	11,0	2018	20,2	3,2
20 a 24 años	9	39,1	8,3	2773	26,3	4,2	54	39,4	15,7	2615	26,1	4,1
25 a 29 años	2	8,7	1,8	2114	20,0	3,2	26	19,0	7,5	2123	21,2	3,3
30 a 34 años	3	13,0	2,8	1563	14,8	2,4	10	7,3	2,9	1453	14,5	2,3
35 a 39 años	2	8,7	1,8	1087	10,3	1,7	8	5,8	2,3	1041	10,4	1,6
40 y más años	0	0,0	0,0	491	4,7	0,7	1	0,7	0,3	468	4,7	0,7

Según pertenencia étnica, para el 2017 se observó en la población indígena migrante una razón de 1,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos, mientras que la población indígena colombiana tuvo una razón de 0,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos. Para el 2018, el comportamiento es similar; el grupo indígena de población migrante tiene una razón de 3,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos, mientras que la población colombiana reportó 0,8 casos por cada 1 000 nacidos vivos. Al realizar la comparación de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía para población migrante venezolana con pertenencia étnica indígena, del 2017 con respecto al 2018, se observó un incremento del 104,8 % (Tabla 13).

Tabla 13. Comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal tardía según pertenencia étnica, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón
Indígena	2	8,7	1,8	495	4,7	0,8	13	9,5	3,8	541	5,4	0,8
ROM (gitano)	0	0,0	0,0	54	0,5	0,1	0	0,0	0,0	41	0,4	0,1
Raizal	0	0,0	0,0	27	0,3	0,0	2	1,5	0,6	22	0,2	0,0
Palenquero	0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0	0,0	0,0	4	0,0	0,0
Afrocolombiano	0	0,0	0,0	626	5,9	1,0	0	0,0	0,0	523	5,2	0,8
Otro grupo poblacional	21	91,3	19,3	9314	88,3	14,2	122	89,1	35,4	8727	87,2	13,7

Con respeto al área de residencia, se observó que la población migrante venezolana reportó una razón más alta para la zona urbana con 16,6 casos por cada 1 000 nacidos vivos para el 2017; para el 2018 la razón más alta se encontró en la población migrante que residía en área urbana. Al realizar la comparación de la razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía según área de residencia para población migrante venezolana del 2017 con respecto al 2018, se reportó un incremento del 115,4 % para el área urbana (Tabla 14).

Tabla 14. Comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal tardía según área de residencia, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón
Urbano	18	78,3	16,6	7818	74,1	11,9	123	89,8	35,7	7542	75,4	11,8
Rural	5	21,7	4,6	2561	24,3	3,9	14	10,2	4,1	2316	23,2	3,6

