



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License

¿A quiénes se cuenta? Narrativas sobre las métricas en salud de la población migrante venezolana en una zona de frontera en Colombia

María Galvis-Malagón*
Sandra Patricia Martínez-Cabezas**
Natalia Niño Machado***
Catalina González-Uribe****

Colombia ha sido un país receptor de la migración venezolana originada por la situación sociopolítica del país vecino. Una de las necesidades para dar respuesta a esta crisis es la recolección de datos que permitan visibilizar y monitorear las condiciones de salud de esta población. A partir de un estudio cualitativo centrado en entrevistas y observación etnográfica, el artículo se orienta a caracterizar las variadas dinámicas de inclusión y de exclusión que forman parte de la producción de datos en salud de la población migrante en Cúcuta, un territorio de la frontera colombo-venezolana. A partir de las narrativas de diversos actores que, en el territorio, trabajan directamente en la recolección, el análisis y el uso de datos de salud de la población migrante, el artículo problematiza la construcción de la categoría *migrante* dentro de las métricas, develando aquello que se visibiliza y aquello que se ignora en el proceso sociotécnico que está detrás de la construcción de estos datos.

Palabras clave: Migración. Métricas en salud. Cuantificación. Exclusión. Salud. Investigación cualitativa.

* Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia (m.galvism@uniandes.edu.co; <https://orcid.org/0000-0002-9616-4856>).

** Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia (sp.martinez@uniandes.edu.co; <https://orcid.org/0000-0003-0625-3343>).

*** Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia (n.nino58@uniandes.edu.co; <https://orcid.org/0000-0001-7887-9439>).

**** Universidad de Los Andes, Bogotá, Colombia (cgonzalez@uniandes.edu.co; <https://orcid.org/0000-0002-3322-5017>).

Introducción

Durante los últimos diez años, Colombia experimentó un fenómeno que antes no había enfrentado: la llegada de casi dos millones de venezolanos a causa de la situación política y social del país vecino (PALMA, 2015). Desde 2015, el flujo migratorio de venezolanos hacia Colombia aumentó progresivamente, y llegó a registrar 796.234 entradas desde Venezuela en 2017 y 1.359.815 en 2018 (MIGRACIÓN COLOMBIA, 2018). Durante 2020, en medio de la pandemia de COVID-19, se evidenció una disminución en el número de entradas registradas en Colombia, al pasar de 1.095.706 ingresos en 2019, a 189.883 en 2020 (MIGRACIÓN COLOMBIA, 2020). Para agosto de 2021, el número estimado de migrantes venezolanos con vocación de permanencia en Colombia fue de 1.842.390 (DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, 2021).

En contextos como este, la necesidad de tener datos que permitan caracterizar la situación de la población migrante se extiende a varios campos, entre los que se encuentra la salud (LACZKO, 2017), y es así que el Estado ha reconocido la importancia de armonizar y mejorar la información estadística migratoria (DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, 2018). La disponibilidad de datos en salud permite generar perfiles epidemiológicos de la población migrante, detectar necesidades de servicios sanitarios, focalizar acciones en salud pública, etc. En este sentido, en Colombia los datos en salud sobre población migrante provienen principalmente de cuatro fuentes: los registros administrativos derivados de la atención en salud brindada a esta población;¹ los registros del sistema de vigilancia epidemiológica; los registros de la atención brindada por cooperación internacional; y otros sistemas de información demográfica como las estadísticas vitales² (DANE, 2022; SCHENKER; CASTAÑEDA; RODRIGUEZ-LAINZ, 2014).

Para entender cómo se genera cada uno de estos registros, es importante aclarar cuáles son los servicios de salud a los que la población migrante tiene acceso en el territorio colombiano. De acuerdo con lo establecido por la ley, la población migrante que se encuentre en situación regular puede acceder a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud como cualquier ciudadano colombiano que se encuentre afiliado (COLOMBIA, 2019b). En cambio, quienes se encuentran en situación irregular o pendular³ —como ocurre con muchos migrantes que circulan en la frontera colombovenezolana— solo podrán acceder

¹ Estos datos están recopilados y visualizados de manera agregada como fuente informativa para el público general en los tableros del Observatorio Colombiano de Migración desde Venezuela, administrado por el Departamento Nacional de Planeación, y en los tableros del Observatorio Nacional de Migración y Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

² Estas estadísticas han sido recopiladas y visualizadas en el Sistema de Información de Estadísticas de Migración (SIEM), creado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística en mayo de 2022, en días posteriores a nuestro trabajo de campo.

³ Es aquella migración que no representa un cambio de residencia; se trata del tránsito de personas en una zona de frontera entre dos países.

a los servicios de urgencias en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), sin ninguna exigencia ni discriminación (Sentencia T-210/18).⁴

De acuerdo con el plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio, los departamentos (unidades territoriales con autonomía administrativa) deben atender a las poblaciones y a los eventos priorizados con sus recursos o con financiación de cooperación internacional. Las poblaciones priorizadas según el plan son las gestantes, población lactante, niñas y niños y adolescentes, y los eventos priorizados como: los transmisibles, las enfermedades transmitidas por vectores, la violencia y las condiciones crónicas descompensadas en la migración (COLOMBIA, 2017, 2019b). La Circular 025 de 2017 del Ministerio de Salud (MS) (COLOMBIA, 2017) estableció que todas las atenciones en salud realizadas en personas extranjeras, independientemente de que tengan o no documento de identidad, deben quedar plasmadas en los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS). Sin embargo, como lo mostraremos más adelante, las instituciones de cooperación internacional no están obligadas a reportar sus atenciones al Estado colombiano.

Como ya se mencionó, otro grupo de registros que incluyen datos en salud de la población migrante son los que provienen de la vigilancia epidemiológica, que son reportados en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del Instituto Nacional de Salud. Los datos de vigilancia registran solo los eventos de notificación obligatoria en salud pública, incluyendo información de poblaciones especiales como la migrante (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, 2021).

Este artículo nace de una investigación cualitativa que examina cómo ocurre la producción de tres grupos de datos en salud sobre la población migrante venezolana en Colombia; es decir, de los registros administrativos, los datos de vigilancia epidemiológica y los registros de cooperación internacional. Para ello, la investigación se centró en un estudio en Cúcuta, una ciudad fronteriza ubicada en el nororiente de Colombia. El objetivo de este estudio nace a partir de la identificación de brechas en los datos disponibles sobre la situación en salud de este grupo poblacional, algo que ocurre no solo en Colombia (ARIZA ABRIL *et al.*, 2020; INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, 2020; DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, 2018), sino a nivel global (AHMAD-YAR; BIRCAN, 2021).

En la literatura centrada en análisis cualitativos sobre los datos de población migrante se ha reportado que estas personas se encuentran entre los márgenes de visibilización de las métricas (MILAN; TRERÉ; MASIERO, 2021; PELIZZA; MILAN; LAUSBERG, 2021) por distintos motivos que incluyen la falta de acceso a servicios de salud (MILAN; TRERÉ; MASIERO, 2021; HARGREAVES *et al.*, 2021), el desinterés de las personas migrantes, y en particular de quienes se encuentran de manera irregular en el territorio, de ser visibles para el Estado (LOI; VONO DE VILHENA, 2020; AHMAD-YAR; BIRCAN, 2021), la falta de interoperabilidad y las dificultades en la estandarización global entre las bases de datos

⁴ En esta sentencia la Corte Constitucional habla sobre el principio de universalidad del servicio a la salud que hay en Colombia, y reitera que la normativa que regula la prestación de los servicios de salud consagra la *atención inicial de urgencias* obligatoria en cualquier IPS del país, como una garantía fundamental de *todas* las personas.

de migrantes (BARKER, BIJAK; IASIO, 2022; DUKE-WILLIAMS, 2011), así como la falta de voluntad política por registrar datos de esta población (LOI; VONO DE VILHENA, 2020; HELLER; PÉCOUD, 2020). Estos estudios se han concentrado principalmente en el contexto europeo y norteamericano (BURNS *et al.*, 2021; TURIN *et al.*, 2020; LOI; VONO DE VILHENA, 2020; HELLER; PÉCOUD, 2020), pero las investigaciones cualitativas que expliquen cómo ocurren estos procesos de exclusión en Colombia son limitadas.

Más allá de caracterizar cuáles son las brechas en las métricas o qué dicen los datos en salud de migrantes en Colombia (PROFAMILIA; USAID, 2020; RIVILLAS-GARCÍA *et al.*, 2021; ARIZA ABRIL *et al.*, 2020; FERNÁNDEZ-NIÑO *et al.*, 2019; BONILLA-TINOCO *et al.*, 2020) este estudio busca comprender, a partir de una mirada cualitativa, cómo se construyen estos datos. Argumentamos que la representación de la situación en salud de la población migrante venezolana en las métricas está permeada por distintas formas de inclusión y de exclusión que se constituyen a través del proceso mismo de construcción de esos datos y que terminan impactando en las desigualdades en el acceso a la salud (EPSTEIN, 2007; BOWKER; LEIGH STAR, 2020). Al hablar de *inclusión* y de *exclusión* buscamos indagar el contexto sociotécnico que explica por qué hay fenómenos que se hacen visibles y otros que permanecen invisibles en las métricas (ADAMS, 2016), a partir de la perspectiva de las personas que trabajan directamente con la recolección, el análisis y el uso de los datos. Mostraremos en este sentido que la exclusión y la inclusión en las métricas dependen de múltiples factores que van desde la materialidad de los datos hasta la forma en que se prioriza la información para la toma de decisiones.

Esta investigación analiza los datos no como información objetiva o neutral (BOWKER; LEIGH STAR, 2000; ADAMS, 2016), sino atravesada por un contexto sociopolítico que termina visibilizando algunos aspectos de la salud migrante e invisibilizando otros (EPSTEIN, 2007). Así, nuestro estudio se enmarca en las discusiones de las ciencias sociales que se preguntan por la cuantificación como un fenómeno sociocultural, situado históricamente, que incluye la pregunta por la producción de los datos primarios (GITELMAN, 2013; MERRY, 2016). Asimismo, aplicamos el marco analítico del feminismo de los datos (*data feminism* en inglés) que proponen Catherine D'Ignazio y Lauren Klein (2020). De acuerdo con estas autoras, el feminismo de los datos permite reconocer que

[...] antes de que existan los datos, existen personas: personas que ofrecen su experiencia para ser contada y analizada, personas que realizan ese recuento y análisis, personas que visualizan los datos y promueven las conclusiones de cualquier proyecto concreto, y personas que utilizan el producto al final. (D'IGNAZIO; KLEIN, 2020, p. 10)

Es importante aclarar que, cuando hablamos de *métricas*, partimos de la definición de Vincanne Adams (2016), quien las define como las tecnologías de cuantificación que le dan forma al lenguaje de la salud global.

Hoy en día, las métricas se conciben como la forma para ofrecer conversaciones uniformes y estandarizadas sobre la mejor manera de intervenir, la mejor manera de conceptualizar

la salud y la enfermedad, la mejor manera de contar y rendir cuentas, y la mejor manera de pagar por todo ello. (ADAMS, 2016, p. 6)

Aquí usamos el concepto de *métricas* para referirnos a los datos sobre migrantes que, como hemos aclarado, nacen de los registros administrativos, de los datos de vigilancia, y la atención brindada por cooperación, en tanto son registros que, a través de formatos estandarizados, ofrecen una lectura cuantificada sobre la situación en salud de la población migrante.

A través de este artículo planteamos la importancia de incluir métodos cualitativos de tipo etnográfico que cuestionen la producción de datos como un fenómeno de análisis en sí mismo (ADAMS, 2016; GITELMAN, 2013; MERRY, 2016), mostrando las potencialidades de incorporar perspectivas para el análisis poblacional que no se limiten al análisis cuantitativo (RODRÍGUEZ GÓMEZ, 2012) bajo una mirada integradora de la producción de los datos en salud de la población migrante. Asimismo, apostamos al diálogo disciplinario entre la antropología y la demografía para pensar cómo cualquier tipo de métrica, incluso los datos considerados de alta calidad para los análisis demográficos, está permeada por negociaciones, experiencias y relaciones humanas presentes en las prácticas de producción de los datos (BIRUK, 2018).

Métodos

Este estudio es parte de un proyecto de investigación más amplio, orientado a la producción de evidencia sobre COVID-19 y la toma de decisiones de salud en Colombia (GONZÁLEZ-URIBE *et al.*, 2022). Para el desarrollo de esta investigación, se realizó un estudio cualitativo de carácter etnográfico (CRESWELL, 2007) en Cúcuta, una ciudad en el noroccidente de Colombia, en el departamento de Norte de Santander. Es un punto clave de migración entre Colombia y Venezuela, y constituye una de las fronteras más dinámicas de América Latina (MOJICA *et al.*, 2020) y con mayor recepción de población migrante venezolana (UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL MIGRACIÓN COLOMBIA, 2017).

La metodología se dividió en dos fases. Primero, se identificaron las principales fuentes de datos en salud que incluyeran información sobre población migrante en Colombia y que estuvieran disponibles para el público general, con el fin de llevar a cabo un primer reconocimiento de las fuentes que seguiríamos durante nuestro trabajo de campo (Tabla 1).

TABLA 1
Principales registros que recopilan datos de salud de población migrante

Nombre del registro	Tipo de información registrada	Objetivo	Responsable del diligenciamiento
Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud para población migrante (RIPS) Circular 029/2017	Información de las atenciones en salud en población migrante que se prestan en los servicios de salud. Las variables corresponden a las definidas en el sistema de información en salud y adiciona variables específicas para la identificación de población extranjera.	Se define como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control. Provee información que soporte de la venta de servicios. Resolución 3374 de 2000 (COLOMBIA, 2000).	Las instituciones que prestan el servicio de salud (IPS).
Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila)	Incluye la información de la vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud pública. Incluye variables para identificación de nacionalidad y grupo poblacional (migrantes).	Proveer información sistemática y oportuna sobre los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población. Decreto 3518 de 2006 (COLOMBIA, 2006).	Todas las instituciones que identifican eventos de interés en salud pública.
Grupo interagencial sobre flujos migratorios mixtos (GIFMM-R4V)	Incluye información de las atenciones en salud prestadas por los organismos de cooperación internacional. Se encuentra diseñado para población migrante y refugiada venezolana.	Coordinar la respuesta a las necesidades de refugiados y migrantes venezolanos, retornados colombianos y población de acogida, de forma complementaria con el Gobierno.	Instituciones de cooperación internacional que brindan atenciones de salud a la población migrante.
Otros registros implementados en los centros de atención sanitaria (1)	Incluye información de las atenciones en salud prestadas a población migrante por los organismos de cooperación internacional.	Caracterizar la población atendida en los centros de atención sanitaria.	Instituciones de cooperación internacional en coordinación con el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

Fuente: Elaboración propia.

(1) Los centros de atención sanitaria (CAS) fueron implementados para la atención de las personas migrantes en extrema condición de vulnerabilidad.

Luego, una segunda fase que consistió en el trabajo de campo desarrollado en Cúcuta y en su área metropolitana durante cinco días, en marzo de 2022. Durante esta fase se recolectó información etnográfica, para ello nos posicionamos como observadoras participantes (GUBER, 2001), es decir, como observadoras externas que formaron parte de algunas actividades relacionadas con el registro y el uso de los datos en salud de la población migrante. Se visitaron puestos de salud e instituciones rectoras en salud pública donde ocurre el proceso de registro de la atención en salud de migrantes con el objetivo de conocer su infraestructura, su tecnología y las dinámicas sociales por las que atraviesan las métricas. Toda la información etnográfica fue registrada en notas de campo diarias.

Durante esta segunda fase también se desarrollaron entrevistas semiestructuradas (BERNARD, 1988) a catorce personas (n = 14) con el fin de conocer las percepciones de quienes están involucrados en el manejo y el uso de los datos. Las preguntas que guiaron las entrevistas fueron ¿Cómo ocurre el proceso de registro, flujo y uso de los datos en salud de la población migrante?; ¿Cómo la categoría «migrante» es construida y usada en el

contexto de la producción de datos?; y ¿Cómo interpretar los datos en salud de migrantes desde la perspectiva del feminismo de los datos?

Las personas que participaron en el estudio tenían cargos relacionados con el manejo de datos en salud de la población migrante, tanto a nivel del municipio (Cúcuta) como del departamento (Norte de Santander). Esto incluyó actores vinculados a instituciones públicas prestadoras de servicios en salud o rectoras en salud pública, y también entidades de cooperación internacional. Entre los participantes entrevistados hubo tres tomadores de decisiones en salud pública con cargos directivos (Tabla 2).

