

NOTA DE POLÍTICA

¿Puede el aseguramiento en salud mejorar la salud infantil de los bebés nacidos de madres migrantes venezolanas en Colombia?

Evidencia de un estudio de cohorte nacional (2013–2020)

Resumen Ejecutivo

Entre 2010 y 2020, más de 2,8 millones de venezolanos migraron a Colombia, en uno de los mayores movimientos de población de la historia reciente de la región³. Las mujeres migrantes en edad reproductiva —especialmente aquellas sin documentación o con estatus migratorio precario— enfrentaban graves barreras financieras, administrativas e informativas para acceder a servicios de salud materna preventiva, dependiendo casi exclusivamente de la atención de urgencias.

En 2016, Colombia amplió la elegibilidad al seguro de salud subsidiado para incluir a mujeres migrantes venezolanas vulnerables, otorgándoles los mismos derechos que a las colombianas en el régimen subsidiado: visitas prenatales, ecografías, atención calificada del parto, hospitalización neonatal, medicamentos y seguimiento posnatal⁵.

Este estudio evalúa si esa política mejoró la utilización de la atención prenatal y los resultados de salud infantil, analizando más de 326.000 nacimientos de madres migrantes entre 2013 y 2020. El hallazgo principal es que la inscripción en el seguro subsidiado aumentó de forma significativa la utilización de la atención prenatal entre las migrantes que accedieron a la cobertura, pero no redujo de manera sostenida la mortalidad infantil en un contexto donde la atención de urgencias y el parto ya estaban garantizados para todas las mujeres.

Hallazgos Clave

- ✓ La **ampliación del seguro subsidiado aumentó significativamente la utilización de la atención prenatal** entre las **madres migrantes** que se inscribieron, **especialmente** aquellas con **menor nivel educativo**.
- ✓ **No se observaron reducciones grandes ni sostenidas en la mortalidad infantil** a nivel poblacional tras la reforma, consistente con un sistema donde **la atención de urgencias obstétricas y el parto ya estaban garantizados para todas las mujeres**, independientemente de su aseguramiento.
- ✓ Las **madres migrantes no aseguradas presentaron la mortalidad infantil más alta** (media de **15,4 por 1.000 nacidos vivos**, pico de 20,4 en 2017), **muy por encima de las colombianas no aseguradas** (13,2) y las **migrantes aseguradas** (10,2).
- ✓ Los **efectos** de la política fueron **más pronunciados entre madres con educación secundaria o inferior**, lo que sugiere que la inclusión formal en el sistema **beneficia** principalmente a las **poblaciones más vulnerables**^{1,2}.
- ✓ La **integración formal de los migrantes en el sistema nacional de salud** —en lugar de servicios paralelos o de emergencia— **puede contribuir a reducir desigualdades** en salud materno-infantil en contextos de migración forzada a gran escala¹⁰.

El contexto

Colombia enfrenta persistentes desigualdades socioeconómicas en la salud infantil pese a avances en cobertura universal y reducción de mortalidad en menores de cinco años (de 22,1 a 12,4 muertes por 1.000 nacidos vivos entre 2000 y 2022). Persisten según el estatus de aseguramiento, la educación materna y el lugar de residencia^{1,2}: los hijos de madres con baja educación tienen un 50% más de probabilidad de morir en el primer año, que los de madres con educación universitaria, y los no asegurados un 61% más frente al régimen contributivo^{1,2}.

La llegada masiva de venezolanos agravó estas inequidades, en un contexto donde antes de 2016 su acceso se limitaba a urgencias, parto y cuidado posnatal inmediato, sin atención prenatal ni servicios de prevención⁴. Desde entonces, reformas como el Permiso Especial de Permanencia (PEP) y reformas normativas posteriores⁵ ampliaron el acceso al régimen subsidiado reduciendo barreras financieras. Sin embargo, la evidencia sobre sus efectos en contextos de migración forzada sigue siendo limitada.

El estudio

Estudio de cohorte retrospectivo nacional con 326.968 nacimientos únicos vivos de madres migrantes venezolanas registrados en Colombia entre 2013 y 2020.

Datos del Registro Único de Afiliados (RUAF) con estadísticas vitales 2013–2020, con una cobertura del 99% de nacimientos y el 91% de muertes reportadas a nivel nacional. Fuentes complementarias: la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Diseños cuasi-experimentales: diferencias en diferencias (DiD) y diferencias en diferencias en diferencias (DDD). Análisis estratificados por nivel educativo de la madre y densidad de migrantes por departamento.

Pregunta de investigación: ¿La ampliación del seguro subsidiado a mujeres migrantes venezolanas mejoró la utilización de la atención prenatal y redujo la mortalidad infantil en Colombia entre 2013 y 2020?