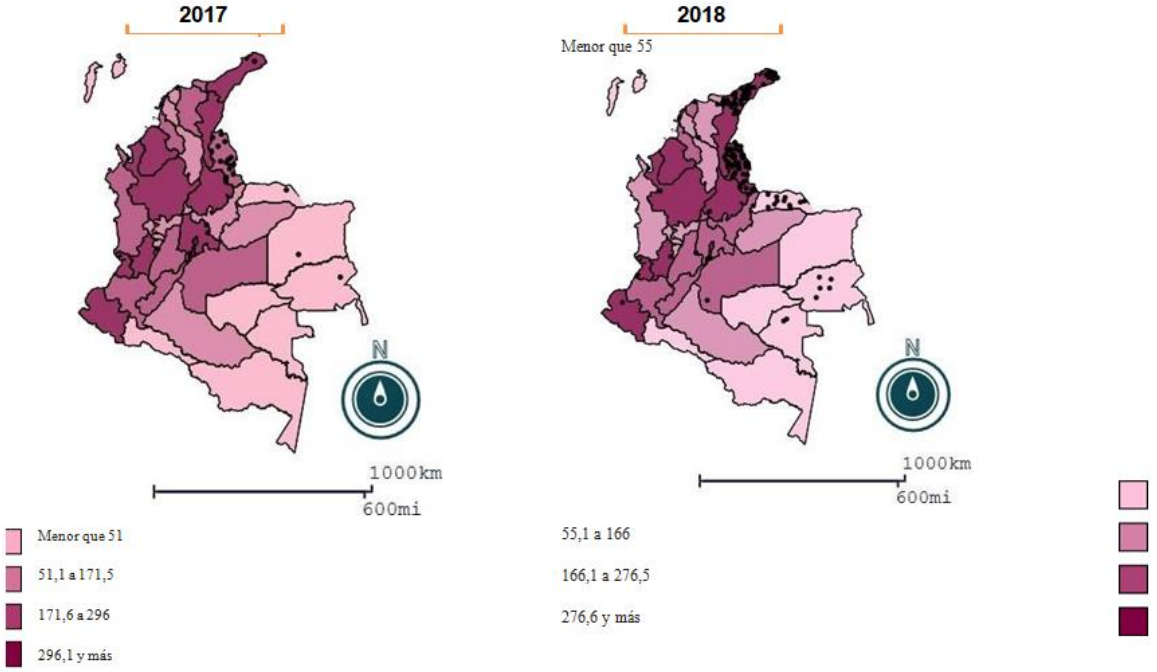
La población migrante venezolana no afiliada al sistema de salud reportó las razones más altas de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Al realizar la comparación de la razón morbilidad materna extrema según afiliación al sistema de salud para población migrante venezolana, del 2017 con respecto al 2018, se registró un incremento del 108 % para los del régimen subsidiado y del 80,2 % para los no afiliados (Tabla 15).

Tabla 15. Comportamiento de la morbilidad materna extrema según afiliación al sistema de salud, Colombia, 2017 y 2018

Mortalidad perinatal y neonatal tardía	Población migrante			Población Colombiana			Población migrante			Población Colombiana		
	2017			2017			2018			2018		
	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón	N° casos	%	Razón
Contributivo	0	0,0	0,0	3403	32,2	5,2	0	0,0	0,0	3160	31,6	5,0
Subsidiado	5	21,7	4,6	6186	58,6	9,4	33	24,1	9,6	5963	59,6	9,4
Excepción	0	0,0	0,0	143	1,4	0,2	1	0,7	0,3	44	0,4	0,1
Especial	0	0,0	0,0	66	0,6	0,1	0	0,0	0,0	29	0,3	0,0
No asegurado	18	78,3	16,6	719	6,8	1,1	103	75,2	29,9	662	6,6	1,0

Al realizar el análisis del comportamiento de la notificación de la mortalidad perinatal y neonatal tardía en población migrante venezolana por entidad territorial de residencia se observó un incremento en el 2018 para Arauca, Guainía, La Guajira y Norte de Santander, con respecto a lo notificado para el 2017 (Figura 3).

Figura 3. Comportamiento de la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía de población colombiana y migrante venezolana según entidad territorial de residencia, Colombia, 2017 y 2018



Discusión

El incremento de la tasa migratoria de la población venezolana para el periodo estudiado refleja un panorama atípico para el país, considerado por muchos años como el país de la región con las tasas más altas de migración interna y ex terna (3). Según cifras del Ministerio de Salud, en el 2018 Colombia fue el país con más población venezolana en su territorio (3). De esta forma, en los últimos años el país se transformó en un territorio de origen, tránsito y destino del fenómeno migratorio (12), lo que postula el desafío para fortalecer e institucionalizar la respuesta al flujo migratorio (13), junto con el desarrollo de políticas inclusivas y de protección social sostenibles que faciliten legalizar el estado migratorio y la unión familiar (7).