TABLA 2
Perfil de las personas entrevistadas

Perfil	Sexo	Fecha de la entrevista	Organización en la que trabaja
Tomadora de decisiones	M	22/03/2022	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionaria	M	22/03/2022	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionaria	M	23/03/2022	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionaria	M	23/03/2022	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionaria	M	23/03/2022	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionario	M	24/03/2022	Hospital Erasmo Meoz
Tomador de decisiones	H	24/03/2022	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionario	H	24/03/2022	Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionaria	M	24/03/2022	Entidad de Cooperación internacional
Tomadora de decisiones	M	25/03/2022	Secretaría de Salud Municipal de Cúcuta
Funcionaria	M	23/03/2022	Laboratorio de Salud Pública, Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionaria	M	23/03/2022	Laboratorio de Salud Pública, Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionaria	M	23/03/2022	Laboratorio de Salud Pública, Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
Funcionaria	M	23/03/2022	Laboratorio de Salud Pública, Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

Fuente: elaboración propia.

Para la selección de los participantes, se diseñó un muestreo por conveniencia (SURI, 2011) y posteriormente se vincularon nuevas personas para entrevistar por bola de nieve. Esto significa que, a partir de las primeras entrevistas realizadas, se preguntó a las personas participantes si podían facilitar el contacto de otros actores relevantes en la producción de datos en salud de población migrante.

Todas las entrevistas y notas de campo fueron categorizadas utilizando el programa NVivo a la luz de un análisis temático (VAISMORADI; TURUNEN; BONDAS, 2013). Para esto, se formularon códigos de análisis basados en las preguntas planteadas inicialmente, y se añadieron categorías que emergieron durante el trabajo de campo. Así, las principales categorías analíticas que guiaron la construcción de este trabajo fueron *migrantes pendulares* —una categoría emergente durante el trabajo de campo que describe la dinámica migratoria de la frontera—, *data gap* —para identificar las percepciones sobre por qué y

cómo se generan los vacíos en las métricas— y *datos de género y sexualidad de migrantes*—que separa la información de nuestras preguntas sobre género y sexualidad en los sistemas de información—. Estas categorías permitieron encontrar patrones y relaciones temáticas entre las narrativas de las y los participantes y nuestras observaciones.

Cabe agregar que este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación de la Universidad de los Andes de Colombia y que todas las personas participantes del estudio firmaron un consentimiento informado antes de ser entrevistadas. Los archivos de audio se guardaron usando un código único y todas las entrevistas fueron transcritas y anonimizadas con estos códigos.

Resultados

Los resultados se organizan en tres ejes analíticos que permiten desglosar nuestro argumento sobre las formas de exclusión e inclusión en las métricas de salud.

El primer eje está relacionado con el registro de los datos primarios en salud de la población migrante. Dentro del mismo diseño de los instrumentos de recolección podemos rastrear aquello que se incluye y se excluye en las bases de datos. Aquí mostramos cómo la *migración pendular*, hace parte de la dinámica cotidiana de la frontera colombo venezolana, y no es captada desde la lógica de los registros en salud. Asimismo, hablaremos de cómo algunas categorías diferenciales en términos de género, orientación sexual y etnia quedan invisibilizadas en el momento del registro primario de los datos.

El segundo eje de nuestros resultados muestra cómo la falta de interoperabilidad entre las distintas bases de datos en salud imposibilita obtener una mirada integral de las métricas disponibles sobre población migrante. Esto genera que el registro de la atención en salud quede fragmentado en distintas bases de datos. La falta de interoperabilidad se explica, por un lado, por razones materiales, atadas a la infraestructura, y, por otro lado, por las barreras de acceso a la información que se generan entre distintas entidades. Es importante aclarar que la falta de interoperabilidad es una característica presente en muchas de las bases de datos en salud que registran distintas entidades del país y que no es un problema que refiera únicamente a la población migrante.

Por último, el tercer eje muestra los efectos que estas dinámicas de exclusión e inclusión en las métricas tienen en la toma de decisiones en salud pública. Hablaremos de cómo los tomadores de decisiones se basan en representaciones fragmentadas sobre la salud migrante, pero también en otras fuentes de evidencia que no necesariamente provienen de datos cuantitativos.

El registro primario de los datos en salud de la población migrante pendular no permite el seguimiento de los casos de interés en salud pública

La migración en la frontera colombovenezolana en Cúcuta ha vivido varias transformaciones en las últimas décadas (MOJICA *et al.*, 2020). Esta área divisoria entre países fue

una zona de libre tránsito para colombianos y venezolanos por más de un siglo (MOJICA *et al.*, 2020), pero a partir de 2015 se declaró el cierre de la frontera. Sin embargo, el tránsito diario entre Cúcuta en Colombia y los municipios venezolanos sigue ocurriendo, y gran parte de los movimientos corresponde a migraciones pendulares, es decir, a población que entra y sale constantemente de Colombia por zona de frontera (COLOMBIA, 2021).

A pesar de ser una categoría que define gran parte de la migración en Cúcuta y de ser un concepto emergente en varias entrevistas, esta población genera dificultades a la hora de ser incluida en el rastreo que permiten las métricas de salud. En este sentido, una funcionaria de la Secretaría de Salud de Cúcuta explicaba que

Si el paciente era pendular, para nosotros se hacía un poco más difícil el rastreo [de casos de COVID-19], porque si yo hacía el rastreo, lo que yo buscaba no era identificar al paciente, porque de hecho ya estaba diagnosticado. Lo que yo buscaba era saber cuál era el contexto donde normalmente trabajaba y poder buscar que esas personas se fueran a un aislamiento oportuno y evitaran un posible contagio. Y también diagnosticarlas y evitar que se pudieran complicar (Funcionaria de la Secretaría de Salud de Cúcuta, Cúcuta 2022).

Así, la migración pendular dificulta el seguimiento de los eventos priorizados en salud, porque la trazabilidad de estos casos se logra al llevar su registro en las métricas. Este proceso es imposible de seguir cuando la población registra direcciones inexistentes o si indica que su domicilio está fuera de las fronteras nacionales. El seguimiento de esta población no solo se ejemplifica con los casos de COVID-19, sino que varios entrevistados nos hablaron sobre los altos índices de sífilis gestacional entre mujeres migrantes, y le atribuían este aumento de casos a la migración pendular, pues la sífilis gestacional es una enfermedad que se puede evitar fácilmente si las mujeres embarazadas asisten a controles prenatales, «entonces ahí fue donde empezamos a pensar: “si la usuaria hubiera vivido aquí en Cúcuta, y si la usuaria hubiese venido a más controles prenatales [esos casos habrían podido evitarse]”» (Funcionaria del IDS, Cúcuta 2022).

En este sentido, la migración pendular queda excluida de las métricas o se convierte en un problema de calidad para las entidades públicas. Esta exclusión se genera porque los datos que se registran responden al funcionamiento del sistema de salud y de la vigilancia epidemiológica en Colombia, los cuales buscan la trazabilidad de quienes residen en el país para mantener el control epidemiológico en el territorio. De hecho, la última regulación expedida por el Estado colombiano para definir el *estatus* de los migrantes venezolanos en situación irregular, que lleva el título de Estatuto de Protección Temporal (EPT), es un mecanismo que, aunque le brinda nuevos derechos a la población migrante, solo reconoce a quienes busquen una residencia permanente en Colombia (COLOMBIA, 2021). Así, el EPT busca *estabilizar* la crisis migratoria al facilitar, entre otras cosas, la afiliación de esta población al sistema de salud colombiano y asegurar su registro en los sistemas de información nacionales, pero también al establecer ciertos requisitos que no contemplan la migración pendular.

Este primer hallazgo muestra, a través de lo que se registra en las métricas de salud, que la dinámica migratoria pendular se excluye o genera problemas en la consistencia dentro de lo que buscan recopilar los sistemas de información. No reconocer esta dinámica migratoria es un ejemplo de invisibilización de las necesidades de personas venezolanas que requieren servicios de salud pero que no buscan una residencia permanente en Colombia.

El registro primario de los datos en salud de población migrante no incluye categorías diferenciales en términos de género, orientación sexual y etnicidad

Los participantes del estudio reportaron factores anclados en el registro primario de los datos que explican por qué hay categorías diferenciales que no se incluyen en las métricas. Esto hace que se pierdan las heterogeneidades que existen entre la población migrante en términos de su orientación sexual y su identidad étnica.

En primer lugar, se reportó que la orientación sexual y la identidad de género son conceptos que despiertan sensibilidades al momento del registro: las personas se molestan o se sienten incómodas cuando se les pregunta por estas categorías. Una funcionaria del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander (IDS) a la que entrevistamos comentó sobre un proyecto que el IDS está implementando en un centro de atención sanitaria donde se atiende a población migrante para consolidar una base de datos digital en la que se registren todas atenciones brindadas. En un principio, este proyecto incluyó el registro de variables que identificaran a poblaciones diferenciales en términos de identidad género y orientación sexual. Sin embargo, el personal de salud solicitó simplificar el registro y no usar estas categorías, ya que generaban constantes resistencias por parte de las personas atendidas. Una entrevistada comentó que cuando las enfermeras encargadas del registro de los datos preguntaban por el género o la orientación sexual, la gente contestaba, por ejemplo: «¿Y cómo me ven?» o «¿Y usted qué cree que soy?» (Funcionaria del IDS, Cúcuta 2020). Por ello, la funcionaria tomó la decisión de simplificar el proceso y retirar las variables que generaban problemas en el registro primario.

En segundo lugar, las personas entrevistadas revelaban dificultades al abordar estas categorías durante la consulta, lo que también afecta la calidad de los datos registrados. Por ejemplo, una funcionaria del IDS comentaba:

[La orientación sexual sí] la preguntamos, pero con una mística de abordaje, porque a veces, cuando son menores de edad o cuando aún no han dicho en la casa qué son, y si están acompañados del papá o de la mamá, entonces contestan equivocadamente, aun cuando usted percibe que no [son heterosexuales] (Funcionaria del Instituto Departamental de Salud, Cúcuta 2022).

También hablamos con personas que, en lugar de preguntarle a las personas migrantes si se identificaban con la población transexual, nos decían que si llegaba un hombre vestido de mujer lo encasillaban dentro de la comunidad LGBTI sin consultarlo.

En tercer lugar, varias entrevistadas mencionaron que dentro de los datos que recolectan las agencias de cooperación internacional hay una alta representación de mujeres y

poca información sobre hombres. Esto responde a que gran parte de las atenciones en salud que presta la cooperación están direccionadas a las mujeres, en particular a las gestantes. En consecuencia, los registros de estos datos tienen un sesgo de género importante, que, como decía una entrevistada, llevaría casi a pensar que «los hombres migrantes no se enferman» (Funcionaria del IDS, Cúcuta 2022), o que, como explicaba una funcionaria de una entidad de cooperación internacional: «si tú ves [los registros de] las atenciones, son 80 % mujeres, 20 % hombres, y eso no quiere decir que los hombres no requieran atención o que no estén enfermos, sino que no están enfermos de cosas de mujeres» (Funcionaria de Cooperación internacional, Cúcuta 2022).

Por último, en el registro primario de los datos de migrantes encontramos dificultades al momento de identificar poblaciones étnicas. Una entrevistada, que trabaja de cerca con cooperación internacional, nos explicó que las categorías que se utilizan en Colombia para marcar la etnicidad no son las mismas que las que se usan en Venezuela, lo que impacta en la lectura de la institucionalidad colombiana sobre la población indígena a través de las métricas. La entrevistada lo explicaba así:

El venezolano no tiene muy claras esas identificaciones. Para Colombia es importante el afrodescendiente, el raizal. En cambio, culturalmente, el venezolano se identifica como parte de un estado, [por ejemplo] «Yo soy oriental» [...], «Yo soy andino». Así es como ellos se clasifican. Entonces eso no cabe dentro de nuestra categorización y no se pregunta por eso (Funcionaria del Instituto Departamental de Salud, Cúcuta 2022).

En este segundo hallazgo vemos algunas de las formas en las que se invisibilizan poblaciones dentro de los datos en salud de la población migrante y que están presentes desde el registro primario de las métricas. Los problemas en el registro de las categorías relacionadas con la identidad de género y la orientación sexual, la exclusión de los hombres en las agendas de cooperación y las diferencias en las categorías identitarias que definen la etnicidad son factores que impactan en la construcción de la categoría de migrante y que invisibilizan heterogeneidades que permitirían analizar la situación en salud de esta población de acuerdo con categorías diferenciales.

La falta de interoperabilidad entre los sistemas de información en salud de la población migrante

Las agencias de cooperación internacional prestan servicios de salud a la población migrante de Norte de Santander y llevan el registro de sus atenciones. Sin embargo, los cooperantes no necesariamente reportan estos registros en el sistema de información en salud del Estado (RIPS), ya que, al tratarse de un servicio financiado por cooperación, las entidades internacionales no están obligadas a reportarle sus atenciones al Estado. Hay casos excepcionales en los que la cooperación internacional es habilitada por una IPS y, gracias a esto, los datos de las atenciones sí se registran en los RIPS, como lo resume una entrevistada:

En el territorio tenemos siete puntos de atención [donde atienden cooperantes]. Esos cooperantes no tienen una historia clínica que migre al RIPS. Al no tener ese sistema establecido, pues obviamente la información no fluye. Cada cooperante hace sus propios registros de acuerdo a las características del convenio que tengan con su donante (Funcionaria del IDS, Cúcuta 2022).

En este sentido, la información que los cooperantes comparten con el Estado colombiano es limitada. Existen reportes mensuales que indican cuáles actores prestan servicios de salud en el territorio, el número total de personas atendidas y la especialidad médica que les prestó atención. Estos reportes contribuyen a tener una imagen general sobre el desempeño de cooperación internacional, pero no permiten contar con el mismo detalle que surge de los RIPS. Una persona que trabaja para cooperación comentaba que veía dos polos de discusión al respecto: «uno, el que dice “Sí, es necesario que la información fluya y poder analizarla para tomar decisiones con base en esa información [...]”, lo que en teoría los cooperantes deberíamos querer. Y otros que dicen “No, por temas de confidencialidad”» (Funcionaria de cooperación internacional, Cúcuta 2022). De esta manera, existen barreras que imposibilitan la interoperabilidad entre los datos que registran los cooperantes y los que se reportan en los RIPS.

Una funcionaria del IDS comentaba que en los RIPS se registraban normalmente solo las atenciones brindadas en la red urgencias, porque son las que permitía la ley colombiana para la población migrante en situación irregular: «Solamente [se manejaban] urgencias, pero lo que era promoción y prevención, y esos temas que sí tiene la población regular, o la población colombiana, pues no se habían incluido esas variables [en los RIPS]» (Funcionaria del IDS, Cúcuta 2022).⁵ Así, debido a los canales diferenciados que tiene la población migrante para recibir atención en salud, estos datos no se consolidan necesariamente en un único sistema de información en salud.

Este tercer hallazgo habla sobre las múltiples atenciones en salud a migrantes que, aunque quedan registradas en distintas bases de datos, se excluyen y fragmentan la representación a la que puede acceder un actor que *necesite* hacer uso de ellas. Por ejemplo, miembros de la academia, cooperantes o decisores que busquen una mirada más integral sobre la situación sanitaria de esta población en Colombia.

La materialidad de los datos en salud de la población migrante afecta su flujo y su interoperabilidad entre instituciones

Durante nuestro trabajo de campo fue evidente que varios datos primarios se registran manualmente, en formato físico. Esto se reportó entre algunos entrevistados como una razón que ralentiza el acceso a los datos en salud de las atenciones a migrantes o que incluso

⁵ Como aclaramos en la introducción, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó un plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio que establece que los departamentos deben atender a las poblaciones y los eventos priorizados, entre los que se incluyen servicios que no necesariamente cubre la red de urgencias —por ejemplo, los servicios de salud sexual y reproductiva—. Sin embargo, todas las personas entrevistadas reportaron que cualquier persona que se encuentre de manera irregular en el territorio tiene acceso solo a los servicios prestados por la red de urgencias.

imposibilita su registro en los sistemas de información digital. Por ejemplo, la persona encargada de los centros de atención sanitaria que financia cooperación internacional comentó que al ingresar a su cargo recibía los registros manuales de algunos de estos centros, y que el IDS no tenía recursos humanos suficientes para digitalizar los registros de las atenciones: «¿Yo me voy a poner a contar mil ingresos a mano?» *Entonces respiré, [le pedí ayuda a] una auxiliar y [le pedí que] me digitara todo en Excel*» (Funcionaria del IDS, Cúcuta 2022).

Por esta razón, algunos esfuerzos del IDS para el registro de datos se encaminan a digitalizar la recolección del dato primario. Desde mayo de 2021, esta misma persona decidió instaurar el uso de una plataforma —de uso libre y proporcionada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU)— para registrar los datos de manera digital en uno de los centros sanitarios a su cargo. Así, cuenta la entrevistada: «por lo menos empecé a tener acceso a que, si a mí me preguntaban “¿cómo está el CAS?» yo ya podía decir “Se han hecho tantas [refiriéndose al número] consultas médicas, se han hecho tantas por enfermería, se han tomado tantas muestras”» (Funcionaria del IDS, Cúcuta 2022).

En este marco, la materialidad de los datos influye directamente en su capacidad de fluir entre instituciones del sistema de salud y esto imposibilita el acceso a la información completa sobre la atención a migrantes, lo que habla sobre conjuntos de datos que, aunque existen, no tienen impacto real en la toma de decisiones porque nunca llegan a quedar integrados en los sistemas de información. Así, estas atenciones quedan excluidas de las métricas sobre la salud de la población migrante.

Los datos en salud de población migrante que se incluyen en la toma de decisiones

Durante nuestras entrevistas con gerentes en salud pública de los niveles departamental y municipal, encontramos que las formas de inclusión y exclusión que se reproducen en los datos de población migrante también impactan la evidencia que se considera al tomar decisiones. Por ejemplo, ningún tomador de decisión mencionó el uso de los registros de atención en salud RIPS, puesto que, como se indicó antes, este sistema de información no incluye la mayoría de las atenciones prestadas por cooperación internacional, ni datos sobre los migrantes pendulares, ni las categorías diferenciales que contribuirían a caracterizar a esta población. Por ello, las personas decisoras entrevistadas mencionaron que la principal fuente de información utilizada son los reportes de cooperación internacional —que, como ya vimos, tienen información general y agregada— y los datos del sistema de vigilancia epidemiológica, conocido como Sivigila.

El Sivigila es una fuente importante para la toma de decisiones porque cualquier actor que preste un servicio de salud y que detecte una enfermedad de interés en salud pública debe reportarla allí, por lo que es una fuente de información clave para la gestión en salud pública con relación a la población migrante; por ejemplo, una funcionaria de la Secretaría de Salud de Cúcuta comentaba:

Desde cada una de las dimensiones que tenemos [...] dentro de la Secretaría de Salud [...] hemos creado un plan de respuesta migratoria, y nos permite detectar que, si nosotros estábamos hablando, por decir algo [...] de nutrición, entonces vamos a revisar cuántos niños de población migrante han sido reportados a la plataforma de Sivigila por una desnutrición aguda, y empezamos a tomar decisiones (Funcionaria de la Secretaría de Salud de Cúcuta, Cúcuta 2022).

En las entrevistas con líderes en salud pública no se señalaron mayores problemas con relación a los datos en salud de migrantes; por ejemplo, no se mencionó la falta de acceso a los datos nominales de cooperación internacional. De hecho, sí se mencionó el uso de otro tipo de evidencia que no está imperiosamente cuantificada. Por ejemplo, un tomador de decisión del IDS decía que en una visita que hizo en el área metropolitana de Cúcuta, había observado migrantes viviendo en condiciones precarias, e indicó que eso había motivado su gestión en torno a la salud de esta población. Además, planteó algunas apreciaciones que no necesariamente están presentes en los datos en salud, pero que marcaron su manera de abordar las respuestas a la crisis migratoria. Por ejemplo, nos explicaba que «las personas que asumieron esta migración son una población con condiciones sociales muy evidentes, muy distintas a las que en condición de migrante llegaban a Cúcuta al aeropuerto internacional con su pasaporte y con su visa» (Funcionario del IDS, Cúcuta 2022).

Este último hallazgo muestra que la toma de decisiones basada en evidencia toma en cuenta, principalmente, los datos de vigilancia epidemiológica y los informes de cooperación internacional, que solo muestran una parte de la situación en salud de la población migrante. Sin embargo, con este resultado también vemos que las dinámicas de exclusión e inclusión en los datos en salud no solo ocurren por lo que se registre o no en las bases de datos, sino porque entre quienes utilizan los datos, y en particular entre decisores, hay otras maneras de dar cuenta de la situación sanitaria de esta población que no se basan necesariamente en las métricas. Esto habla sobre cómo la exclusión y la inclusión en los datos se construye en conjunto con los actores que hacen uso de ellos.

Discusión

Para resumir nuestros hallazgos, podemos mencionar tres planteamientos. Primero, en los registros de las métricas se invisibilizan algunos grupos poblacionales presentes entre quienes migran, como grupos étnicos, población LGBTI, hombres migrantes y otras identidades de género distintas a las que se priorizan en las agendas de cooperación internacional y de las entidades sanitarias. Segundo, dentro de los datos en salud no se reconoce la dinámica pendular de quienes no buscan una residencia permanente en Colombia, pero que sí traspasan la frontera. Tercero, la falta de interoperabilidad de los datos en salud no permite una lectura que integre los diferentes registros existentes para la toma de decisiones en relación con la población migrante. Esto puede ocurrir por las barreras de flujo de los datos que dependen de la materialidad en la que existe la información, o porque las métricas no se comparten entre las entidades encargadas de estos registros.

Esto muestra que no solo es importante problematizar lo que está invisible en las métricas, sino las implicaciones de lo que en efecto se visibiliza (BOWKER; LEIGH STAR, 2000; DAVIS, 2020; D'IGNAZIO; KLEIN, 2020). Los registros en salud moldean una imagen de los migrantes que se encuentra inmersa en el contexto sociopolítico al que se enfrenta esta población cuando llega a Colombia, y en ese sentido hay que analizar estas métricas no como datos objetivos, sino como representaciones parciales de la situación en salud de los migrantes.

Un primer punto que permite analizar lo que se incluye y lo que se excluye en estos datos nace de cómo cada institución que presta servicios de salud entiende la categoría de *migrante*. La manera en que se defina esta categoría tiene una fuerza material instantánea (BOWKER; LEIGH STAR, 2000). Por un lado, dependiendo de cómo se defina a esta población, hay migrantes que pueden *acceder* a los servicios de salud y, por tanto, tener mayores posibilidades de quedar registradas en las bases de datos de las atenciones recibidas. Esto hace que ocurran sesgos en las atenciones en salud, como se vio con las mujeres que han protagonizado la agenda de cooperación, y que también están sobrerrepresentadas dentro de las métricas. De esta forma, vemos esa relación directa entre visibilizar e invisibilizar, donde la representación de una población específica puede terminar opacando las necesidades de otras. Sara Davis (2020), en un estudio cualitativo sobre los datos de personas conviviendo con VIH en Venezuela, plantea un punto similar: «la invisibilidad de los sobrevivientes masculinos y trans construye discursivamente a las mujeres como una *prioridad* en los indicadores, pero esto puede reforzar el negacionismo, la invisibilidad y la falta de servicios para las víctimas de otros géneros» (DAVIS, 2020, p. 25).

Por otro lado, la definición de la categoría *migrante* determina el tipo de información y variables que se incluyan en las estadísticas. En este sentido, si existen personas que se salen de lo que la institucionalidad define en esa categoría, terminan generando problemas de calidad o vacíos de información en las métricas. Los migrantes pendulares son personas que caracterizan el tipo de tránsito que se da a diario en la frontera colombovenezolana, y, sin embargo, al ser personas con residencia en Venezuela, sus datos no se encuentran dentro de lo que se espera medir en las estadísticas del Estado colombiano. Por ello, la manera en que estos se visibilizan en las métricas no responde a una de las lógicas migratorias predominantes en la frontera.

Es así como vemos que los estados nacionales y sus disputas políticas terminan impactando en cómo se construyen las categorías e identidades sociales que definen el acceso a la salud (EPSTEIN, 2007) y las intervenciones en torno a la situación sanitaria de la población migrante. Así, como explica Adams (2016), la producción de las métricas y la consolidación de los estados nacionales han sido procesos completamente articulados entre sí, puesto que visibilizar a la población a través de los datos funciona como un lenguaje universal que permite identificar qué existe dentro de los límites territoriales de cada país. Es en este sentido que la población migrante entra en tensión con las estadísticas que mantienen las lógicas de Colombia como Estado-nación (ADAMS, 2016); la movilidad de

la población pendular emerge como una dinámica que interpela o cuestiona la existencia de las fronteras nacionales.

Todo esto muestra los desafíos que tiene la inclusión de la población sin vocación de permanencia en Colombia, en gran medida porque los sistemas de salud tienden a estar concebidos para personas fijas en el territorio. Adams (2016) plantea que la *salud global*, que actualmente es la base discursiva de las asistencias transnacionales en salud, pretende que las métricas sanitarias tengan la capacidad de trascender los límites de los estados-nación y de tratar la salud como un derecho universal. Los datos en salud de la población migrante, en teoría, podrían responder a esta visión transnacional del derecho a la salud, y en este sentido organismos como la ONU han recomendado estándares para los registros de salud en migración que tenga cada país (AHMAD-YAR; BIRCAN, 2021). Sin embargo, como mostramos en los resultados sobre la falta de interoperabilidad entre las bases de datos, la consolidación de un sistema de información único y transnacional para migrantes es un objetivo que tiene retos significativos en Colombia (DANE, 2022). Esta discusión deja abierta la pregunta acerca de quiénes deben ser los actores encargados de la gestión y gobernanza de la situación en salud de la población migrante, particularmente en zonas de frontera, donde existe la movilidad pendular.

Un segundo punto que habla sobre las implicaciones de aquello que los datos incluyen y excluyen tiene que ver no solo con las personas, sino con las enfermedades que se visibilizan en las métricas. Así, nuestro estudio permite cuestionar por qué se elige contar ciertos fenómenos —como las enfermedades de notificación obligatoria— y no otros —como las enfermedades crónicas y de alto costo—. La elección de cuáles enfermedades visibilizar determina intervenciones y priorizaciones dentro de las agendas públicas para gestionar la salud migrante, y es importante notar cuáles son parte de los conteos y cuáles se ignoran.

Finalmente, nuestros resultados invitan a cuestionar la necesidad de visibilizar a una población que muchas veces busca mantenerse en la clandestinidad por su condición irregular (PELIZZA; MILAN; LAUSBERG, 2021; LOI; VONO DE VILHENA, 2020; STENUM, 2012). A pesar de que la «dataficación» de la población muchas veces es la condición para que las personas accedan a servicios de salud (MILAN; TRERÉ; MASIERO, 2021), vemos que, entre los tomadores de decisiones que entrevistamos, había usos de evidencia no cuantificada; es decir, había *evidencia* que nacía de observaciones y experiencias que no necesariamente estaban representadas en las métricas. Además, la estandarización total de lo que ocurre en la realidad es un objetivo imposible (BOWKER; LEIGH STAR, 2000), y es importante saber que muchas de las decisiones basadas en evidencia combinan datos formalmente registrados y datos informales que no están definidos por ningún estándar o mecanismo de recolección de información.

En este sentido, además de la pregunta sobre cómo las instituciones manejan la información existente de la población migrante, hace falta preguntar cuáles serían los datos que esta misma población quisiera ver representada en las métricas. La invisibilización de poblaciones marginales en las métricas también es una muestra de que estas no tienen

una voz en las narrativas construidas a través de la dataficación de la sociedad (MILAN *et al.*, 2021). Existen análisis sobre cómo poblaciones vulnerables han logrado visibilizar sus necesidades a través de los datos, logrando que la sociedad civil forme parte de la discusión sobre cómo construir las estadísticas (DAVIS, 2020; D'IGNAZIO; KLEIN, 2020; HELLER; PÉCOUD, 2020). A pesar de que en nuestra metodología no se incluyeron migrantes como participantes del estudio, en nuestro trabajo de campo tampoco encontramos iniciativas que se preguntaran por cómo esta población quiere ser leída. Esta construcción más colectiva de la evidencia impactaría la manera en que los migrantes son representados en las métricas, y quizá contribuiría a resolver cómo medir las atenciones en salud que se dan en frontera.

Conclusiones

En este trabajo quisimos mostrar la construcción de los datos en salud de la población migrante en Colombia. A través de nuestros resultados, explicamos algunas de las fases por donde atraviesan las métricas en salud de población migrante y los principales mecanismos que visibilizan o invisibilizan fenómenos relacionados con su situación sanitaria.

Los datos de la población migrante son un insumo importante para la toma de decisiones en salud pública, en particular porque se trata de un grupo en situación de vulnerabilidad, cuyas condiciones sanitarias empeoraron en medio de la pandemia de COVID-19. Como muestran nuestros resultados, hay distintas dinámicas de inclusión y exclusión en los datos, que podríamos resumir en tres puntos: la falta de registro de categorías diferenciales y la inclusión de la migración pendular en el registro de los datos; la falta de interoperabilidad de las métricas entre distintas entidades, ya sea por razones de infraestructura o de relaciones interinstitucionales; y la elección de información de los tomadores de decisión. Cada uno de estos hallazgos fueron narrados por nuestros participantes, y juntos conforman un sistema sociotécnico que sostiene la exclusión y la inclusión de información en las métricas. Todas estas dinámicas dificultan la disponibilidad de una información integral y robusta para la toma de decisiones.

Para finalizar, quisiéramos plantear algunas ideas conclusivas que podrían ser utilizadas como recomendaciones para la gestión de los datos en salud de la población migrante. En primer lugar, nuestro estudio plantea la importancia de integrar metodologías cualitativas para analizar los factores que impactan las carencias o la falta de calidad de los datos. La mirada teórica desde las ciencias sociales plantea un escenario fértil para pensar la vida social de los datos, de los sistemas de información y de la capacidad que estas herramientas tienen para caracterizar a la población migrante. En palabras de Rudinow (2011, p. 8):

en lugar de abandonar o rechazar las estadísticas, y ciertamente en lugar de ser controlados por ellas, quizás debamos domesticarlas: volvernos más conscientes de su poder y sus limitaciones, decidir qué lugar estamos dispuestos a permitirles en nuestras vidas y aprender a mantenerlos en ese lugar.

Así, captar el contexto sociotécnico de este proceso permite darle una perspectiva distinta a los análisis de la población migrante, ya que la mayoría de la información proviene de fuentes secundarias y pocas veces se cuestiona la producción del insumo en el que se basan dichos estudios.

En segundo lugar, nuestros hallazgos sugieren la importancia de incluir formas de hacer legibles dinámicas migratorias que pueden salirse de las lógicas que subyacen a los sistemas de información. Nos referimos precisamente a la migración pendular y la porosidad de la frontera que, si bien son factores propios de Norte de Santander, podrían tener potenciales similitudes con otras fronteras migratorias. Sugerimos formular métodos de registro que no vean solo la residencia en territorio extranjero como un error de calidad en los datos, sino una manera de estimar, por ejemplo, el tránsito de la población y sus necesidades en salud. Esto permitiría repensar cómo se construye la categoría *migrante*, conocer con mayor profundidad el estado de salud de esta población y formular políticas al respecto.

En tercer lugar, algunos de nuestros resultados dan cuenta de intereses en las agendas de salud que apuntan a metas y a poblaciones específicas y que pueden estar invisibilizando otras enfermedades y diagnósticos. Esto resulta más relevante cuando en los resultados observamos categorías diferenciales en términos de género, de sexualidad y de etnicidad que difícilmente se registran. Esto obliga a examinar en mayor detalle tendencias como, por ejemplo, la sobrerrepresentación de las mujeres migrantes en las métricas, y la invisibilización de las enfermedades que sufren hombres migrantes. Así, es clave preguntarse cómo equilibrar esta representación y cuáles enfermedades están siendo ignoradas.

En cuarto lugar, nuestros hallazgos en torno a las barreras en la interoperabilidad de los datos en salud de la población migrante sugieren la necesidad de dialogar sobre la transversalización del acceso a los datos entre entidades públicas y cooperación. Si bien sería necesario garantizar la privacidad de los datos de esta población, se podrían crear mecanismos que aseguren el traslado efectivo de la información desagregada entre ambas entidades.

Para concluir, quisiéramos recalcar que nuestros hallazgos revelan que la manera en que se registran, analizan y construyen los datos en salud de la población migrante solo permiten ver la punta del iceberg de múltiples dinámicas que, aunque hacen parte de la situación sanitaria, quedan invisibilizadas. Es sobre esta visión corta y fragmentada que se construye la evidencia para intervenir y tomar decisiones que afecten directamente a la población. En ese sentido, nuestra investigación busca posicionarse como un abre bocas a las preguntas que se pueden hacer alrededor de cómo pensar la construcción de las métricas en salud de esta población.

Limitaciones de la investigación

Nuestra investigación tiene algunas limitaciones importantes que quisiéramos aclarar. Primero, nuestro trabajo de campo se concentró en la producción de los datos en salud desde la mirada de las y los funcionarios públicos y representantes de cooperación internacional presentes en el proceso de construcción de las métricas, pero no incluyó la perspectiva de la población migrante. Si bien esta población tiene un papel clave en la trayectoria de producción de los datos, y sería importante desarrollar una investigación que se enfoque en la perspectiva de quienes migran, no la incluimos porque nuestro interés investigativo buscaba enfocarse únicamente en las miradas institucionales.

Segundo, esta investigación priorizó las fuentes de datos que nombraron los participantes del estudio, por lo que no pretendía caracterizar todas las fuentes de datos en salud de la población migrante ni hacer una evaluación cuantitativa sobre las brechas o la calidad de los datos disponibles.

Tercero, aunque nuestro estudio se enfocó en los datos en salud de población migrante, nuestros resultados no necesariamente se limitan a la información disponible de este grupo poblacional. Por el contrario, reconocemos que muchas de las dinámicas de inclusión y exclusión que explicamos aquí son problemas estructurales, que se pueden encontrar en los registros de otras poblaciones en Colombia. Sin embargo, nuestro objetivo no es generalizar nuestros resultados, sino enriquecer las discusiones alrededor de este grupo específico de datos.

Financiación

Este estudio se desarrolló en el marco del proyecto «Un estudio de métodos mixtos sobre el diseño de estrategias basadas en inteligencia artificial y ciencia de datos para informar las respuestas de salud pública a COVID-19 en diferentes ecosistemas de salud locales dentro de Colombia [COLEV]», financiado por el Centro Internacional de investigación y desarrollo de Canadá (IDRC) y la Agencia de Cooperación Internacional para el Desarrollo de Suecia (SIDA) [109582].

Agradecimientos

Agradecemos a todas y todos los participantes de Norte de Santander que contribuyeron al desarrollo de esta investigación.

Referencias

ADAMS, V. Metrics of the global sovereign: numbers and stories in global health *In*: ADAMS, V. **Metrics: what counts in global health**. Durham: Duke University Press, 2016. p. 19-54.

AHMAD-YAR, A. W.; BIRCAN, T. Anatomy of a misfit: international migration statistics. *Sustainability*, v. 13, n. 7, 2021. <https://doi.org/10.3390/su13074032>.

ARIZA ABRIL, J. S.; RIVILLAS GARCÍA, J. C.; CIFUENTES, A. M.; CALDERÓN JARAMILLO, M.; RIVERA, D. Uso de servicios de salud y enfermedades transmisibles de la población migrante y refugiada venezolana. *Salud UIS*, v. 52, n. 4, 2020. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020006>.

BARKER, E.; BIJAK, J.; DI IASIO, V.; WAHBA, J. **Why should we care about uncertainty in migration flows?** Berlin: Population Europe, 2022 (Population and Policy Brief, n. 35).

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology**. Oxford: Altamira Press, 2006.

BIRUK, C. **Cooking data: culture and politics in an African research world**. Durham and London: Duke University Press, 2018.

BOWKER, G.; LEIGH STAR, S. **Sorting things out: classification and its consequences**. London: MIT Press, 2000.

BONILLA-TINOCO, L. J.; AGUIRRE-LEMUS, M.; FERNÁNDEZ-NIÑO, J. A. Venezuelan migrant population in Colombia: health indicators in the context of the Sustainable Development Goals. *F1000Research*, v. 9, n. 684, 2020. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24997.1>

BURNS, R.; ZHANG, C. X.; PATEL, P.; ELEY, I.; CAMPOS-MATOS, I.; ALDRIDGE, R. W. Migration health research in the United Kingdom: a scoping review. *J Migr Health*, v. 7, n. 4, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100061>.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. **Resolución n. 3374 de 2000**. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Bogotá, 2000. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_3374_de_2000.pdf.

COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. **Decreto n. 3518 de 2006**. Por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2006. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Circular n. 025 de 2017**. Fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. Bogotá, 2017. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%20025%20de%202017.pdf.

COLOMBIA. Ministerio de Relaciones Exteriores. **Distribución de venezolanos en Colombia**. Corte a 31 de marzo de 2019. Bogotá, 2019a. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio**. Bogotá, 2019b. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>.

COLOMBIA. Ministerio de Relaciones Exteriores. **Decreto n. 216 de 2021**. Por medio del cual se adopta el Estatuto Temporal de Protección para Migrantes Venezolanos Bajo Régimen de Protección Temporal y se dictan otras disposiciones en materia migratoria. Bogotá, 2021. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20216%20DEL%201%20DE%20MARZO%20DE%202021.pdf>.

CRESWELL, J. W. Five qualitative approaches to inquiry. *In*: CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007. p. 53-84.

DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística. **Reporte estadístico de migración n. 1**, 2022. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migracion/reportemigracion.pdf>

DAVIS, S. **The uncounted: politics of data in global health**. Cambridge: Cambridge University Press, 2020. <https://doi.org/10.1017/9781108649544>.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Consejo Nacional de Política Económica y Social. **Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela**. Bogotá, 2018 (Documento Conpes, 3950).

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. **Observatorio Colombiano de Migración desde Venezuela**, 2021. <https://www.dnp.gov.co/DNPN/observatorio-de-migracion/Paginas/default.aspx>.

D'IGNAZIO, C.; KLEIN, L. F. **Data feminism**. London: MIT Press, 2020.

DUKE-WILLIAMS, O. The role of questions about migration in UK censuses: a simple matter of counting, or a means of exerting power? **Geoforum**, v. 42, n. 5, p. 615-623, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.geoforum>.

EPSTEIN, S. **Inclusion: the politics of difference in medical research**. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2007.

FERNÁNDEZ-NIÑO, J. A.; ROJAS-BOTERO, M. L.; BOJORQUEZ-CHAPELA, I.; GIRALDO-GARTNER, V.; SOBCZYK, R. A.; ACOSTA-REYES, J.; FLÓREZ-GARCÍA, V.; RODRÍGUEZ, D. A. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en El Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en salud pública. **Revista de La Universidad Industrial de Santander**, v. 51, n. 3, p. 208-19, 2019. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019004>.

GITELMAN, L. **Raw data is an oxymoron**, London: The MIT Press, 2013.

GONZÁLEZ-URIBE, C. *et al.* A mixed-methods study on the design of artificial intelligence and data science-based strategies to inform public health responses to COVID-19 in different local health ecosystems: a study protocol for COLEV. **F1000Research**, v. 11: 691, 2022 <https://doi.org/10.12688/f1000research.110958.1>.

GUBER, R. **La etnografía: método, campo y reflexividad**. Bogotá: Editorial Norma, 2001.

HARGREAVES, S.; HAYWARD, S. E.; NOORI, T.; MCKEE, M.; KUMAR, B. COVID-19: counting migrants in. **The Lancet**, v. 398, n. 10296, p. 211-212, 2021.

HELLER, C.; PÉCOUD, A. Counting migrants' deaths at the border: from civil society counterstatistics to (inter)governmental recuperation. **American Behavioral Scientist**, v. 64, n. 4, p. 480-500, 2020. <https://doi.org/10.1177/0002764219882996>.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. **Lineamientos nacionales para la vigilancia 2022**. Bogotá, 2021. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2022.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. **COVID-19 en Colombia, consecuencias de una pandemia en desarrollo**. Bogotá: Observatorio Nacional de Salud, 2020 (Décimo Segundo Informe Técnico, resumen ejecutivo). Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Resumenes%20Ejecutivos/Resumen%20ejecutivo%20informe%2012%20COVID-19%20en%20Colombia,%20consecuencias%20de%20una%20pandemia%20en%20desarrollo.pdf>.

LACZKO, F. Migration policy practice. **Journal of International Affairs**, v. VII, n. 1, 2017.

LOI, S.; VONO DE VILHENA, D. **Exclusion through statistical invisibility**. An exploration on what can be known through publicly available datasets on irregular migration and the health status of this population in Germany. Rostock: Max Planck Institute for Demographic Research, 2020. (MPIDR Working Papers WP-2020-009). <https://doi.org/10.4054/MPIDR-WP-2020-009>.

MERRY, S. **The seduction of quantification: measuring human rights, gender violence, and sex trafficking.** Chicago: The University of Chicago Press, 2016.

MIGRACIÓN COLOMBIA. **Boletín anual de estadísticas de flujos migratorios.** Bogotá: Ministerio de Relaciones Exteriores, 2020. Disponible en: www.migracioncolombia.gov.co/planeacion/estadisticas.

MILAN, S.; TRERÉ, E.; MASIERO, S. **Covid-19 from the margins.** Pandemic invisibilities, policies and resistance in the datafied society. Amsterdam: Institute of Network Cultures, 2021.

MIGRACIÓN COLOMBIA. **Flujos migratorios.** Bogotá: Ministerio de Relaciones Exteriores, 2018. Disponible en: <https://public.tableau.com/app/profile/migraci.n.colombia/viz/TablasdeSalidas2017/Inicio>.

MOJICA, E. C. ESPINEL, G. A.; HERRERA, M. L.; CAMARGO, A. Dimensiones de la migración pendular colombo-venezolana. Caso Cúcuta-San Antonio Del Táchira. *In: ALIAGA SÁEZ, F. A.; FLÓREZ DE ANDRADE, A. Dimensiones de la migración en Colombia.* Bogotá: Ediciones USTA – Universidad Santo Tomás, 2020.

PALMA, M. ¿País de emigración, inmigración, tránsito y retorno? La Formación de un sistema de migración colombiano. **OASIS**, n. 21, p. 7-28, 2015. <https://doi.org/10.18601/16577558.n21.02>.

PELIZZA, A.; MILAN, S.; LAUSBERG, Y. The dilemma of undocumented migrants invisible to Covid-19 counting. *In: MILAN, S.; TRERÉ, E.; MASIERO S. COVID-19 from the margins.* Pandemic invisibilities, policies and resistance in the datafied society. Amsterdam: Institute of Network Cultures, 2021.

PROFAMILIA; USAID. **Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia** ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria? Bogotá, 2020. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>.

RIVILLAS-GARCÍA, J. C.; CIFUENTES-AVELLANEDA, A.; ARIZA-ABRIL, J. S.; SÁNCHEZ-MOLANO, M.; RIVERA-MONTERO, D. Venezuelan migrants and access to contraception in Colombia: a mixed research approach towards understanding patterns of inequality. **Journal of Migration and Health**, v. 3, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2020.100027>.

RODRÍGUEZ GÓMEZ, G. La metodología cualitativa en la demografía: una propuesta desde la fecundidad. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, n. 1, p. 53-65, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-30982012000100004>.

RUDINOW, A.; MORK, H. S. **The mutual construction of statistics and society.** Routledge Advances in Research Methods, 2011.

SCHENKER, M. B.; CASTAÑEDA, X.; RODRIGUEZ-LAINZ, A. **Migration and health: a research methods handbook.** Berkeley: University of California Press, 2014.

SOLANO, G.; AHMAD YAR, A. W.; BIRCAN, T. Gaps in migration research. review of migration theories and the quality and compatibility of migration data on the national and international level. **HumMingBird-Enhanced Migration Measures from a Multidimensional Perspective View Project**, n. 28, 2020

STENUM, H. Making migrants governable: counting and defining the ‘illegal migrant’. **Nordic Journal of Migration Research**, v. 2, n. 4, p. 280-288, 2012. <https://doi.org/10.2478/v10202-012-0006-8>.

SURI, H. Purposeful sampling in qualitative research synthesis. **Qualitative Research Journal**, v. 11, n. 2, p. 63-75, 2011. <https://doi.org/10.3316/QRJ1102063>.

TURIN, T. C.; NAEEM, I.; NURUL, A.; VASKA, M.; GOOPY, S.; RASHID, R.; KASSAN, A.; AGHAJAFARI, F.; FERRER, I.; KAZI, A.; SADI, I.; O'BEIRNE, M.; LEDUC, C. Community-based health data cooperatives towards improving the immigrant community health: a scoping review to inform policy and practice. *International Journal of Population Data Science*, v. 5, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v5i1.1158>.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL MIGRACIÓN COLOMBIA. *Boletín Anual de Estadísticas Enero-Diciembre 2016*, 2017. Disponible en: www.migracioncolombia.gov.co.

VAISMORADI, M.; TURUNEN, H.; BONDAS, T. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, v. 15, n. 3, p. 398-405, 2013. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048>.

Sobre las autoras

María Galvis-Malagón es antropóloga de la Universidad del Rosario, con maestría en antropología, desarrollo y medio ambiente de University College of London. Profesional en proyectos de investigación. Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

Sandra Patricia Martínez-Cabezas es doctora en demografía por la Universidad Autónoma de Barcelona, con maestría en demografía y especialista en epidemiología general. Investigadora asociada. Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

Natalia Niño Machado es antropóloga con maestría en antropología de la Universidad de los Andes y con maestría y doctorado en estudios de la ciencia y la tecnología de la Universidad de Edimburgo. Investigadora asociada. Facultad de Medicina Universidad de los Andes.

Catalina González-Uribe es antropóloga con maestría en antropología de la Universidad de los Andes, maestría en epidemiología social y doctorado en epidemiología y salud pública de University College London. Profesora asociada del área de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes. Directora de Internacionalización Universidad de los Andes.

Dirección para correspondencia

María Galvis-Malagón
Universidad de los Andes
Cra 1 n. 18A – 12
Bogotá, Colombia

Sandra Patricia Martínez-Cabezas
Universidad de los Andes
Cra 1 n. 18A – 12
Bogotá, Colombia

Natalia Niño Machado
Universidad de los Andes
Cra 1 n. 18A – 12
Bogotá, Colombia

Catalina González-Uribe
Universidad de los Andes
Cra 1 n. 18A – 12
Bogotá, Colombia

Resumo

Quem é contado? Narrativas sobre a métrica da saúde da população migrante venezuelana numa zona fronteira na Colômbia

A Colômbia tem sido um país receptor da migração venezuelana devido à situação sociopolítica do país vizinho. Uma das necessidades para responder a esta crise é a coleta de dados que permitam visualizar e monitorizar as condições de saúde desta população. Com base num estudo qualitativo centrado em entrevistas e observação etnográfica, o artigo centra-se na caracterização das diferentes dinâmicas de inclusão e exclusão que fazem parte da produção de dados de saúde sobre a população migrante em Cúcuta, um território fronteiriço colombiano-venezuelano. Com base nas narrativas de vários atores que trabalham diretamente a nível territorial na coleta, análise e utilização de dados de saúde sobre a população migrante, o artigo problematiza a construção da categoria de “migrante” dentro da métrica, revelando o que é visível e o que é ignorado no processo sociotécnico por trás da construção destes dados.

Palavras-chave: Migração. Métricas de saúde. Quantificação. Exclusão. Saúde. Pesquisa qualitativa.

Abstract

Who counts? The health metric narratives of venezuelan migrants on the Colombian border

Colombia has been a destination country of Venezuelan migration originated by the socio-political situation of the neighboring country. One of the needs to respond to this crisis is the collection of data to make visible and monitor the health conditions of this population. Based on a qualitative study centered on interviews and ethnographic observation, the article focuses on characterizing the different inclusion and exclusion dynamics in the production of health data of the migrant population in Cúcuta, a Colombian-Venezuelan border territory. Based on the narratives of various actors who work directly at the territorial level in the collection, analysis and use of health data of the migrant population, the article problematizes the construction of the category of “migrant” within the metrics, revealing what is visible and what is ignored in the socio-technical process behind the construction of these data.

Keywords: Migration. Health metrics. Quantification. Exclusion. Health. Qualitative research.

Recibido para publicación en 06/09/2022
Aceptado para publicación en 06/02/2023