La evidencia

Acceso a la atención prenatal

Las estimaciones del modelo DDD evidencian un **aumento significativo en la utilización de la atención prenatal entre las migrantes** que se **inscribieron en el régimen subsidiado** tras la reforma. Este resultado es consistente con la evidencia internacional que muestra que la atención prenatal reduce la mortalidad neonatal y perinatal. El **efecto fue más pronunciado entre madres con nivel educativo igual o inferior a secundaria**, lo que sugiere que la política logró activar la demanda latente de servicios preventivos en el **grupo más vulnerable**⁹.

Mortalidad infantil

Las estimaciones del modelo DiD **no muestran mejoras grandes ni sostenidas en la mortalidad infantil** a nivel poblacional. Las tasas de mortalidad infantil de las **migrantes aseguradas (10,2 por 1.000 nacidos vivos) fueron comparables a las de las colombianas en el régimen subsidiado (10,5)**, mientras que las **migrantes no aseguradas registraron la tasa más elevada del estudio** (media de 15,4, con un pico de 20,4 en 2017) (ver Figura 1).

La ausencia de efectos sobre mortalidad es consistente con el hecho de que la atención del parto y las urgencias obstétricas ya estaban garantizadas para todas las mujeres. **La reforma amplió el acceso a la atención preventiva —un componente crítico para la salud a largo plazo⁸—, sin modificar el componente del sistema que más incide directamente en la supervivencia neonatal inmediata.**

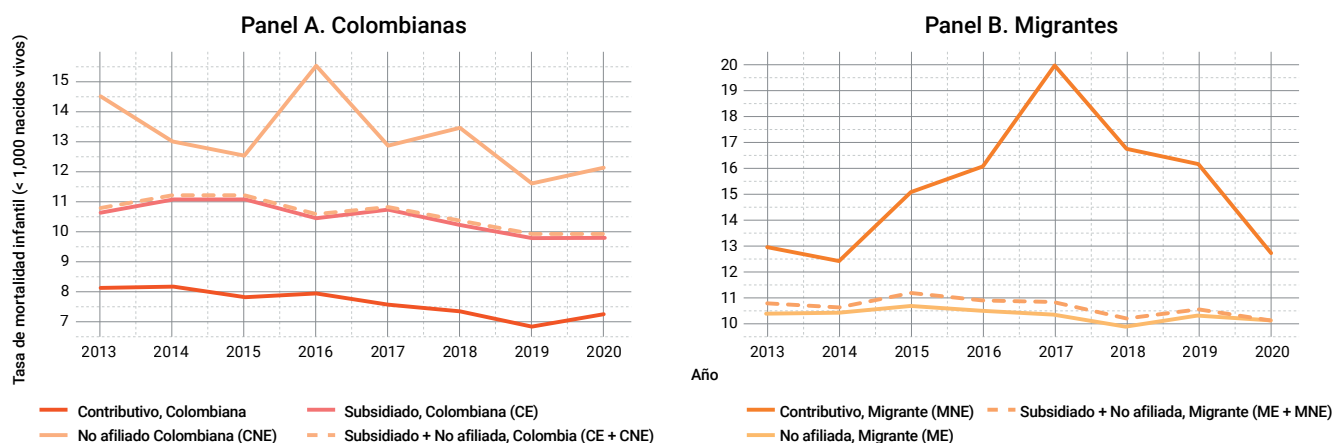


Figura 1. Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) según grupo poblacional, Colombia 2013–2020. Panel A: población colombiana; Panel B: madres migrantes venezolanas.

Otros resultados de nacimiento

Los **resultados secundarios** —bajo peso al nacer, prematuridad, puntaje Apgar— **no mostraron cambios estadísticamente significativos a nivel poblacional** tras la reforma. El aumento en la utilización de la atención prenatal fue observable en todo el país, **sin diferencias estadísticamente significativas entre departamentos con distinta densidad de población migrante**, lo que sugiere una **implementación relativamente homogénea** de las medidas de política a nivel nacional.

Consideraciones sobre la incertidumbre

Los resultados deben interpretarse con cautela. Las estimaciones dependen de supuestos sobre tendencias paralelas entre grupos cuya plausibilidad es solo parcialmente verificable. La agregación a nivel departamental, el uso de observaciones anuales y la ausencia de errores estándar agrupados pueden limitar la precisión estadística. Adicionalmente, los datos administrativos no contienen información clínica detallada, lo que restringe el análisis de mecanismos y efectos a largo plazo. La posible clasificación errónea del estatus migrante podría atenuar los efectos estimados.

Recomendaciones e implicaciones de política

Nivel nacional

- **Mantener y fortalecer** los mecanismos de **inscripción de migrantes en el régimen subsidiado**, garantizando su **acceso efectivo a la atención prenatal de calidad** desde el inicio del embarazo⁵.
- Implementar **estrategias activas de identificación y captación de migrantes gestantes no aseguradas**, dado que este grupo presentó la mortalidad infantil más alta del estudio.
- **Articular la reforma de aseguramiento con intervenciones dirigidas a mejorar la calidad** de la atención prenatal y los procesos del parto, para **ampliar el impacto en supervivencia infantil**⁸.