El anterior panorama se podría relacionar con el aumento de la tasa de desempleo para Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cúcuta, que corresponden a las ciudades principales con el mayor tránsito y destino de la población migrante venezolana (14). Se estima que cerca de la mitad de la población migrante vive en condiciones de pobreza (13) e ingresa a Colombia con escasez de alimentos, medicinas, vacunación y provisión de servicios de salud. Dichos factores incrementan las condiciones de vulnerabilidad para la población indígena, niños, mujeres; así como también implica mayor exposición diversos riesgos en salud, tales como explotación sexual, separación, desprotección de niños y violencia intrafamiliar (7).

Moreira reportó que los riesgos en salud a los que está expuesta la población migrante son: 1) las enfermedades mentales como la depresión, esquizofrenia y estrés postraumático; 2) enfermedades infecciosas: tuberculosis, VIH/ sida y la hepatitis; 3) enfermedades no transmisibles de tipo crónico como las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias, 4) relacionados con el embarazo, algunos descritos son: complicaciones psicopatológicas después del parto: psicosis puerperal, depresión, entre otros (7).

Teniendo en cuenta lo anterior, el sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) de Colombia mostró en población migrante que la morbilidad materna extrema tuvo un incremento del 14,5 %, la mortalidad perinatal y neonatal tardía reportó un incremento del 61,1 % y la mortalidad mater na presentó un incremento del 124,8 %. Estos hallazgos coinciden con la literatura que muestra la posible relación entre el fenómeno migratorio, las brechas en los determinantes sociales de salud y el impacto en los indicadores de morbimortalidad materna, neonatal e infantil (7).

Gloria-Sheila (6) también identificó que las mujeres migrantes reportan las tasas más altas de complicaciones durante el embarazo y el postparto; menos atención prenatal y baja calidad, más abortos involuntarios y desenlaces fatales. Las

barreras descritas para el acceso a los servicios de salud son: financieras, idioma, ausencia de confianza, brechas en la alfabetización en salud, exclusión social, discriminación y diferencias étnicas.

El incremento de los eventos mencionados anteriormente reportó mayor riesgo para las mujeres entre los 15 y los 39 años, indígenas, residentes en el área urbana y no afiliadas. Está ultima característica coincide con la situación de la migración irregular, donde es casi nulo contar con la posibilidad de afiliación al sistema de salud en Colombia, que limita el acceso a los programas prenatales como estrategia para la gestión del riesgo materno perinatal (7, 13). Se estima que en Colombia a julio de 2018 se reportaban un total de 870 093 nacionales venezolanos, de los cuales, 381 735 (43,9 %) tenían condición de regulares, 442 462 (50,9 %) se consideraban en proceso de regularización y 45 896 (5,3 %) se encontraban en condición irregular (15).

Raimondi (15) reportó mayor prevalencia de nacimientos en madres adolescentes migrantes, 43 % más riesgo de bajo peso al nacer, 24 % de parto prematuro, 50 % de mortalidad perinatal y 61 % de malformaciones congénitas (15, 16). Lo anterior, podría estar relacionado con determinantes como la edad, estado nutricional, historia reproductiva, presencia de infecciones, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaquismo.

"La afectación emocional de las mujeres puede estar influenciada por las situaciones de desigualdad que generan estrés psicosocial, desigualdad económica, de género y en sociedades multiétnicas, así como también desigualdades por origen" (15).

Se ha reportado que las mujeres migrantes tienen sentimientos de miedo, desconfianza y soledad, lo que pueden relacionarse con la dificultad que presentan para acceder y utilizar los servicios de salud (16). Las gestantes migrantes en un 16,6 % consideraba que estar embarazada era un problema para su situación actual (17).

De igual forma, se evidencia en otro estudio que la población migrante tiene mayor frecuencia de multiparidad, periodos intergenésicos cortos, embarazos en edades extremas, embarazos no planeados y no deseados, dificultad para acceder a métodos de planificación familiar y presencia de conductas de riesgo que favorecen las infecciones de transmisión sexual (16, 18).

Es importante desarrollar estudios que amplíen los procesos de salud y enfermedad de las familias migrantes, relacionados con los aspectos socioculturales de cada población, que hace parte del capital social que influye en la experiencia personal y la historia familiar en cuanto a la resolución de los problemas y afrontamiento de los problemas de salud materna, perinatales y neonatales (15).

Las entidades territoriales con el mayor incremento de complicaciones obstétricas severas y desenlaces fatales materno-perinatales fueron Arauca, Guainía, La Guajira, Meta y Norte de Santander. Según el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos en Colombia; Arauca, La Guajira y Norte de Santander son los departamentos fronterizos que han recibido cerca de 100 000 familias migrantes irregulares, siendo Arauca el más afectado por este tipo de migración (13). De igual forma es importante mencionar que los departamentos fronterizos alcanzan valores superiores al 80 % de necesidades básicas insatisfechas, lo que aumenta con el fenómeno migratorio (7, 15). Estas características profundizan la situación socioeconómica desfavorable de dichos territorios, y podría dar la posibilidad de originar un ambiente potencialmente discriminatorio y hostil (15).

De esta forma, las entidades territoriales receptoras de la población migrante presentan brechas en el desarrollo económico, acceso a servicios y satisfacción de necesidades básicas (13). Lo anterior hace necesario que el país fortalezca las políticas de atención integral a la población migrante para la garantía de la atención primaria en salud en términos de acceso, oportunidad, continuidad e integridad, que incluya consulta preconcepcional, controles prenatales, entrega de complementos nutricionales y protección social necesaria para disminuir el riesgo materno y perinatal (17). En conjunto con la definición de estrategias integrales para reducir las desigualdades económicas, eliminar la estigmatización, la discriminación y facilitar la accesibilidad financiera (19).

Conclusiones

El incremento de la morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía en población migrante corrobora la hipótesis de una posible relación del fenómeno migratorio respecto a las problemáticas de salud identificadas, ya que dicho fenómeno implica mayor riesgo en cuanto a variables biológicas, sociales, económicas y culturales (16).

El mayor riesgo para las mujeres entre los 15 a los 39 años, indígenas, residentes en el área urbana y no afiliadas evidencio la dificultad que existe para acceder a los servicios de salud que posibilite la detección temprana de riesgos y de complicaciones obstétricas severas que podrían incidir en la ocurrencia de los desenlaces fatales maternoperinatales y neonatales (16).

La población materno-perinatal y neonatal debe ser priorizada por sus condiciones de vulnerabilidad, sumado a que se desconocen las condiciones de salud de las mujeres migrantes que llegan al país, y cargan con las exposiciones de su lugar de origen, con nuevos desafíos y riesgos para su salud en el lugar de destino (17).

Limitaciones

Para este análisis se consideró la definición DANE de tiempo de residencia

habitual igual o mayor a seis meses. Por lo tanto, el análisis de la información se realizó basado en la residencia registrada por las instituciones de salud notificadoras, lo que puede estar sujeto a errores de asignación de residencia o subregistro de la población migrante.

Imposibilidad de la generalización de los hallazgos a todas las mujeres migrantes gestantes procedentes de Venezuela.

Conflictos de interés

Las autoras declaran que no presen tan conflicto de intereses.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Migración internacional, derechos humanos y desarrollo. 2006 [Internet]. Estados Unidos: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2006 [citado 2019 jun. 19]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4206/S2006047.pdf?sequence=1

2. Gómez JA. La migración internacional: teorías y enfoques, una mirada actual. Revista semestre económico. 2010; 13(26): 81-99.

3. Ministerio de Salud. Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; [citado 2019 jun. 19]. Disponible en: https://www.google.com.co/search?source=hp&ei=NiWEXYio-G46x5wK51Y6ACw&q=datos+de+poblaci%C3%B3n+migrante+en+colombia&oq=datos+de+poblaci%C3%B3n+mi- grante+en+colombia&gs_l=psy-ab.3..33i22i29i30.606.7217..7377...0.0..0.261.5514.0j36j2.....0 1..gws-wiz.0j0i-131j0i22i30.apx3CipJrGM&ved=0ahUKEwiIm8iGmt7kAhWO2FkKHbmqA7AQ4dUDCAY&uact=5

4. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH). Migración, derechos humano y gobernanza. 2015 [In- ternet]. Estados Unidos: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH); 2015 [citado 2019 jun. 19]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/MigrationHR_and_Governance_HR_PUB_15_3_SP.pdf

5. Obregón-Velasco N, Rivera-Heredia M. Impacto de la migración del padre en los jóvenes: cuando la migración se convier- te en abandono. Ciencia UAT. 2015; 10(1): 56-67.

6. Gloria-Sheila A, Joseph K, Gerald A. Accessibility and Utilisation of Maternal Health Services by Migrant Female Head Porters in Accra. Int. Migration & Integration. 2015; 16: 929–945

7. Moreira L, Caldas J. Social Determinants of Health in Pregnancy, Postpartum and early Motherhood: the impact of Migra- tion. revista de ciencias sociales. 2014; 2(1): 154-160.

8. Departamento Nacional de Planeación. CONPES 3950 de 2018 [Internet]. Colombia: Departamento Nacional de Pla- neación. CONPES 3950 de 2018; 2018 [citado 2019 jun. 19]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/ Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf

9. FLACSO. Mirando al norte: algunas tendencias de la migración Latinoamericana. 2012 [Internet]. [citado 2019 jun. 19]. Disponible en: https://www.flacso.org/sites/default/files/Documentos/libros/secretaria-general/Migraciones.pdf

10. Organización Mundial de la Salud. CD55/11. 2016 [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016 [citado 2019 jun. 19]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-11-s.pdf

11. Zhang J, Zhang X, Qiu L, Zhang R, Hipgrave D. Maternal deaths among rural–urban migrants in China: a case–control study. BMC Public Health. 2014, 14:512

12. Cancillería, Organización Internacional para las Migraciones. Perfil migratorio de Colombia 2010 [Internet]. Colombia: Cancillería, Organización Internacional para las Migraciones; 2010 [citado 2019 oct. 17]. Disponible en: https://www. cancilleria.gov.co/sites/default/files/planeacion_estrategica/Transparencia/estudio_oim_con_el_apoyo_de_colombia_ nos_une_y_otras_entidades.pdf

13. Banco Mundial. Migración desde Venezuela a Colombia: impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano pla- zo. 2018 [Internet]. Banco Mundial; 2018 [citado 2019 oct. 17]. Disponible en https://r4v.info/es/documents/down- load/66643

14. Fedesarrollo. Migración venezolana a Colombia. 2018 [Internet]. Colombia: Fedesarrollo; 2018 [citado 2019 oct. 17]. Disponible en: https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/iml-octubre_2018-web.pdf

15. Raimondi D, Rey C, Testa MV, Camoia E, Torreguitar A, et. al. Salud perinatal de la población migrante. Rev. bol. ped. 2015; 54(2): 89-94.

16. De la Torre J, Colonia C, Martín J, Padrón E, González N. Control de gestación en inmigrantes. Anales Sis San Navarra. 2006; 29(1): 49-61.

17. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, Flórez-Gar- cía V, Rodríguez DA. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019; 51(3): 208-219. doi: http://dx.doi. org/10.18273/revsal.v51n3-2019004.

18. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud de refugiados y migrantes. 2019 [Internet]. [Ginebra]: Or- ganización Mundial de la Salud; 2019 [citado 2019 oct. 21]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/hand- le/10665/328691/A72_25Rev1-sp.pdf

19. Larenas-Rosa D, Cabieses Valdés B. Salud de migrantes internacionales en situación irregular: una revisión narrativa de ini- ciativas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019; 36(3): 487-96. doi:http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4469