Nivel territorial e institucional

- **Priorizar la intervención en departamentos con alta densidad de migrantes y menor capacidad del sistema de salud**, donde persisten las mayores brechas en acceso.

- Diseñar **estrategias diferenciadas para migrantes con menor nivel educativo**, quienes mostraron una mayor respuesta a la política en términos de utilización de atención prenatal⁹.
- **Monitorear la inscripción de migrantes en el régimen subsidiado** y el **uso de servicios prenatales** como indicadores de proceso de la implementación de la política.

Implicaciones para otros contextos

La experiencia colombiana sugiere que la **integración formal de los migrantes en los sistemas nacionales de salud** —más que la provisión ad hoc de servicios paralelos— **puede contribuir a reducir desigualdades en salud materno-infantil**¹⁰. Esto tiene relevancia especial para otros países del Sur Global que enfrentan flujos migratorios forzados crecientes y barreras de acceso estructurales.

Dónde buscar más información

Esta nota de política se basa en el siguiente artículo (en proceso de revisión por pares): Espinosa O, Rodríguez-Lesmes P, Hone T, Millett C, Bejarano V, Eslava-Schmalbach J, Guarnizo-Herreño C, Buitrago G. The impact of expanding comprehensive maternal healthcare coverage to migrant Venezuelan women on infant health in Colombia: a national cohort analysis (2013–2020).

Autores

Oscar Espinosa¹; Paul Rodríguez-Lesmes²; Thomas Hone³; Christopher Millett³; Valeria Bejarano¹; Javier Eslava-Schmalbach⁴; Carol Guarnizo-Herreño⁵; Giancarlo Buitrago^{4,6} gbuitragog@unal.edu.co [Autor de correspondencia]

¹ Economic Models and Quantitative Methods Research Group, Universidad Nacional de Colombia; ² Universidad del Rosario; ³ Public Health Policy Evaluation Unit, Imperial College London; ⁴ Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia & Hospital Universitario Nacional de Colombia; ⁵ Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia; ⁶ Fundación Cardioinfantil.

Cita Sugerida: Espinosa O., Rodríguez-Lesmes P., Hone T., Millett C., Bejarano V., Eslava-Schmalbach J., Guarnizo-Herreño C., Buitrago G., ¿Puede el aseguramiento en salud mejorar la salud infantil de los bebés nacidos de madres migrantes venezolanas en Colombia? Evidencia de un estudio de cohorte nacional (2013–2020). Nota de política. 2026

Referencias

1. Buitrago G, et al. Socioeconomic inequalities in infant mortality in Colombia: a nationwide cohort study during 10 years. *BMJ Global Health*. 2025;10(8):e018526.
2. Abubakar I, et al. The UCL–Lancet Commission on migration and health. *Lancet*. 2018;392(10164):2606–54.
3. Licheri D, et al. Estudio de impacto fiscal de la migración venezolana en Colombia: realidad vs. potencial. Bogotá: OIM, Fundación Konrad Adenauer; 2024.
4. Guarnizo-Herreño C, Wehby G. Health of infants born to Venezuelan refugees in Colombia. *J Immigrant Minority Health*. 2021;23(2):222–31.
5. CONPES 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. Bogotá; 2018.
6. Miller S, et al. Covering undocumented immigrants: the effects of a large-scale prenatal care intervention. *NBER Working Paper*; 2022.
7. Toro J, et al. Achieving health outcomes in Colombia: civil registration and vital statistics system. Washington, D.C.: World Bank; 2019.
8. Wondemagegn A, et al. The effect of antenatal care follow-up on neonatal health outcomes: a systematic review. *Public Health Reviews*. 2018;39(1):33.
9. Ibáñez A, et al. Salir de la sombra: cómo un programa de regularización mejoró la vida de los migrantes venezolanos en Colombia. Washington, D.C.; 2022.
10. Rojas-Botero M, et al. Inequality trajectories in avoidable under-5 mortality in Colombia: a 23-year analysis (2000–2022). *SSM – Population Health*. 2025;30:101782.

Agradecimientos

Al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia por facilitar el acceso al Registro Único de Afiliados (RUAF). Al Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia por su apoyo técnico y administrativo.

Esta investigación hace parte del proyecto *Health Financing Fragmentation and UHC in Brazil, Colombia, Mexico and India*. <https://hs-fragmentation.org/> que contó con financiamiento del *National Institute for Health Research* del Reino Unido (NIHR150067).

Institución líder internacional:

IMPERIAL

Institución líder en Colombia:



Financiador:



Entidades aliadas en Colombia:



Entidades ejecutoras en el exterior:

