	GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS	CÓDIGO	FO-GS-15		
	ESQUEMA HOJA DE RESUMEN		VERSIÓN	02	
FECHA			14/05/2017		
PÁGINA			1 de 237		
ELABORÓ		REVISÓ		APROBÓ	
Jefe División de Biblioteca		Equipo Operativo de Calidad		Líder de Calidad	

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES): NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOMBRE(S): MANUEL ALEJANDRO APELLIDOS: PEREZ VILLAN

NOMBRE(S): KRISNED ANDREA APELLIDOS: BERNAL VILLAMIZAR

FACULTAD: EDUCACIÓN, ARTES Y HUMANIDADES

PLAN DE ESTUDIOS: DERECHO

DIRECTOR:

NOMBRE(S): EDGAR HERNAN APELLIDOS: FUENTES CAMACHO

NOMBRE(S): BERNARDO XAVIER APELLIDOS: CRISTANCHO VILLAMIZAR

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): “EFECTOS EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA (2019)”

RESUMEN

Debido a la llegada de los migrantes Venezolanos en los últimos años, se han venido presentando diversas problemáticas en los distintos sectores del país, quizá uno de los más afectados es el sector de la salud, en especial el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta, por lo tanto nos vimos en la tarea de centrar nuestra investigación en dicha entidad, analizando los efectos que la migración venezolano genera en el sistema de salud durante el año 2019, indagando acerca de los planes de acción que el gobierno y la administración municipal han implementado para la mitigación de los efectos migratorios en el área de salud, el método de investigación utilizado fue la hermenéutica jurídica, centrado en un enfoque mixto (tanto cuantitativo como cualitativo) ya que usamos fuentes de información documentales y técnicas experimentales con personal del Hospital.

PALABRAS CLAVE: Atención médica Especializada, Migrante, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Derechos fundamentales, Migración.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 235 PLANOS: ILUSTRACIONES: CD ROOM: 1

Copia No Controlada

EFFECTOS EN LA ATENCION ESPECIALIZADA EN SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
ERASMO MEOZ DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN
VENEZOLANA (2019).

KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMIZAR
MANUEL ALEJANDRO PÉREZ VILLAN

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD DE EDUCACIÓN, ARTES Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE DERECHO
SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2021

EFFECTOS EN LA ATENCION ESPECIALIZADA EN SALUD DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA
PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA (2019).

Proyecto de investigación presentado para optar al título de Abogado.

KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMIZAR
MANUEL ALEJANDRO PÉREZ VILLAN

DIRECTOR.

EDGAR HERNAN FUENTES CAMACHO

Especialista en Derecho Público Financiero & Contador.

CODIRECTOR

BERNARDO XAVIER CRISTANCHO VILLAMIZAR

Magister en Derecho Administrativo.

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD DE EDUCACIÓN, ARTES Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE DERECHO
SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2021



Vigilada Mineducación

GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS



CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Señores
BIBLIOTECA EDUARDO COTE LAMUS
Ciudad

Cordial saludo:

MANUEL ALEJANDRO PEREZ VILLAN Y KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMIZAR,
identificado(s) con la C.C. N°

1090506198 Y 1090454156, autor(es) de la tesis y/o trabajo de
grado titulado

“EFECTOS EN LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO
DE LA MIGRACIÓN VENEZOLANA (2019)”

presentado y aprobado en el año 2021 como requisito para
optar al título de ABOGADOS, autorizo(amos) a la biblioteca de la Universidad Francisco de Paula
Santander, Eduardo Cote Lamus, para que con fines académicos, muestre a la comunidad en general
a la producción intelectual de esta institución educativa, a través de la visibilidad de su contenido de
la siguiente manera:

- los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página web de la Biblioteca Eduardo Cote Lamus y en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Francisco de Paula Santander.
- Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet etc.; y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

Lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la ley 1982 y el artículo 11 de la decisión andina 351 de 1993, que establece que “**los derechos morales del trabajo son propiedad de los autores**”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Manuel Alejandro Pérez Villán
C.C.1.090.506.198 de Cúcuta.

Krisned Andrea Bernal Villamizar
C.C 1.090.454.156 de Cúcuta

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DERECHO**

FECHA: 6/04/2021

HORA: 16:00

LUGAR: Tic

TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO: "EFECTOS EN LA ATENCION ESPECIALIZADA EN SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZO DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACION VENEZOLANA (2019)"

Modalidad Investigación: Área: Derecho, Problemáticas Internacionales, Nacionales y Fronterizas.

Jurado 1: LUDY ALEXANDRA MONTAÑEZ GELVEZ

Jurado 2: ALFONSO NORBERTO JIMENEZ RAMIREZ

Jurado 3: WILLIAM MENDOZA PEÑARANDA

Director: Edgar Hernán Fuentes Camacho QEPD

Co-director: Bernardo Xavier Crisnacho Villamizar

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	CODIGO	NOTA	CALIFICACION EN LETRA
KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMIZAR	1350432	4.2	CUATRO PUNTO DOS
MANUEL ALEJANDRO PEREZ VILLAN	1350431	4.2	CUATRO PUNTO DOS

APROBADO

FIRMA DE LOS JURADOS



JURADO1



JURADO2



JURADO3



FANNY PATRICIA NIÑO HERNANDEZ
Coordinadora Comité Curricular

MeryL.

Dedicatoria

En honor de nuestro maestro, guía, director de tesis, gran amigo y sobre todo un excelente ser humano EDGAR HERNAN FUENTES CAMACHO.

No existen palabras suficientes para expresar todo el agradecimiento que te tenemos, desde el primer día de clase te convertiste en nuestro Amigo y guía, nos enseñaste la importancia del esfuerzo y de la dedicación.

Te agradecemos enormemente por aceptar ser nuestro director de tesis, por acompañarnos en este largo camino, aunque por razones que no nos brindan consuelo alguno, no lo pudimos terminar juntos. Dejaste en nuestros corazones una gran huella.

Gracias por siempre recibimos con esa gran sonrisa y hacernos esos chistes recurrentes que siempre alegraban nuestras clases y nuestros encuentros.

Gracias por ser un gran maestro y amigo. Eternamente agradecidos por formarnos en los grandes profesionales que desde hoy seremos.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mi amado Dios por permitirme llegar hasta este punto de mi vida, que aunque muchas veces creí que sería imposible y pensé en rendirme y renunciar por las dificultades y tropiezos que iban surgiendo en el camino jamás me dejó desfallecer.

A mi madre IMIRIDA OSORIO VERGEL, por darme la vida y ser una inspiración para mí, por confiar y creer en mí. Gracias madre por inculcarme a no conformarme y ser un gran ser humano.

A ANDRES AUGUSTO RINCON LAGUADO, por haber sido mi apoyo incondicional todos estos años y alentarme a ser una excelente estudiante y profesional. Gracias por todo, te debo demasiado.

Gracias a ti ANDRES FELIPE SALGADO, por ser mi gran amigo y motor de arranque que cada día me impulsaba a avanzar y a no abandonar mis ideales. Gracias por apoyarme a cumplir mis metas y no dejarme sola en el proceso, sobre todo gracias por cuidarme en cada momento, eres un gran faro de luz en la vida de muchos, sobre todo en la mía.

En especial a MANUEL ALEJANDRO PEREZ VILLAN, gracias por ser mi mejor amigo, aunque eres más que eso, para mí eres mi hermano. Gracias por ser mi compañero de tesis, por conformar cada equipo de trabajo conmigo, sobre todo gracias por aceptar llegar hasta aquí junto a mí. Espero que nuestra amistad sea duradera y firme como el roble.

Les agradezco enormemente a todos y cada uno de los docentes de la facultad de Derecho de la universidad Francisco de Paula Santander, por brindarme su sabiduría y formarme en la profesional que soy el día de hoy.

Y por último y no menos importante Gracias a STEFANNY PALENCIA, CAROL BELTRAN, NATALIA BAYONA, INGRID ATUESTA, ALEJANDRA RAMIREZ, LEANDRO ISAZA, JHON REALES, por acompañarme en este camino, brindándome apoyo y amistad incondicional.

A nuestro profesor y codirector de tesis Bernardo Xavier Cristancho Villamizar por ayudarnos en nuestra formación profesional y aceptar el darnos acompañamiento en esta última fase de carrera universitaria.

Krisned Andrea Bernal Villamizar.

A mi madre, que siempre ha estado conmigo apoyándome para cumplir mis sueños y metas, alentándome a ser mejor cada día dándome ejemplo de que con esfuerzo y trabajo duro se puede llegar a cualquier lugar, sin imposibles ni limitantes en la vida.

A la otra madre que me dio la vida, mi Tía Juana, que siempre ha estado para mí, incondicionalmente, que me vio y ayudo a crecer desde el principio.

A mi Padre, Pedro Manuel Pérez Mendoza, que, aunque ya no se encuentra con nosotros, fue el más feliz y orgulloso al enterarse de mi elección hacia la abogacía, no solo por seguir sus pasos sino también porque en un futuro seríamos colegas, espero que con el pasar de los años pueda llegar a ser igual o mejor profesional de lo que él fue.

A nuestro querido compañero y amigo Andrés Salgado, el cual ayudo incontables veces gracias a su experiencia y asesoramiento, y a su apoyo incondicional hacia nosotros durante estos cinco años de carrera, los cuales dieron inicio a una gran amistad.

A mi querida amiga y compañera de equipo Andrea Bernal, con la cual aprendimos a superar numerosos desafíos que se nos presentaron cada día.

A Mariana Guapacha quien ha estado para apoyarme sin importar la situación, dándome ejemplo de superación personal cada día enseñándome a superarme y ser mejor persona.

A nuestro profesor y codirector de tesis Bernardo Xavier Cristancho Villamizar por ayudarnos en nuestra formación profesional y en esta última etapa de la carrera.

Manuel Alejandro Pérez Villán.

Contenido

	Pág.
INTRODUCCIÓN	17
1. PROBLEMA	19
1.1 TÍTULO	19
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	22
1.4 OBJETIVOS	22
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.	22
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	22
1.5 JUSTIFICACIÓN	23
1.7 DELIMITACIÓN	24
1.7.1 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.	24
1.7.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL.	24
1.7.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL.	24
1.8 LIMITACIONES	25
2. MARCO DE REFERENCIA	25
2.1 ANTECEDENTES	25
2.1.1 HISTÓRICOS.	25
2.1.2 INVESTIGATIVOS.	26
2.1.2.1 Internacionales.	27
2.1.2.2 Nacionales.	28
2.1.2.2 Locales.	32
2.2 MARCO TEÓRICO	33
2.2.1 NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD.	33
2.2.2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	35

2.2.3 ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA.	39
2.2.3.1 Criterios de Clasificación de las instituciones para ser de orden municipal (primer nivel) departamental, intendencial o comisarial (segundo o tercer nivel).	41
2.2.4 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA.	43
2.2.4.1 Planificación de la capacidad hospitalaria.	45
2.2.4.2 Indicadores de gestión hospitalaria.	46
2.2.4.3 instrumentos para la evaluación de la atención especializada.	49
2.2.5 ATENCIÓN EN SALUD AL MIGRANTE.	50
2.2.5.1 Disposiciones Constitucionales frente al derecho a la salud de los extranjeros en Colombia.	52
2.2.5.2 Deber de afiliación al sistema de salud para los extranjeros en Colombia.	54
2.2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA SALUD PÚBLICA.	58
2.3 MARCO CONTEXTUAL	61
2.4 MARCO CONCEPTUAL	63
2.5 MARCO LEGAL	65
2.5.1 NORMATIVA INTERNACIONAL	65
2.5.1.1 Jurisprudencia de la CIDH.	68
2.5.1.2 Jurisprudencia del TEDH.	69
2.5.2 CONSTITUCIÓN Y RÉGIMEN NACIONAL.	70
2.5.2.1 Jurisprudencia Nacional.	71
2.5.2.2 Leyes.	80
2.5.2.3 Decretos.	82
2.5.2.4 Resoluciones.	82
3. DISEÑO METODOLÓGICO	84
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	84
3.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	84
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	87
3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	88
3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	89
3.5.1 FUENTES PRIMARIAS.	89

3.5.2 FUENTES SECUNDARIAS.	89
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	90
3.6.1 TÉCNICAS CUANTITATIVAS.	90
3.6.1.1 Análisis Cuantitativo de Datos Secundarios.	90
3.6.2 TÉCNICAS CUALITATIVAS.	91
3.6.2.1 Investigación Documental.	91
3.6.2.2 Entrevista.	91
4. RESULTADOS	92
4.1 ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN SALUD.	92
4.1.1 ANTECEDENTES.	92
4.1.2 DESTINACIÓN DE GASTOS EN AES.	96
4.1.3 FACTORES QUE DEFINEN LA INTEGRALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LA AES.	99
4.2 DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LOS MIGRANTES PROVENIENTES DE VENEZUELA EN EL MARCO DE LA CRISIS MIGRATORIA	101
4.3 LA ACCIÓN DE TUTELA COMO MECANISMO DE PROTECCIÓN DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LOS MIGRANTES VENEZOLANOS.	104
4.4 GESTORES SOCIALES	106
5. PLANES DE ACCIÓN IMPLEMENTADOS PARA LA MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS MIGRATORIOS EN EL ÁREA DE SALUD	111
5.1 DESARROLLO NORMATIVO EN SALUD ORIGINADO EN EL FENÓMENO MIGRATORIO	111
5.2 PLAN DE RESPUESTA DEL SECTOR SALUD AL FENÓMENO MIGRATORIO	117
5.2.1 GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.	119
5.2.2 FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD.	120
5.2.2 FINANCIAMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN.	121
5.3 POLÍTICA INTEGRAL MIGRATORIA DEL ESTADO COLOMBIANO	123
6. ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ	125

6.1 RESEÑA HISTÓRICA	125
6.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	126
6.2.1 MISIÓN.	126
6.2.2 <i>VISIÓN.</i>	126
6.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.	127
6.4 IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL	127
6.4.1 LOGO.	127
6.4.2 IMAGEN CORPORATIVA.	128
6.5 SERVICIOS BRINDADOS DE AES	128
7. GESTIÓN HOSPITALARIA EN EL ÁREA ESPECIALIZADA	129
7.1 ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA	129
7.2 ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA DEL HUEM	133
7.3 COMPOSICIÓN DE ÁREA ESPECIALIZADA	137
7.4 INDICADORES DE GESTIÓN HOSPITALARIA	138
8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	138
8.1 PARTICIPANTES	138
8.2 ANÁLISIS DE CONTENIDO	139
8.3 CATEGORÍA DE ANÁLISIS	140
8.3 ANÁLISIS DE ENTREVISTAS	141
8.3.1 FACTOR SOCIAL.	141
8.3.2 FACTOR ECONÓMICO.	143
8.3.3 FACTOR ESTRUCTURAL.	145
8.3.4 FACTOR RECURSOS HUMANOS.	148
8.3.5 PLANEACIÓN FUTURA.	149
9. ANÁLISIS DE RESULTADOS	151
9. 1 DATOS CUANTITATIVOS	151

9.1.1 INDICADORES DE LA PRODUCTIVIDAD DEL ÁREA ESPECIALIZADA.	151
9.1.2 INDICADORES DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS EN CONSULTA ESPECIALIZADA.	154
9.1.3 PROCESOS DE ASIGNACIÓN DE CITAS EN EL HUEM.	157
9.2 DATOS CUALITATIVOS	159
9.2.1 LOS EFECTOS EN LA AES EN EL ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN DE VENEZOLANOS.	159
9.2.1.1 Principales Efectos Encontrados.	160
9.2.1.2 Efectos adicionales.	165
CONCLUSIONES	167
RECOMENDACIONES	172
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174
ANEXOS	179

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Indicadores Hospitalarios	47
Tabla 2. Indicadores Diseñados de Acuerdo a la propia necesidad de un Hospital.	48
Tabla 3. Gestores Sociales.	107
Tabla 4 Lista de Especialidades que brinda el ESE HUEM	137
Tabla 5 Trabajadores del Área Especializada HUEM	139
Tabla 6. Atención general en área especializada primer trimestre 2019	152
Tabla 7. Atención general en área especializada segundo trimestre 2019	152
Tabla 8 Atención general en área especializada tercer trimestre 2019	152
Tabla 9. Atención general en área especializada cuarto trimestre 2019	153
Tabla 10. Migrantes venezolanos en área especializada primer trimestre 2019	155
Tabla 11. Migrantes venezolanos en área especializada segundo trimestre 2019	155
Tabla 12. Migrantes venezolanos en área especializada tercer trimestre 2019	155
Tabla 13. Migrantes venezolanos en área especializada cuarto trimestre 2019	156

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 Logo ESE HUEM	127
Figura 2. 'Erasmito'	128
Figura 3 Estructura Orgánica ESE HUEM	136
Figura 4 Formula Capacidad de área especializada.	151
Figura 5. Análisis de indicadores de área especializada.	154
Figura 6. Análisis de indicadores de área especializada.	156

Lista de Anexos

	Pág.
Anexos 1 Caracterización de Migrantes Venezolanos.	180
Anexos 2 Caracterización de Apoyo y Diagnostico Terapéutico.	188
Anexos 3 Caracterización Atención Hospitalaria.	195
Anexos 4 Capacidad instalada 2019-2020.	203
Anexos 5 Resumen venezolanos 2019.	204
Anexos 6 Comportamiento y proyección 2019.	206
Anexos 7. Comportamiento y proyección 2019.	208
Anexos 8 Modelo de Entrevistas	209
Anexos 9 Consentimiento Informado	212
Anexos 10 Transcripción Protocolar.	217

Introducción

Históricamente el Municipio de San José de Cúcuta se ha caracterizado por ser el enlace entre Colombia y Venezuela, lo que ha permitido que dentro del Municipio se generen dinámicas fronterizas de índole económicas, sociales y/o culturales. Sin embargo, la crisis que atraviesa el vecino país, sumió a Cúcuta dentro de un importante declive económico, acentuó problemáticas sociales preexistentes de la ciudad y, generó otros fenómenos entre los que se destaca: la Migración Humana.

Desde mediados del año 2015 la recesión, escasez, las violaciones de los derechos humanos, entre otros, provocó la llegada masiva de ciudadanos venezolanos que tiene en jaque a la ciudad, puesto que los medios existentes no son suficientes para su atención, en especial los establecimientos de salud, quienes en su mayoría no cuenta con los recursos necesarios para atender la emergencia, generando así importantes efectos en los servicios de salud brindados por el Hospital Erasmo Meoz, principal centro de salud de ciudad, en el área especializada en salud.

Por tanto, la presente investigación analiza el impacto en los servicios de salud del Municipio, teniendo como muestra los Servicios de Atención Especializada en Salud del Hospital Universitario Erasmo Meoz, verificando los indicadores de gestión hospitalaria brindados por el Hospital, con respecto a la Atención en Salud brindada en el área especializada en salud, producto de la migración venezolana.

Es importante mencionar, que antes de llegar a determinar los efectos en la Atención Especializada en Salud, se indago en la normatividad nacional – departamental y municipal, en materia de migración, así como de la jurisprudencia nacional en materia respecto a los años 2017-

2019 acerca de los planes de acción que el gobierno y administración municipal, han implementado para la mitigación de los efectos migratorios en el área de salud.

Así mismo, mediante el análisis documental, se logró establecer los factores que definen la integralidad en la prestación de la Atención Especializada en salud, brindada en los Centros Hospitalarios, de donde se derivan los efectos descritos en los servicios médicos especializados brindados por el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

En el desarrollo de la investigación, se utilizó un enfoque mixto, buscando obtener una visión más completa del fenómeno migratorio y sus efectos en el Sistema de Salud colombiano, lo cual nos permitió utilizar técnicas tanto cualitativas como cuantitativas, para el desarrollo de los objetivos, que conllevaron en unas *'metainferencias'* como resultado de la utilización de ambas técnicas, las cuales son desarrolladas en las conclusiones.

Del mismo modo, dentro de la investigación se exponen algunos referentes teóricos en torno a los enfoques jurídicos que se han tomado para el tratamiento de la problemática migratoria, y también se presentan los términos básicos necesarios para la comprensión de dicho fenómeno, así como el marco legal vigente que constituye las guías en las soluciones que ha tomado la administración municipal.

1. Problema

1.1 Título

Efectos en la Atención Especializada En Salud del Hospital Universitario Erasmo Meoz del Municipio de San José de Cúcuta producto de la Migración Venezolana (2019).

1.2 Planteamiento del problema

El Municipio de San José de Cúcuta gracias a su delimitación geográfica, se convirtió en un punto clave dentro de las relaciones comerciales entre Colombia y Venezuela, las cuales hoy en día pasaron a un segundo plano producto de la crisis política, económica y humanitaria que atraviesa Venezuela.

Si bien es de conocimiento general que el Municipio no cuenta con un sistema de salud sólido que responda a todas las necesidades de sus habitantes, está obligado a brindar ayuda a los migrantes desamparados que llegan a la ciudad, toda vez que los tratados internacionales de Derechos Humanos ratificados por Colombia han previsto la garantía de derechos que debe extenderse a los extranjeros, refugiados o migrantes, como lo establece la Declaración de Nueva York para los Refugiados y los Migrantes, aprobada por la Asamblea General el 19 de septiembre de 2016, de donde se consignan obligaciones como:

83 - Prestar asistencia en la medida de lo posible a través de los proveedores correspondientes de servicios nacionales y locales, como las autoridades públicas de salud, educación, servicios sociales y protección de la infancia.

84 - Trabajaremos para que se satisfagan las necesidades básicas de salud de las comunidades de refugiados y para que las mujeres y las niñas tengan acceso a servicios de salud esenciales. Nos comprometemos a prestar apoyo a los países de acogida en este sentido. También vamos a elaborar estrategias nacionales para la protección de los refugiados en el marco de los sistemas nacionales de protección social, según proceda (Asamblea General de la ONU, 19 de septiembre de 2016, pág. 17).

Las mencionadas disposiciones guardan concordancia con lo establecido en la Convención Americana de Derechos Humanos, la cual en su artículo primero compromete al respeto por los Derechos humanos y las libertades individuales y libertades reconocidos en ella, sin ningún tipo de distinción de nacionalidad. Es decir, la Convención no distingue de nacionalidad como factor que limita la protección de los derechos, por ello que el Estado Colombiano, esta obligados a la toma de medidas que procuren en la garantía de los derechos de los migrantes, que deben ser diseñadas y aplicadas por los entes territoriales, garantizando el acceso a cuidados de salud a las personas migrantes y refugiadas en tránsito.

Sin embargo, dichas obligaciones no parecen ser del todo reconocidas, según las disposiciones normativas nacionales, los migrantes solo podrán ser atendidos en los servicios de urgencias, limitando los servicios de urgencias, como servicios asistenciales, excluyendo de esta manera, a los migrantes venezolanos de recibir atención primaria en salud, y de servicios especializados, necesarios para la salvaguarda de sus derechos fundamentales.

Por otra parte, el reconocimiento de derechos a los extranjeros fue previsto por el artículo 100 de la Constitución Política, en el cual se consagró que “los extranjeros disfrutarán en Colombia de los mismos derechos civiles que se conceden a los colombianos”.

Dicho artículo, sirvió como fundamento para que, en 2017 el Ministerio de Salud a través de la Circular 025 del mismo año, solicitara a gobernadores, alcaldes y secretarios de salud adelantar acciones en la coordinación intersectorial, el desarrollo de capacidades en problemas de salud habituales de inmigrantes, la afiliación al sistema de salud para quienes cumplan los requisitos, así como el control de alimentos y la vigilancia de brotes y epidemias, a fin de cumplir especialmente las acciones de salud en lo que al sector requiere, fundamentado en lo establecido en la septuagésima Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud y la 68 sesión del

Comité Regional de OMS para Las Américas reiterado en la Declaración de Nueva York para los Migrantes y los Refugiados.

Sin embargo, en el desarrollo jurisprudencial de la Corte Constitucional, se han impuesto lineamientos que permiten la atención en salud de migrantes venezolanos, tanto de primer nivel, como la de servicios especializados, que han sido acatadas de manera general por los entes territoriales, permitiendo una cobertura universal en salud, y obligando a los centros hospitalarios a brindar la atención a los migrantes venezolanos en igualdad de condiciones según el caso.

El Municipio de San José de Cúcuta se ha ceñido a dichos mandamientos, y en trabajo con las IPS que operan en el área metropolitana, la de los municipios aledaños, se han creado procesos en salud que eliminan las barreras impuestas por la falta de documentos, sin embargo, debido a la masiva llegada de migrantes, no son suficientes.

La Secretaria de Salud de Cúcuta (2018), informó acerca del crecimiento exponencial de la demanda de servicios médicos en Norte de Santander, explicando que en cuanto a régimen subsidiado y contributivo, se aumenta por año en más 151.364 usuarios potenciales, siendo el Hospital Universitario Erasmo Meoz, el principal centro hospitalario de atención, sin embargo, respecto a la Atención Primaria en Salud, y a los servicios médicos especializados, los migrantes venezolanos solo pueden acceder a los mismos siempre y cuando hayan realizado los procesos que permitan su legalización migratoria, o estos porten el Permiso de Especial Permanencia (PEP), haciendo necesario una mayor destinación de recursos para la implementación de medidas que permitan mantener los estándares de integralidad atención en salud de los centros hospitalarios.

Por ello, la presente investigación está encaminada a determinar los efectos en la Atención Especializada en Salud del Hospital Universitario Erasmo Meoz, debido al aumento de usuarios potenciales, que reciben Atención Médica Especializada.

1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son los Efectos en la Atención Especializada en Salud del Hospital Universitario Erasmo Meoz del Municipio de san José de Cúcuta producto de la migración masiva de venezolanos?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Determinar los Efectos en la atención de pacientes en el área especializada del Hospital Universitario Erasmo Meoz, producto de la carga de trabajo que reciben adicional a sus funciones producto de la migración de venezolanos.

1.4.2 Objetivos específicos.

- 1.** Analizar los indicadores de Gestión Hospitalaria en el área especializada del Hospital Universitario Erasmo Meoz, del año 2019, en relación a la atención de migrantes venezolanos.
- 2.** Establecer los Factores que definen la integralidad en la prestación de la Atención Especializada en salud, brindada en los Centros Hospitalarios.
- 3.** Indagar acerca de los planes de acción que el gobierno y administración municipal, han implementado para la mitigación de los efectos migratorios en el área de salud.

1.5 Justificación

Esta investigación en un primer momento analiza el fenómeno migratorio en Salud en el Hospital Universitario Erasmo Meoz del Municipio de San José de Cúcuta, en busca de determinar su fin último, la afectación de los servicios especializados en salud, brindados por dicha institución en el área especializada en salud, en busca de indagar en posibles soluciones que mitiguen los efectos del fenómeno migratorio en materia de salud.

En la revisión del Estado del arte, se pudo constatar que no existen estudios que analicen las dinámicas dentro de la prestación de servicios de atención médica especializada a los migrantes venezolanos, todos se enfocan es en las dinámicas migratorias en salud o los efectos en las urgencias de los centros hospitalarios, por ello, esta investigación puede servir como punto de referencia para organismo de derechos humanos, donde se expondrán el tratamiento dado a la problemática migratoria, importante para el entendimiento de los objetivos a realizar por la administración municipal en relación con el sector salud.

Es por ello, que el Hospital Erasmo Meoz como principal institución hospitalaria del Departamento, así como receptora en la atención a migrantes, puede brindar un contexto acertado acerca de las medidas que deben tomarse en pro a la organización del sistema de salud del Municipio, y en las que establezcan protocolos de atención que brinden mejores estrategias de manejo a la migración masiva de venezolanos.

Así mismo, es menester hacer una revisión acerca de la carga adicional que recibe el Hospital en sus servicios de atención médica especializada, toda vez que como principal centro hospitalario recibe la mayor carga de atención en salud de migrantes venezolanos, los cuales en su mayoría requieren de procedimientos complejos y costosos, que por mandato de Ley, la Alcaldía debe asumir sus costos.

Teniendo en cuenta que los entes territoriales calculan el crecimiento exponencial de la población, para realizar el giro de los montos de atención en salud, siendo la migración masiva de venezolanos una variable impredecible, que no se puede estimar respecto al número de migrantes que ingresan a territorio nacional, las aproximaciones numéricas se quedan cortas, haciendo poco eficaz la respuesta en la atención migratoria.

De allí la importancia de la revisión de los procesos de mitigación del Hospital en el área especializada en salud, puesto que la mayoría de migrantes llega al municipio en busca de que se les brinde atención médica especializada, otorgándole una carga adicional a la atención de los connacionales.

1.7 Delimitación

1.7.1 Delimitación Conceptual. La propuesta investigativa contempla expresiones como migrantes; crisis humanitaria; indicadores de: pobreza, desempleo, informalidad, inseguridad; calidad de vida; presupuesto nacional; presupuesto local; presupuesto regional; reglamento de convivencia del migrante en asentamientos temporales; normas transitorias de migración; permiso de especial de permanencia (PEP); deportación; unidad de pago por capacitación (UPC); resoluciones, Decretos, Leyes, Sentencias Corte Constitucional.

1.7.2 Delimitación Espacial. La investigación se realiza en el Hospital Universitario Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta, en donde se tomaran como base su estructura organizacional y de cadena de mando, así como los factores que inciden en la prestación de los servicios de especializada en salud, área donde se brinda la Atención Especializada en Salud por el Hospital.

1.7.3 Delimitación Temporal. La investigación comprende el periodo del año 2019, así mismo, se analizaran los datos recolectados dentro del periodo 2018-2019, verificando los logros

de las acciones llevadas a cabo, así como las diferentes variables planteadas de acuerdo a la atención de los migrantes venezolanos.

1.8 Limitaciones

Están relacionadas con la falta de actualización de los registros, de inmigrantes venezolanos atendidos en salud, en el año 2019 en Cúcuta, al momento del estudio, respecto a: el flujo exacto de inmigrantes que se domicilian en Cúcuta, el Banco de datos incompletos y no actualizados, de las inversiones realizadas por el sector privado y público en alimentación y, el período de tiempo de recolección de la información.

Por otro lado, durante la realización de la presente investigación, el Covid-19 se desarrolló como una pandemia a nivel mundial, obligando a los Estados a mantener medidas restrictivas en la movilidad, y a las empresas, a desarrollar estrategias como el trabajo en casa. Por ello, instituciones de salud como el Hospital Erasmo Meoz, se vieron forzados a cerrar su atención al público, por tanto muchas de las dinámicas realizadas dentro de la investigación corresponde a procesos realizados por medios electrónicos, no presenciales.

2. Marco de Referencia

2.1 Antecedentes

2.1.1 Históricos.

En materia internacional opera la Unidad de Derecho Internacional sobre Migración, que se estableció con el objetivo de racionalizar y reforzar la labor de la OIM en derecho internacional sobre migración. El objetivo de esta Unidad es fomentar la conciencia y conocimientos en la materia. Destacándose las siguientes prioridades:

- Capacitación y fortalecimiento institucional en derecho internacional sobre migración.

- Investigación en materia de derecho sobre migración.
- Base de datos de derecho sobre migración.

En nuestro país, debido a la llegada más de un millón trescientas mil personas procedentes de Venezuela entre 2015 & 2018 (ACNUR, 2019), continuando el éxodo en el año 2019. Incluyéndose conciudadanos nacionales con muchos viviendo en el hermano país, el gobierno central expidió el Decreto 1288 de 2018 “Por el cual se adoptan medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos a la oferta institucional y se dictan otras medidas sobre el retorno de colombianos”, destacándose los siguientes lineamientos:

- Modifica lo relacionado con el PEP (Permiso especial de permanencia).
- Beneficios del PEP y su cancelación por la autoridad pertinente.
- Programas de apoyo al retorno.
- Acceso a estudio de los venezolanos y validación de estudios de básica y media académica de estudiantes venezolanos.
- Oferta institucional en salud.

2.1.2 Investigativos.

Respecto a los antecedentes investigativos a continuación se trae a colación trabajos de investigación, los cuales brindan una base teórica que sirve para sustentar y fundamentar el tema que es objeto de estudio, en donde a su vez describen criterios de solución en asuntos migratorios, los cuales tomaremos como fundamento para el desarrollo del presente proyecto.

2.1.2.1 Internacionales.

Lorena Izaguirre (2011), De la relativa ausencia a la creciente presencia: la migración de retorno en el escenario de la Región Andina. Los casos de Perú y Ecuador, Artículo de Investigación, Revista de Derechos Sociales, Pontificia Universidad Católica del Perú. A partir de dos aproximaciones a la migración de retorno en los países de Ecuador y Perú, se busca identificar el modo en que éste es definido “desde arriba”, desde la acción de los Estados, a partir del diseño de políticas e iniciativas públicas en la materia.

Sebastián Andrés Patiño Guzmán (2016), Retos Del Sistema De Salud Argentino En La Atención Primaria En Salud, Artículo Científico, Universidad de Buenos Aires, Demuestra los procesos a seguir en la Atención Primaria en Salud los espacios de integración de varios servicios, en busca de una correcta a formulación de la política de salud en la concepción de servicios integrados de salud.

Margarita Bernales & otros (2017), Desafíos en salud primaria para migrantes internacionales: el caso de Chile, Trabajo de investigación, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. Expone las condiciones que rodean al proceso de migración, mismas que hacen que su movimiento tenga gran impacto en la salud pública, mediante un enfoque cualitativo y manejando entrevistas logran determinar dichos desafíos.

Dorothy Estrada Tanck (2017), Protección de las personas migrantes indocumentadas en España con arreglo al derecho internacional y europeo de los derechos humanos, Artículo Investigación, Universidad de Murcia, España. Aborda el régimen jurídico de protección de las personas migrantes indocumentadas en España, realizando una cartografía integral de los instrumentos internacionales y europeos de derechos humanos que les resultan aplicables y

contrastando dicho marco jurídico con la normatividad y la práctica en el país. El trabajo identifica de modo temático y casuístico los riesgos y vulnerabilidades que enfrentan las personas migrantes en España y en la UE, y los examina de modo crítico y a la vez propositivo a la luz de los principios de igualdad y no-discriminación, la jurisprudencia de los órganos de NU y del TEDH, así como de las herramientas protectoras del propio orden jurídico español.

Marcelo Jáuregui Torres (2018), Migración Venezolana ¿Está Preparada Panamá Para Ser Un País Receptor De Migrantes?, Artículo Científico, Universidad de Panamá. Explica los retos que debe afrontar el país como nuevo receptor de migrantes, tanto en su atención como cuidado, así mismo, brinda las perspectivas de diferentes acerca de las acciones que debe llevar a cabo el gobierno.

Roberta Villalón (2020), Una aproximación sociológica crítica activista al estudio de salud y migración: el caso ecuatoriano, Artículo Científico, St. John's University, Estados Unidos. Presenta una síntesis analítica de una investigación interdisciplinaria y aplicada entre 2015 y 2019 sobre migrantes ecuatorianos en Estados Unidos y España, familiares de migrantes en Ecuador, y migrantes retornados. Prestando atención a historias de salud y migración, dinámicas familiares, prácticas de cuidado, intersecciones transnacionales de estructuras sociales, y agencia individual y colectiva, el estudio identifica procesos en la salud y conceptualiza mecanismos psico-socioculturales que migrantes y familiares no migrantes emplean para lidiar con desafíos sanitarios relativos a la migración.

2.1.2.2 Nacionales.

Dalia Rocío Rodríguez Quiñones (2010), La Migración De Retorno En Colombia: Un Fenómeno Por Comprender, Tesis de Pregrado, Pontificia Universidad Javeriana, Describe el

fenómeno de migración en nuestro país, analiza sus causas y el accionar nacional para mitigar sus efectos negativos.

Shirley Viviana Cataño Pulgarín & otros (2014), La Migración De Retorno. Una Descripción Desde Algunas Investigaciones Latinoamericanas Y españolas, Artículo Científico, Revista Colombiana de Ciencias Sociales, Fundación Universitaria Luis Amigó. Realiza un acercamiento a la construcción teórica que se ha hecho del concepto de retorno y sus características como una etapa del proceso migratorio, en investigaciones nacionales y extranjeras, publicadas en español y que posibiliten algunos dominios comprensivos al tratamiento que se le ha dado a este fenómeno por parte de la comunidad académica.

Ángela María López (2017), Migración De Ciudadanos Venezolanos A La Ciudad De Medellín - Municipio De Bello, Proyecto de Grado Tecnólogo, Tecnológico De Antioquia, Institución Universitaria. Describe los efectos generados por la migración de venezolanos en el municipio de bello, además, analiza indicadores de los ingresos antes y después de la migración de venezolanos de los comerciantes locales.

Álvaro Hernán Aguado Mazuera (2018), Empleabilidad De Migrantes Venezolanos En El Mercado Laboral De Cali, Tesis de Grado, Pontificia Universidad Javeriana Cali. Analiza la empleabilidad de los migrantes venezolanos en el mercado laboral caleño, Asimismo indaga sobre las percepciones de los migrantes venezolanos frente al mercado laboral en la ciudad.

Fredy Alberto Beleño Poveda (2018), El proceso migratorio entre Colombia y Venezuela: Un Análisis de la problemática actual, Tesis de Postgrado, Universidad Militar Nueva Granada. Analiza el proceso Migratorio entre Colombia y Venezuela en la actualidad, así mismo, determina y analiza el grado en que la institucionalidad, en este caso el gobierno en general y la

Entidad Migración Colombia de la mano de la cancillería, contribuyen de manera Eficaz y Eficiente a contrarrestar esta problemática.

Francy Johanna Mejía Madroñero (2018), Los compromisos de Colombia frente a los migrantes venezolanos en virtud del Derecho Internacional de los Refugiados, Trabajo de Investigación, Universidad Católica de Colombia. Resalta a la migración como una característica inherente al ser humano desde su etapa primitiva, brindando una reflexión se ha desarrollado a partir de una metodología de investigación de tipo documental que busca identificar las normas de derecho internacional de los refugiados para posteriormente analizar la aplicación que se han dado a las mismas en el caso de los migrantes venezolanos que han llegado masivamente a Colombia. Para lo anterior, se utilizaron como fuentes primarias libros y artículos de revistas indexadas que desarrollan el tema y como fuentes secundarias jurisprudencia referente al tema de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Constitucional colombiana.

Luisa Fernanda Echeverri Villa (2019), El Derecho Fundamental A La Salud De La Población Migrante Venezolana En Colombia: Análisis De La Jurisprudencia Constitucional Colombiana, Tesis de Grado, Universidad EAFIT de Medellín. Evidencia un ejercicio de revisión crítica de la jurisprudencia de la Corte Constitucional acerca del derecho fundamental a la salud de la población migrante proveniente de Venezuela en Colombia. Así, se presenta un análisis del mandato de protección constitucional vigente que destaca los principales avances y dificultades en la protección al derecho fundamental a la salud de dicha población en los últimos años, en contraste con las reglas jurisprudenciales establecidas en Colombia en este ámbito para la población extranjera y previas al reciente fenómeno migratorio.

Enrique Gil Botero (2019), Amparo universal de los derechos de los migrantes. Marco comparativo y convencional de protección, Artículo Científico, Conferencia de Ministros de

Justicia de los Países Iberoamericanos (COMJIB). Describe algunas de las principales dinámicas y situaciones de las crisis migratorias que se han venido evidenciando en la región durante los últimos años, así como también algunos elementos comunes a estas crisis. Posteriormente, se aborda el tema del debido proceso en el ejercicio de la política y el control migratorio y los estándares internacionales del procedimiento de determinación de la condición de refugiado. Finalmente, a partir de algunos de los principales casos que han sido resueltos por los órganos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos – la Comisión y la Corte – y por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, se muestran las contribuciones que se han generado en el desarrollo de estándares tendientes a garantizar los derechos humanos de las personas migrantes y otras en el contexto de la movilidad humana.

María Teresa Palacios Sanabria (2019), Migración y Derechos Humanos: el caso colombiano, 2014-2018, Proyecto de investigación, Universidad de Rosario. Presenta los principales retos existentes en los países receptores de población migrante al construir políticas públicas, institucionalidad de respuesta y regulaciones internas cuyas exigencias internas e internacionales implican la aplicación de un enfoque de derechos humanos. Se trata de una propuesta de investigación que surge al interior de la Red Sociojurídica en el año 2017 y que compromete a veintiún universidades colombianas y cuarenta y cinco investigadores bajo el liderazgo de la Universidad del Rosario, en la construcción de un diagnóstico que da cuenta desde la mirada nacional y desde las regiones, de lo que ha sucedido en respuesta a los derechos a la salud, educación, trabajo y acceso a la justicia de los migrantes en los últimos cuatro años en Colombia.

2.1.2.2 Locales.

Viviana María Suarez Caicedo & otros (2009), Diagnostico en la prestación de los servicios de salud en urgencias del hospital universitario Erasmo Meoz de San José de Cúcuta norte de Santander, Tesis de grado, Derecho, Universidad Libre, Seccional Cúcuta. Analiza estudios realizados sobre la problemática hospitalaria, así como por la previsor S.A el estudio sectorial de salud, los trabajos del ministerio de salud, hoy de la protección social y del departamento nacional de planeación, así como los del centro de gestión hospitalaria y la asociación colombiana de hospitales y clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de servicio de salud. Como lo vamos a tratar de hacer nosotros buscando las deficiencias del hospital universitario Erasmo Meoz de la ciudad de san José de Cúcuta. Así mismo, se procura por determinar los Múltiples diagnósticos establecidos sobre los prestadores de servicios de la salud en Colombia, acerca de la atención primaria en salud y los servicios especializados.

Luz Marina Bautista-Rodríguez & otros (2012), Caracterización de la oferta y la demanda en el servicio de consulta externa, Artículo Científico, Revista Ciencia y Cuidado, Universidad Francisco de Paula Santander, el presente estudio pretende identificar las necesidades de oferta y demanda en el servicio de consulta externa de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz (ESE HUEM) en el primer semestre de 2011. La investigación tiene un enfoque mixto que permite recolectar datos de índole cuantitativo (aplicación de un instrumento) y cualitativo (entrevista directa) a los usuarios seleccionados en la muestra de 281 usuarios. Los resultados muestran que dentro de las barreras de la organización, la documentación en el proceso de facturación y la documentación incompleta fueron las principales barreras encontradas.

Nohema Godoy Godoy & Otros (2014), Impacto Inicial de Acciones de Atención Primaria en Salud, en Familias del Albergue la Palestina, Gramalote, Norte de Santander, Artículo Científico, Revista Sanidad Historia Sanidad. Describe el impacto inicial de acciones de atención primaria en salud, en familias del albergue la Palestina, de Gramalote, Norte de Santander. Los sujetos corresponden a ciento diez familias del albergue, localizado alrededor del desaparecido del municipio; de las 110 familias seleccionadas de forma intencionada y a conveniencia, 85 aceptaron participar voluntariamente del estudio; las acciones de atención primaria en salud se realizaron, basadas en una medición inicial de la situación de salud.

2.2 Marco teórico

A continuación, se realizará una breve explicación de los ejes centrales de la investigación como lo es la Atención Primaria en Salud y la Atención en Salud al Migrante.

2.2.1 Niveles de Atención en Salud.

Respecto a los niveles de Atención médica, a partir de 1986 tanto la OMS como la OPS clasificaron la atención médica por niveles, adecuando los centros hospitalarios a brindar respuestas técnicas y administrativas dentro de su organización, dichos niveles responden a características propias y están interrelacionados de acuerdo a su nivel de complejidad, a saber:

- **Primer Nivel de Atención.** Como se mencionó anteriormente, el primer nivel de Atención en Salud es el más importante, puesto de que este es el primer contacto médico-paciente, por tanto, son percibidos por la población como referentes locales de salud, como lo son: el control de enfermedades endémicas, servicios curativos, preventivos y de rehabilitación o el control de enfermedades endémicas. Según Rodríguez (2005), la mayor parte de las complicaciones en salud de las comunidades son atendidas en este primer nivel,

puesto de que son aquellos que se presentan con mayor frecuencia, llamados habitualmente problemas prevalentes de salud.

- **Segundo Nivel de Atención.** Compuesto por todas aquellas instituciones de salud que brinda servicios con intervención en servicios básicos, es decir, aquellos que requieren hospitalización o atención de urgencias. Así mismo, incluye la prestación de servicios ambulatorios como: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, los cuales en su mayoría son remitidos del primer nivel de atención.

- **Tercer nivel de Atención.** Agrupa a las instituciones de salud especializadas equipadas con equipos de alta complejidad que le permiten atender problemas de salud que requieren mayor conocimiento o tecnología específica. Por otro lado, otro factor que ubica a dichas instituciones en el presente nivel de atención es la infraestructura, puesto que les permiten realizar estudios complementarios de seguimiento más complejos.

En el desarrollo de la presente investigación nos enfocaremos en el primer y tercer nivel de atención, toda vez que de acuerdo a lo contemplado tanto por la OMS, la OPS, distintos Institutos de Salud Nacionales, así como lo contemplado en la Declaración de Alma-Ata, la AES posee un vínculo esencialísimo de coordinación, orientación e integralidad que parte desde el primer contacto médico-paciente en los centros de salud, lo cual connota la accesibilidad y la capacidad del Centro Hospitalario.

Es por ello que según Starfield (2002):

Una AES de calidad sólo existirá si ella cumple sus tres funciones esenciales: la resolubilidad, la comunicación y la responsabilidad. La función de resolubilidad, inherente al nivel de atención primaria, significa que ella debe ser resolutoria, por lo tanto, capacitada cognitivamente y tecnológicamente para atender más de 85% de los problemas de su población.

La función de comunicación expresa el ejercicio de la AES como centro de comunicación, lo que significa tener condiciones de ordenar los flujos y contraflujos de las personas, de

los productos y de las informaciones entre los diferentes componentes de las redes. La función de responsabilizarían implica el conocimiento y la relación íntima, en los micro territorios sanitarios de la población adscrita y el ejercicio de la responsabilizarían económica y sanitaria en relación a ella (Novedades sociales en salud, 2013, Pag.68).

2.2.2 Atención Primaria en Salud.

De manera general y deliberada, empleamos el término “Salud” como aquella noción que expresa vitalidad y buen su funcionamiento, sin embargo, la Organización Mundial de Salud (2008), definió a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad” (p.34), es decir, la existencia de una enfermedad que pone en riesgo dicha vitalidad, la cual deben brindarse una atención base que responda a las necesidades de cada caso en particular.

La Atención Primaria en Salud (En adelante APS), ha sido definida por especialistas en salud como el componente clave en todos los Sistemas de Salud estatales, toda vez que se constituye como una alternativa para superar las desigualdades en salud, no es un ideal sino un principio organizativo, hacia la satisfacción de necesidades de salud de las personas. Representando este el primer nivel de Atención en Salud y el más importante, puesto de que este es el primer contacto médico-paciente.

Tal reconocimiento se sustenta en la convicción generada por los operadores de Salud sobre el impacto generado en salud y su desarrollo en la población. Así mismo, las experiencias acumuladas tanto en países desarrollados como en proceso de desarrollo han demostrado que la APS puede ser adaptada a los distintos contextos políticos, sociales y culturales.

Contextos que se desarrollaron dentro de la Declaración de Alma-Ata en 1978, la cual fijo como lema y objetivo “Salud para todos en el año 2000”, recordándoles a los gobiernos la

obligación de cuidar la salud de su pueblo, promoviendo así una cultura asistencialista para los servicios de APS, definiéndola como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, 1978, Pág. 1).

Adicional a dicha concepción, dentro de la declaración se hizo hincapié que para el logro de un bienestar físico, psíquico y social no se consigue solo en los servicios médicos, si no en la multicausalidad del mismo. Es importante mencionar, que en dicha conferencia también se reconocieron elementos imprescindibles que se pueden denominar desarrollo histórico-conceptual, entre ellos:

- Que la salud es un derecho humano fundamental.
- Que en ella intervienen muchos otros sectores además del llamado sector sanitario.
- Que la salud está determinada por el nivel de desarrollo de los pueblos.
- Que es inaceptable política, social y económicamente la desigualdad entre los países desarrollados y los otros.
- Que la salud requiere la participación de las personas individual y colectivamente.

Cabe aclarar que el concepto de APS ha recibido diversas interpretaciones en los últimos años, incluso en los contextos regionales se ha redefinido en busca de dar respuesta a las necesidades pertenecientes a dichas comunidades, entre los que más se destacan la OPS (2014) explica que:

En algunos contextos se ha referido a la prestación de servicios de asistencia sanitaria personal ambulatoria o de primer nivel. En otros, se ha entendido como un

conjunto de intervenciones sanitarias prioritarias para las poblaciones de ingresos bajos (también denominada atención primaria selectiva). En otros casos se ha considerado un componente esencial del desarrollo humano, con especial hincapié en los aspectos económicos, sociales y políticos (Organización Panamericana de la Salud, 2014, Pág.88).

De esta forma, al considerarse un componente esencial para el desarrollo de los DESCAs (Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales) el MinSalud (2017) decreta que deben establecerse consideraciones respecto a la Atención en los Centros Hospitalarios, estableciendo que:

La nueva normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientada a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros – Ley 1438 de 2011 (Pág. 17).

Así mismo, como esta principalmente destinada a personas pertenecientes a grupos vulnerables, el MinSalud (2012), señala que la APS debe regirse por los siguientes principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

A pesar de dichos lineamientos, que incluso de adecuan a la Constitución de 1991, la recuperación y reformulación de políticas basadas en Atención Primaria de Salud en diferentes niveles, rescatando experiencias locales de APS permiten afirmar que se vive un nuevo momento de particular importancia para ella y que para el caso colombiano es un claro llamado a la reformulación del denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que no ha logrado responder a las necesidades de la mayoría de la población colombiana.

Según lo estipulado en el art. 12 de la Ley 1438 de 2011 “*Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, existen tres componentes integrados e interdependientes por los cuales deben fundamentarse las estrategias que deben adoptarse en la Atención Primaria en Salud, estos son:

1. Servicios de Salud: Esencialmente definidos como el sector fundamental para la preservación humana, puesto de que brinda atención orientada a la conservación, sostenimiento y la promoción de la salud de las personas, los cuales deben ser una obligación a cargo del Estado su prestación del servicio para todos los ciudadanos.

2. Acción Intersectorial/Transectorial: Se refiere al trabajo en conjunto de la red de Atención en Salud, la cual debe estar coordinada, planificada y sistematizada por todos los agentes en salud que convergen en ella, en pro a brindar respuesta a las necesidades de la comunidad, así como a eventos endémicos o de gran conmoción en la comunidad.

3. Participación Social, Comunitaria y Ciudadana: Busca la intervención comunitaria dentro de los planes de acción, en pro a que los mismos estén acordes con las necesidades de quienes están dirigidos.

Ahora bien, los componentes de la APS son integrales y están encaminados a el logro de las metas de atención establecidas, las cuales tienen funciones no solo curativas, si no preventivas, es por ello que son comúnmente clasificadas así: prevención primaria (promoción y protección de la salud), prevención secundaria (curación) y prevención terciaria (rehabilitación).

2.2.3 Atención Médica Especializada.

La Atención Médica Especializada, Atención Médica Hospitalaria o Atención Especializada en Salud (En adelante AES), es aquella brindada en el tercer nivel de atención en salud por los Centros Hospitalarios especializados, así mismo, esta posee una función asistencialista, puesto que diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, permitiendo a los usuarios un diagnóstico asertivo con la atención de un especialista en materia, y la estructura y tecnología adecuada.

Además de las actividades asistenciales, la AES incluye actividades de tipo: (i) *Diagnosticas*, donde a través de la consulta con los médicos especialistas, se verifican antecedentes en salud, los exámenes realizados en Atención Primaria, de donde se realiza un bosquejo y se determina el tratamiento a seguir; (ii) *Terapéuticas*, referidas a aquellas actividades y procesos que los psicólogos y psiquiatras realizan, previo chequeo de médico de medicina general, para encontrar la estabilidad emocional de los usuarios, suelen realizarse por medio de sesiones en donde se dejan actividades que se evaluarán en el próximo encuentro; (iii) *de rehabilitación, cuidados o postoperatoria*, es aquella que funge como control de las cirugías o intervenciones quirúrgicas realizadas a los pacientes, realizando chequeos de la evolución y recuperación en las heridas, así como de la funcionalidad del cuerpo.

Según el MSBC español (2016), de dichas actividades se desprende procesos como:

- Valoración inicial del paciente.
- Indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos.
- Indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente.

- Indicación y, en su caso, administración de medicación, nutrición parenteral o enteral, curas, material fungible y otros productos sanitarios que sean precisos.
- Indicación de ortoprótesis y su oportuna renovación, de acuerdo con lo establecido en la Cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica.
- Información al alta conteniendo información diagnóstica y de los procedimientos realizados para facilitar el correcto seguimiento del paciente y la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados (Atención Médica Especializada, Ministerio de Bienestar, Consumo y Bienestar Social, pág. 8).

Por regla general, para recibir Atención Médica Especializada, se debe de haber recibido con anterioridad APS, por tanto los procesos anteriormente inician en los centros de salud, para luego ser remitidos a los centros especializados en salud, que con un diagnóstico ya establecido se encargan de llevar a cabo las actividades esenciales, que permitan una adecuada recuperación de los pacientes.

Los centros Hospitalarios que prestan servicios de atención médica especializada, se encuentran divididos en cuatro categorías de prestadores: profesionales independientes, entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y transporte especial de pacientes. Dicha clasificación nace con la expedición de la Ley 10 de 1990, *'por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones'*, en donde se estableció responsabilidad a los entes territoriales para el funcionamiento de las redes de atención en salud, siendo la prestación de servicios reglamentada por mandato de Ley de acuerdo a los niveles de atención.

De esta manera, con la expedición del Decreto 1760 del 2 de agosto de 1990, *'por el cual se establecen y definen los niveles de atención, tipo de servicio y grados de complejidad'*, se fija los

criterios para determinar los grados de complejidad en los niveles de atención y sus servicios, los cuales según el art. 5 del mencionado decreto son:

Patologías que atiendan o prevén atender con su grado de severidad y la frecuencia de la misma; Base poblacional; Tipo y nivel de formación del personal y vinculado; Características y condiciones del instrumental y equipo disponible; Apropiación y uso de la tecnología disponible en la entidad; Características de la planta física; Características de la entidad: Ubicación geográfica, características sociales y culturales de la población; Población cubierta en términos del Régimen de Referencia y Contrarreferencia y tipos de servicios que requiere la población; Volumen de recursos financieros, dedicados a funcionamiento e inversión.

Cabe mencionar que los anteriores criterios definirán la responsabilidad de las entidades territoriales respecto a la administración de los centros de salud, así como, la clasificación por niveles de dichos centros de atención, delimitando los servicios que estos pueden ofrecer y el volumen de pacientes.

2.2.3.1 Criterios de Clasificación de las instituciones para ser de orden municipal (primer nivel) departamental, intendencial o comisarial (segundo o tercer nivel).

En este apartado serán descritos los criterios de clasificación por los cuales se clasifican los centros hospitalarios, de primero, segundo o tercer nivel, de acuerdo a los mandatos de ley.

- **Primer Nivel**

Según el artículo 6° literal a) de la Ley 10 de 1990, las entidades de primer nivel son aquellas que corresponde a los siguientes criterios:

- a) Base poblacional del municipio o municipios a cubrir;
- b) Cobertura de atención a la población del mismo municipio y a la de otros municipios que no cuenten con atención hospitalaria dentro de su territorio;
- c) Frecuencia del problema que justifique el servicio;
- d) Tecnología de baja complejidad, sencilla y simple de utilizar en la consulta externa, hospitalización, urgencias y los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad;
- e) Atención por personal profesional general, técnico y auxiliar (Congreso de la República, Ley 10 de 1990. AÑO CXXVI. N. 39137. 10, Enero, 1990. Pág.2).

- **Segundo Nivel**

De acuerdo a las modificaciones presentadas en el Decreto 780 de 2016, las entidades se clasificarán como de segundo nivel si cumplen como mínimo con los siguientes criterios:

- a) Frecuencia de los problemas de salud que justifiquen los servicios ofrecidos por la entidad;
- b) Cobertura y atención a poblaciones de uno o varios municipios o comunas que cuenten con atención hospitalaria de primer nivel;
- c) Atención por personal profesional especializado, responsable de la prestación de los servicios;
- d) Tecnología de mediana complejidad que requiere profesional especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de mediana severidad;
- e) Amplia base poblacional que cubra uno o varios entes territoriales según sus necesidades de atención;
- f) Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área, para convertirse en polo de desarrollo de regiones mayores en el país (Presidencia de la República, Decreto 780 de 2016. AÑO CLI. N. 49865. 6, MAYO, 2016. Pág.13).

- **Tercer Nivel**

Siguiendo las modificaciones del Decreto 780 de 2016, que compila el reglamento del Sector Salud y Protección Social, estableciendo los criterios mínimos necesarios para que un centro hospitalario sea de tercer nivel, los siguientes:

- a) Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes;
- b) Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir;
- c) Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención;
- d) Tecnología requerida de la más alta complejidad;
- e) Atención por personal especializado y subespecializado responsable de la prestación de los servicios;
- f) Existencia de planes de desarrollo socioeconómicos en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país (Presidencia de la República, Decreto 780 de 2016. AÑO CLI. N. 49865. 6, MAYO, 2016. Pág.13).

2.2.4 Organización de la Atención Especializada.

Existiendo la necesidad de AES, y siendo el Estado quien por mandato constitucional debe proporcionarla, los servicios médicos como servicios ambulatorios para problemas de salud o relacionados con la misma deben proporcionar una amplia gama de servicios integrales de diagnóstico, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2011), las redes de atención de salud poseen un fundamento económico, puesto de que los centro de atención en salud “pueden ser organizadas en modelos productivos híbridos que combinan la concentración de ciertos servicios con la dispersión de otros” (Pág. 71), es decir, se propende en organizar dichas redes basado en la disponibilidad de recursos físicos y humanos, en busca de brindar procesos eficaces, efectivos y de alta calidad.

Además de la disponibilidad de los recursos, es importante verificar la calidad y acceso de los mismos, con la que se consigue una estructura sólida dentro de la red de prestación de salud, la cual debe estar también fundamentada por:

- **Economía de Escala, Calidad y Acceso.** Hace referencia a los servicios ofertados por los centros de atención en salud, de la cual se desprende la siguiente clasificación: (i) *los ofertados de forma dispersa*. Aquellos que se caracterizan por el pago anticipado por dichos servicios, por ejemplo, la toma de muestras de sangre que debe ser cancelada por el paciente para su realización; (ii) *los ofertados de forma concentrada*. Son aquellos beneficiados directamente por la economía de escala, en donde los costos medios de atención a largo plazo tienden a disminuir.

Dentro de este fundamento se agrupan las teorías económicas, recordemos que la atención en salud como todo servicio conlleva de una importante inversión económica, sin embargo en la AES está más definido hacia el grado de escasez de recursos, ya que como lo explica la OPS (2011) “Recursos muy escasos, humanos o físicos, deben ser concentrados; contrario de recursos menos escasos que deben ser desconcentrados. Por ejemplo, es común encontrar concentrados los médicos subespecialistas y desconcentrados los médicos de familia, quienes son o deberían ser más numerosos” (Pag.72).

- **Integración Horizontal y Vertical.** Usualmente los conceptos integración horizontal y vertical son utilizados para referirse a teorías organizacionales que buscan establecer una fuerte cadena de mando que mejore la productividad y brinde mayor eficiencia dentro de los procesos. Por su parte en la APS no es diferente, cuando se habla de *Integración Horizontal* se hace referencia a la colaboración entre unidades productivas iguales, realizada por dos modos principales: por Alianza Estratégica, cuando dos centros hospitalarios acuerdan especializarse en determinados servicios; por Fusión, se producen cuando dos unidades productivas aumentan la oferta de sus servicios. Por otro lado, cuando se habla de *Integración Vertical* se hace referencia a la cadena de mando, generalmente jerárquica respecto a la organización del Centro de Salud o Hospitalario.

- **Proceso de Sustitución.** Según Saltman e Figueras (1997), La sustitución es definida como el reagrupamiento continuo de recursos entre y dentro de los servicios de salud para explorar soluciones mejores y de menor costo, en función de las demandas y las necesidades de la población y de los recursos disponibles. En otros términos, en una RAS,

unidades de salud, equipos y procesos pueden ser reorganizados para producir mejores resultados sanitarios y económicos (Pág. 73).

- **Niveles de Atención de Salud.** Bajo los parámetros de la OMS, son aquellos que se estructuran en modelos productivos estructurados en recursos físicos, humanos y tecnológicos disponibles. La definición de cada uno de los niveles son fundamentales, puesto de que se busca racionalizar el uso de recursos finitos basados en las necesidades presentes en la AES.

Todos estos fundamentos que se traducen en elementos conceptuales y operacionales son planes sectoriales que deben cumplirse en pro al buen funcionamiento del servicio de APS de los centros hospitalarios. De esta forma “la gestión y la oferta de servicios de salud de manera que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades, y a través de los diferentes niveles de atención de salud” (OMS, 2008b).

2.2.4.1 Planificación de la capacidad hospitalaria.

Como ya se explicó, al organizarse la red de Atención en Salud, se crean una estructura para atender las necesidades de la comunidad, sin embargo, para lograr que esa estructura sea realmente eficaz, es necesario establecer parámetros que logren cubrir las demanda de la comunidad, para lograr tal organización no solo basta con el conteo y adquisición de recursos y espacios físicos, también se requiere la adecuada programación en su uso, así como, la adecuación creación de bases de datos acerca de su rendimiento.

Generalmente cuando se suele hablar de la Planificación Hospitalaria, erróneamente solo se hace énfasis en el ‘Número de camas’ como el único parámetro a considerar respecto a la

capacidad de respuesta de los centros hospitalarios, dicha apreciación además de errónea no logra captar los aspectos clave sobre cómo se ofrecen los servicios hospitalarios.

Al respecto Barlow & Martin (2017), argumentan que la planificación de los recursos hospitalarios no se debe basar en el número de camas, sino en la capacidad de ofrecer procesos, dado que la atención es concentrada en un solo tipo de activos, dejando de lado el uso de otros recursos como el humano, tecnológico y de infraestructura (Pág. 9).

Premisa respaldada por la OMS, que en el año 2010 hizo un llamado a los Estados a proponer modelos asistenciales sistematizadas, en donde:

Proponemos el uso de enfoques basados en un modelo de producción como el «pensamiento Lean» que se centra en el valor sumativo de los diferentes procesos para el principal cliente, es decir, el paciente. Sostenemos que es beneficioso considerar el hospital, no desde la perspectiva de las camas o de las especialidades, sino de la trayectoria que siguen los pacientes tratados en ellos, los correspondientes procesos ofrecidos por los profesionales sanitarios y la adecuación de las instalaciones a dichos procesos.

Las trayectorias asistenciales sistematizadas parecen ofrecer una vía para la consecución de estos objetivos. Sin embargo, tienen que estar respaldadas por una mejor interpretación de los flujos de pacientes, el trabajo y los productos de un hospital, los obstáculos que se producen y la traducción de esta interpretación en nuevas herramientas de planificación de los recursos (Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Volumen 88:10, Pág. 561-640).

Es importante recalcar que la gestión de las camas es un solo activo dentro de los centros hospitalarios, por ello es importante abarcar el uso total de los recursos. Adicionalmente, según Duarte 2020, “la conjugación de servicios ofertados a quien ocupa la cama genera una mezcla de costos muy difícil de identificar, así como dificultades en la predicción de la demanda” (Pag.30).

2.2.4.2 Indicadores de gestión hospitalaria.

En la práctica, los centros hospitalarios poseen una estructura administrativa que se asemeja a la de las corporaciones financieras, puesto de que en ambos escenarios se toman decisiones

financieras basadas en indicadores económicos. Pues bien, en el campo de la administración de servicios de salud, encontramos patrones determinados de Henri Fayol respecto a la organización jerárquica, divisoria y especializada, basado en las distintas divisiones de los Centros Hospitalarios, las cuales trabajan en conjunto mediante un enfoque dinámico, mediante el cual se busca reducir en lo posible el abandono en la atención a los pacientes y una mayor eficacia en los servicios ofrecidos.

Para ello existen indicadores de gestión hospitalaria los cuales de manera general, están conformados por mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión del Centro Hospitalario, encabezados principalmente por una Oficina de Control Interno o en su carencia, o director Administrativo.

Universalmente existen dos grandes grupos de indicadores. El primero tiende a analizar la capacidad operativos de acuerdo a los servicios prestados, entre los que se destacan:

Tabla 1. Indicadores Hospitalarios

Indicadores Hospitalarios Aceptados Universalmente.

<i>Indicador</i>	<i>Descripción</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Formula</i>	<i>Estándar</i>	<i>Periodo de Medición</i>
<i>Ocupación Hospitalaria</i>	Es la suma de camas censables ocupadas administrativamente por enfermos, en el censo diario de 24 horas.	Determinar el grado de uso de las camas censables de hospitalización.	$\frac{\text{Días paciente} \times 100}{\text{Días cama}}$	80-85%	Trimestral
<i>Relación Enfermeras / Camas Censables</i>	Proporción del personal de enfermería con relación a las camas censables.	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente, en relación con la capacidad instalada.	$\frac{\text{Total de enfermera en atención}}{\text{Número de camas censables}}$	1-3%	Anual

Relación Enfermeras / Camas No Censables	Proporción del personal de enfermería en relación con las camas no censables.	Determinar el balance de personal de enfermería en atención directa al paciente.	$\frac{\text{Total de personal de enfermería}}{\text{Número de camas no censables}}$	1-3%	Anual
Relación Enfermas / Médicos	Proporción del personal de enfermería en relación con el personal médico.	Determinar el balance de personal médico y de enfermería en atención al paciente.	$\frac{\text{Total de enfermera de atención}}{\text{Número de médicos}}$	4	Anual
Relación Médicos / Camas	Proporción de personal médico con relación al número de camas censables.	Determinar el balance de personal médico en relación con la capacidad instalada.	$\frac{\text{Total de medios adscritos}}{\text{Número de camas censables}}$	8	Anual

Existen otros indicadores que aunque no son muy utilizados, pertenecen a este grupo, entre los que se encuentran: índice de rotación de camas, número total de egresos en el último año, número de cirugías efectuadas en el último año, tasa de mortalidad hospitalaria, promedio de estancia hospitalaria, tasa ajustada de mortalidad hospitalaria, % de cesáreas realizadas en un periodo, etcétera.

El segundo grupo de indicadores hospitalarios poseen características probabilísticas, puesto de que estos se realizan a partir de las características propias de los Centros Hospitalarios, es decir, son de uso especialísimo y local.

Tabla 2. Indicadores Diseñados de Acuerdo a la propia necesidad de un Hospital.

Indicador	Descripción	Objetivo	Formula	Estándar	Periodo de Medición
Cirugías Suspendidas	Procedimiento quirúrgico programado para realizarse en quirófano de acuerdo con la programación de cirugías y este suspendido	Identificar las barreras de los procesos quirúrgicos que ocasionan la suspensión de cirugías.	$\frac{\text{No. de cirugías suspendidas}}{\text{Cirugías programadas}}$	1-5%	Trimestral

<i>Reintervenciones Quirúrgicas</i>	Paciente re intervenido quirúrgicamente por el mismo diagnóstico y debido a una complicación durante los 30 días posteriores a su intervención.	Identificar procesos con deficiencias en el otorgamiento del tratamiento médico quirúrgico.	$\frac{\text{No. de re intervenciones} \times 100}{\text{Total de Intervenciones}}$	1-3%	Trimestral
<i>Reingresos Hospitalarios</i>	Es el reingreso por un mismo diagnóstico de un paciente tratado y dado de alta. Durante 21 días.	Identificar procesos con deficiencias en el otorgamiento del tratamiento médico quirúrgico.	$\frac{\text{No. de pacientes que reingresan} \times 100}{\text{No. de egresos hospitalarios}}$	1-3%	Trimestral
<i>Productividad De área especializada</i>	Número de consultas otorgadas por un médico en el servicio de área Especializada	Determinar la productividad de los médicos del área Especializada.	$\frac{\text{Total de consultas otorgadas en CE} \times 100}{\text{Total de horas de médicos asignados en CE}}$	3 Consultas x hora	Trimestral
<i>Consultas de Urgencias Cualificadas</i>	Consulta otorgada a un paciente en el área de urgencias y que corresponde a una urgencia verdadera y requiere observación	Determinar el balance de personal médico en relación con la capacidad instalada.	$\frac{\text{No. de pacientes atendidos en urgencias} \times 100}{\text{Total de consultas atendidas en urgencias}}$	90-100%	Trimestral

De manera general los indicadores presentados son valores que muestran referencias, tendencias y estándares que indican las necesidades operacionales, así mismo, sirven de apoyo en la toma de medidas eficaces y eficientes que contribuyan al clima organizacional del Centro Hospitalario. Para el desarrollo de la presente investigación serán utilizados los indicadores universales empleados por las unidades de Gestión del Hospital Universitario Erasmo Meoz, información que fue suministrada por la interposición de derechos de petición.

2.2.4.3 instrumentos para la evaluación de la atención especializada.

Para medir el desempeño de la Gestión Hospitalaria brindada se utilizan instrumentos de medición numérica, los cuales permiten verificar la efectividad de los procesos internos realizados dentro del Centro Hospitalario. Según Sánchez (2005), “Para medir el desempeño de los servicios se utilizan siete herramientas básicas para identificar el valor real de un proceso

administrativo; se refieren a la forma en cómo se va realizar la medición: porcentaje, razones, proporciones” (pág. 78).

De esta manera, las herramientas e instrumentos de medición de la gestión hospitalaria son:

- 1. Diagrama:** Caracterizado por la identificación de las causas potenciales de los problemas establecidos, permite la ilustración de las porciones numéricas de un todo.
- 2. Hojas de Verificación:** Recolecta datos de manera estructurada, por ende que se encuentren en el orden adecuado es de vital importancia, puesto de que se debe verificar acerca de la existencia de ellos. Son principalmente utilizadas para el cálculo de bienes de consumo rápido y repetitivo como por ejemplo, los medicamentos y/o la papelería.
- 3. Graficas de Control:** Para Sánchez (2005), las gráficas de control “Identifican cuándo un proceso está fuera de control. Orienta de una manera rápida y eficiente el real comportamiento de un indicador; por tanto, señala si el proceso está controlado y se encuentra dentro del rango de valores óptimos” (pág. 96).

Las mencionadas herramientas además de la medición numérica de la gestión hospitalaria, tiene como fin último promover el cambio en la estructura del Centro Hospitalario, toda vez de que refleja el rendimiento de los procesos internos. Cabe aclarar que factores propios del clima organizacional no son medidos propiamente con dichos instrumentos, puesto que se trata de factores cualitativos, por tanto se hacen necesario otro tipo de técnicas para su revisión.

2.2.5 Atención en Salud al Migrante.

La Constitución Política de Colombia (1991), en su artículo 49, define la salud como un servicio público a cargo del Estado, señalando que este garantizará a todas las personas el acceso a los

servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y añade que la ley determinará en qué términos la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Así, desde el nivel constitucional del ordenamiento jurídico colombiano, se establece la universalidad como principio fundamental del sistema de salud colombiano.

Lo que permite que a pesar de la no vinculación al SGSSS, cualquier persona tiene derecho a un mínimo de atención en salud, que hace referencia al servicio de urgencias, el cual debe prestarse a los extranjeros no residentes, sin importar su situación de irregularidad, con lo cual se pretende preservar la vida y los derechos fundamentales, así como continuar reconociendo la dignidad humana como valor y principio que la Constitución, normas y jurisprudencia han querido garantizar como fin del Estado Social de Derecho.

Al respecto, la Ley 100 de 1993, estipula que el Sistema de Seguridad Social Integral tiene como uno de sus pilares fundamentales esta máxima, conforme a la cual existe una garantía de protección para todas las personas en la totalidad de etapas de su vida, sin ningún tipo de discriminación. Agrega esta norma que el Estado debe garantizar a todos sus habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, aunque señala que, para tal efecto, estos deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, frente al punto específico de la atención de los extranjeros en el sistema de salud colombiano, como se indicó previamente, la Ley 100 de 1993 establece que el Estado garantiza a todos los habitantes el derecho a la seguridad social, aunque estos deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece esta ley, en el mismo sentido del Decreto 780 de 2016, que pueden afiliarse al sistema de forma voluntaria todas las personas residentes en territorio nacional que no tengan calidad de afiliados obligatorios y no estén expresamente excluidos del

régimen por la misma norma. Para ello, de conformidad con el mencionado Decreto, se debe contar con alguno de los siguientes documentos:

- Cedula de extranjería, pasaporte, carné diplomático o salvoconducto de permanencia.
- Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.

A la anterior lista debe agregarse el Permiso Especial de Permanencia (PEP), expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, que fue creado por la Resolución 5797 de 2017. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que el Decreto 1288 de 2018, buscó regularizar a las personas venezolanas en situación migratoria irregular en territorio colombiano, mediante el otorgamiento del PEP, modificando sus requisitos y plazos, para así buscar que las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV).

De esta manera se concluye que, si bien nuestra Constitución establece los principios de universalidad, solidaridad e igualdad, de acuerdo con el desarrollo legal del asunto, solo los extranjeros cuya situación migratoria es regular y son residentes o portadores del PEP, tienen la posibilidad de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea al régimen contributivo o al subsidiado. Así, quienes no pertenezcan a la anterior categoría, de acuerdo con la legislación colombiana, tienen derecho únicamente a la atención inicial de urgencias, como lo dispone la Ley 100 de 1993.

2.2.5.1 Disposiciones Constitucionales frente al derecho a la salud de los extranjeros en Colombia.

Como ya se mencionó, de los postulados de la Constitución emana la obligación de la Atención en Salud de los extranjeros en Colombia, la Corte Constitucional ha sido reiterativa en afirmar que el Derecho a la Salud posee una conexión directa con la dignidad humana, es por ello que el

Estado es responsable de propender por la creación de garantías de acceso a los servicios de salud, en especial para aquellas poblaciones vulnerables que no cuentan con los recursos suficientes para el pago de seguros.

Es por ello que la Corte es reiterativa en afirmar que el Derecho a la Salud posee una doble connotación: como derecho y como servicio público, puesto que como Derecho Fundamental, todas las personas sin importar su condición, raza, sexo o religión deben acceder a él, como servicio público, es tarea del Estado su prestación atendiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Si bien cada Estado de manera independiente crea medidas para la protección de sus ciudadanos, en virtud de lo estipulado en el art. 13 de la Constitución Política que establece que “todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación” (Constitución Política de Colombia, Art 13), todas aquellas garantías creadas para el beneficio de los connacionales se extienden a los extranjeros, eliminando las formas de discriminación, actitudinales, comunicativas o físicas.

Garantías que responden a las obligaciones también emanadas del art. 100 de la constitución, el cual estipula que los extranjeros podrán disfrutar de los mismos derechos civiles que se conceden a los colombianos, sin embargo, dentro del mismo artículo emanan clausulas restrictivas, puesto que contempla la subordinación de condiciones especiales o negar el servicio de determinados Derechos como los políticos, acatando así mismo las obligaciones emanadas de la jurisprudencia y de los tratados internacionales.

En razón de lo anterior, en palabras de la Corte Constitucional (2019):

Los tratados internacionales de Derechos Humanos ratificados por Colombia han previsto la garantía de derechos que debe extenderse a los extranjeros, refugiados o

migrantes, como lo establece el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos de la cual el Estado colombiano es parte: “Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”, por cuya razón, esta Corporación ha reiterado en múltiples ocasiones la necesidad de proteger a esta población especial. (Corte Constitucional, T-025/19, M.P Alberto Rojas Ríos).

Es precisamente de esta premisa de donde nace el imperativo que permite que cualquier persona, independiente de su nacionalidad, en estados de urgencias o convalecencia, reciba atención médica asistencial puesto de que garantiza el respeto a los derechos fundamentales y a la dignidad humana.

Cabe añadir, que respecto a la APS que nos compete en esta investigación, los extranjeros quienes no hayan definido su situación migratoria, o aquellos migrantes que no posean de PEP, no podrán acceder a dichos servicios, lo que conlleva a que no existen datos respecto a las tendencias en salud de la población migrante flotante, que es mayor medida la más afectada, según William Avendaño (2019), este grupo de migrantes vive con todo tipo de carencias obligándolos a la mendicidad, al ser personas sin ningún tipo de seguridad social, su salud se ve gravemente afectada producto de las dinámicas que conlleva vivir en la calle.

2.2.5.2 Deber de afiliación al sistema de salud para los extranjeros en Colombia.

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR (2017), los migrantes eligen trasladarse principalmente para mejorar sus vidas, al encontrar mejores oportunidades de trabajo, o por educación, reunificación familiar, entre otras. Es por ello que, al considerar que las razones tras la movilización de los migrantes son de establecerse, se le deben de brindar las mismas garantías otorgados a los nacionales, como se mencionó en el capítulo anterior, que permitan el respecto a sus derechos, derivada de las obligaciones impuestas por el art. 13 de la

Constitución Política, deben entonces establecerse mecanismos que permitan la afiliación al SGSSS.

En cuanto a dicho deber de afiliación, la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, contiene disposiciones al respecto, a saber; en el art. 1 contempla que todos los extranjeros deben suscribirse a un Seguro o Plan de Beneficios en el marco de la sostenibilidad financiera del SGSSS.

en el art. 2 se establece que la Atención en Salud de acuerdo a los preceptos contenidos tanto en la Constitución Política como en los tratados internacionales firmados y ratificados por Colombia, se presenta como servicio público obligatorio a cargo del Estado sujeto a los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad.

Por otro lado en el art. 32, señala que todos los ‘Residentes’ deben ser afiliados al SGSSS, con lo que se busca hacer efectivas la cláusula de igualdad en el trato que prevé el art. 13 de la Constitución Política, estableciendo de igual manera, que aquellos que no cuenten con capacidad económica, serán atendidos por medio del régimen subsidiado.

En el párrafo del mismo artículo, la Ley 1438 contempla el tratamiento respecto a aquellos extranjeros no residentes, delimitando que “quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país de ser necesario”. Sin embargo, dicha disposición resultaría contraria a los parámetros constitucionales puesto que no garantizaría el acceso al servicio ni el derecho a la salud de aquellas personas que no se encuentran vinculadas al Sistema.

De allí que legislativo visualizara el problema que acarrea que aquellos migrantes irregulares no tuvieran alguna tipo de contingencia en salud, expide la Ley 1751 de 2015, la cual delimita los

mecanismos para hacer efectiva la afiliación de los extranjeros en Colombia, cabe aclarar que dichos mecanismos son diferenciados atendiendo la emergencia de los migrantes venezolanos, por tanto se diferencian los requisitos de la siguiente manera:

1. Ciudadano Extranjero. Para obtener los beneficios del SGSSS, se hace necesaria su inscripción a una EPS, para la cual debe presentar los siguientes documentos de identificación:

- Cédula de extranjería, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda.
- Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.
- Pasaporte para menores de siete (7) años.

Respecto a la afiliación al SISBEN, se permite dicha posibilidad mientras cumpla con los requisitos que dicha entidad exige, que en el caso de extranjeros son: (i) tener documentos que legalice su estadía, (ii) tener domicilio fijo.

2. Ciudadano Venezolano. Diferente a los colombianos retornados de Venezuela (Son un grupo diferente), al ciudadano venezolano no se le exige afiliación a los servicios de salud cuando son de urgencias, tampoco para aquellos de APS realizado en Brigadas de atención en salud que realiza el gobierno en conjunto con organismos internacionales, sin embargo, de manera general para acceder al SGSSS se les solicita los siguientes documentos:

- Cedula de extranjería, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda.

- Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados.
- Pasaporte para menores de siete (7) años.
- Permiso Especial de Permanencia (PEP) expedido por migración Colombia.
- Para realizar la afiliación de su núcleo familiar debe presentar los respectivos documentos de identificación, así como aquellos que acrediten el parentesco con el cotizante o cabeza de familia.

3. Colombiano Retornado de Venezuela. Este grupo contiene una particularidad diferente, puesto de que a pesar que sus familiares residan en el país, el SGSSS no permite que sean incluidos dentro de sus núcleos familiares, a pesar de que no existe una razón clara, se presupone que deben tener un núcleo familiar diferente, de esta manera los documentos exigidos son:

- Cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
- Registro civil de nacimiento o en su defecto, el certificado de nacido vivo para menores de 3 meses.
- Registro civil de nacimiento para los mayores de 3 meses y menores de siete (7) años de edad.
- Tarjeta de identidad para los mayores de siete (7) años y menores de dieciocho (18) años de edad.
- Pasaporte menores de siete (7) años.
- Cuando aplique, Permiso Especial de Permanencia (PEP) expedido por migración Colombia, para beneficiario de grupo familiar de cotizante o cabeza de familia retornado.

- Para realizar la afiliación de su núcleo familiar, debe presentar los respectivos documentos de identificación, así como aquellos que acrediten el parentesco con el cotizante o cabeza de familia.
- 4. Recién Nacido de Padres no Afiliados. Padres Extranjeros o venezolanos, de forma general los requisitos exigidos son:**
- Cuando se trate de padres no afiliados, la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS, inscribirá en coordinación con la secretaría de salud al recién nacido en una EPS del régimen subsidiado en el respectivo municipio. Una vez los padres se afilien al SGSSS, el menor integrará el respectivo núcleo familiar.

Los padres del recién nacido deberán declarar por escrito ante la institución prestadora de servicios de Salud (IPS) que no cuentan con encuesta SISBEN y que no tienen capacidad de pago.

2.2.6 Políticas públicas para la salud pública.

De acuerdo a las nociones conceptuales de lo se conoce como ‘Política Publica’, según Alejo Vargas Velásquez, la política pública se define como “el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución. La mayoría de las veces solo pretende llevarlo a una situación manejable, es decir, que se ubique en un rango de tolerancia de dicho problema” (Vargas V. A., 1999). En ese mismo sentido Meny y Thoening, señalan que la política pública es “un programa de acción de una autoridad pública en el seno de la sociedad” (Thoening, 1986, pág. 8).

De esta manera podemos concluir que las Políticas Publicas buscan realizar cambios de fondo en situaciones adversas de la comunidad e incluso en algunas ocasiones, estas se generan en pro a

la prevención y/o anticipación de problemas futuros, como lo son el establecimiento de planes de vacunación, para evitar la proliferación de enfermedades dentro de la población.

Dentro de los esquemas nacionales, se hace énfasis en su función intervencionista, la cual describen es necesaria para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios, mediante la implementación de procesos y actividades transversales de prevención y promoción de la salud.

Por ello, es tan importante que se generen Políticas públicas para la salud pública (En adelante, PPSP), puesto que se garantizan entornos en donde las comunidades pueden desarrollarse con estándares mínimos en salud. De ahí que la OMS en el año 2008 dictaminara que las PPSP deben ser pensadas y constituidas en tres grupos, a saber:

- 1. Políticas de los Sistemas Sanitarios.** Conformadas por aquellos procesos de control y/o acreditación en donde convergen la tecnología y los recursos humanos, que tiene por función la puesta en funcionamiento de los centros de salud, así como de la entrega de los medicamentos y de los procesos de atención a urgencias, es decir, dichas políticas construyen sistemas de aprovisionamiento y logística que permite el continuo funcionamiento de la red de Atención Primaria.
- 2. Políticas de Formación a los equipos de Atención Primaria.** Existiendo los espacios adecuados y estando estos aprovisionados, el siguiente eslabón para brindar un servicio de salud que responda a las necesidades de la comunidad, es la capacitación del personal de salud, puesto de que dependerá del talento humano el aprovechamiento de los recursos, de igual forma, también está compuesto por los procesos tendientes a hacer frente a problemas de salud prioritarios, como lo son intervención en higiene pública, la prevención de enfermedades, promoción de las intervenciones de salud pública, traducido en planes de mejoramiento para la comunidad.

3. Políticas de Reconocimiento. Son aquellas que actúan por causas diversos y mediante la ayuda interseccional, puesto de que busca la imposición de PPSP en sectores distintos del sanitario. Es por ello que según la OMS (2008) alude que:

Los contenidos de salud de los planes de estudio escolares, las políticas industriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos y los bienes de consumo son cuestiones que pueden influir profundamente en la salud de comunidades enteras o incluso determinarla, y trascender las fronteras nacionales. No cabe abordarlas sin una colaboración intersectorial intensiva que conceda la debida importancia a la salud en todas las políticas (Informe sobre la salud en el mundo. 2008, Pág. 69).

Por otro lado, si bien existen amplios estudios realizado por corporaciones gubernamentales que permiten concluir que mejores políticas públicas pueden traer enormes beneficios, los resultados de los mismos no brindan un panorama de acción o datos sobre el costo-eficacia en escenarios fortuitos o nuevos como lo son la atención a la llegada masiva de migrantes.

A pesar de que en un primer momento la falta de datos no debería ser un problema para la implementación de medidas sanitarias, puesto de que son los procesos establecidos en las políticas públicas están diseños para dar respuesta y contingencia a las problemáticas de salubridad, si lo representa cuando se trata acerca de la relación de comportamientos de una población externa, como es el caso de los migrantes, puesto de que se necesita información acerca de la alimentación, los resultados sanitarios o el ejercicio físico, los cuales solo pueden ser obtenidos mediante el empleo de métodos clínicos evaluativos.

Al respecto de la recolección de datos, los expertos concuerdan en que solo existen dos opciones para fortalecer considerablemente el acervo de conocimientos, los cuales están detallados dentro del Informe sobre la salud en el mundo presentado por la OMS en el año 2008 se esboza:

(i) Acelerar la organización de la evaluación sistemática de intervenciones clave y sus evaluaciones económicas. Dicho enfoque consiste en ampliar la capacidad de las instituciones de evaluación de tecnologías sanitarias para incluir la evaluación de las intervenciones de salud pública y cómo aplicar estas medidas, ya que esto utilizará la capacidad institucional existente y los recursos están separados de las intervenciones de salud pública (Pag.76);

(ii) Utilizar tecnología basada en la experiencia preliminar de las herramientas de "evaluación del impacto en la salud" o "evaluación del impacto en la equidad en la salud" para acelerar el registro y la evaluación de las medidas gubernamentales. Si bien estas herramientas aún se encuentran en la fase de desarrollo, existe una demanda creciente de este tipo de análisis desde el ámbito local hasta el supranacional por parte de los tomadores de decisiones (Pág. 77).

La formulación de evidencia científica sobre la salud de la población basada en el impacto de las políticas en la salud, son las principales herramientas de respuesta a las necesidades de la comunidad, por ello es importante no seguir los métodos tradicionales de comunicación entre los expertos en salud puede cambiar fundamentalmente la naturaleza y la calidad del diálogo sobre políticas.

2.3 Marco contextual

Gracias a los medios de comunicación y las distintas delegaciones que han acudido a Venezuela para estudiar su situación, nos permiten inferir que, en la República Bolivariana de Venezuela, hay una crisis humanitaria, aunque el gobierno central lo niega. Sin embargo, los resultados muestran que efectivamente en el país si existe este fenómeno, y es la principal razón para que, en los últimos tres años, cuatro millones de venezolanos hubiesen optado por salir de Venezuela, para buscar un mejor proyecto de vida, llegándose al extremo de que personas

profesionales y con especializaciones se empleen en Colombia y otros países de Latinoamérica en oficios varios en hogares, vendedores informales entre otras ocupaciones. En ese orden de ideas, el flujo migratorio de Venezuela, le impacta a Colombia, en lo social como lo reflejan las siguientes cifras:

- Aproximadamente 1.300.000 personas con intención de permanencia han ingresado a Colombia desde Venezuela, incluyendo colombianos retornados y migrantes regulares e irregulares, además de número importante de migrantes pendulares y en tránsito hacia otros países (Minexerior, Migración Venezolana En Colombia-2018).
- La población retornada, que constituye cerca del 30% del flujo migratorio con intención de permanencia, es decir el equivalente a 420.000 conciudadanos radicados con muchos años en Venezuela, tiene derecho, como colombiana, a acceder a documentación que acredite su nacionalidad, así como a la oferta de programas sociales disponibles para connacionales según su nivel de vulnerabilidad (Banco Mundial, Migración Venezuela A Colombia -2018).
- Se ha aumentado a nivel nacional, la tasa de informalidad promedio al pasar de 50% al 55% y en Cúcuta del 70% y 71% al 73,31% para el año 2018.
- La tasa de desempleo ha pasado del 9,2% al 10,8% en promedio, mientras en Cúcuta pasa del 16% al 19% aproximado.
- El presupuesto para atender lo inherente a la salud subsidiada se aumenta en aproximadamente en \$120.000.000.000 Norte de Santander, incluyendo la ciudad de Cúcuta.

Al tener como marco de referencia las cifras que reflejan el flujo migratorio de venezolanos y de colombianos residentes por muchos años en Venezuela, alimentan el Planteamiento y Formulación del Problema de la presente investigación con sus correspondientes soluciones a nivel del impacto social que genera en Cúcuta atender en la Red Hospitalaria aproximadamente a 151.364 inmigrantes venezolanos que tienen en regla su documentación para tener acceso a los servicios de salud, pero adicionalmente a otra población irregular que a nivel de los derechos humanos, no se le puede negar el derecho a la salud, conforme a la jurisprudencia nacional e internacional.

Para comienzos de 2019, Migración Colombia, entidad encargada de la regulación de los procedimientos migratorios, realizó estudios de balance a los datos obtenidos en las actividades de control realizadas en las zonas fronterizas con Venezuela, determinando que de manera oficial el número de venezolanos en Colombia asciende a más de un millón doscientos sesenta mil personas (1.260.000).

2.4 Marco conceptual

Se exponen de forma alfabética y sucinta aquellos conceptos que se manejarán a lo largo de la presente investigación.

- **Atención Médica Especializada.** Servicios médicos prestados en un hospital de alta complejidad, propia del tercer nivel de atención en salud, en donde se diagnostican y tratan enfermedades crónicas.
- **Atención Primaria en Salud.** Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

- **Crisis.** Cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados.
- **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).** Según el MinSalud (2013), “es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población” (Pág. 2).
- **Derechos Fundamentales.** Son derechos fundamentales, en el ordenamiento internacional, los derechos universales e indisponibles establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en los pactos internacionales de 1966 y en las demás convenciones internacionales sobre los derechos humanos.
- **Efectos.** Aquello que sigue por virtud de una causa (Real Academia Española, 2003).
- **Migración.** Desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales.
- **Emigrar.** Dejar un Estado con el propósito de trasladarse a otro y establecerse en él.
- **Inmigrar.** Llegar a otro Estado con el propósito de residir en él.
- **Inmigrante.** Persona que llega a otro Estado con el propósito de residir en él.
- **Migrante.** Término genérico que abarca tanto al emigrante como al inmigrante.
- **Residente.** Persona que se encuentra residida en otro Estado de manera legal y obtiene certificación y en muchos de los casos derechos políticos.

2.5 Marco legal

2.5.1 Normativa Internacional

En primer lugar, la *Declaración universal de los Derechos Humanos* del 10 de diciembre de 1948. Como se muestra a continuación:

Art. 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Art. 2. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía.

Art. 7. Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

En segundo lugar, la *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata*, conferencia convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) el 12 de septiembre de 1978, *la cual reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo.*

En Tercer lugar, la *Convención de las Naciones Unidas sobre el Estatuto de los Refugiados*, Como lo indica el ACNUR (2003) los Estados crearon un marco jurídico bajo el cual se sustenta el régimen internacional de protección de los refugiados y, posterior a este han afirmado su compromiso de protegerlos ratificando a la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados, fundamento de la protección debida a esta categoría de personas. La Convención, elaborada por los Estados, enuncia los derechos y responsabilidades de los refugiados y las obligaciones de los Estados que son partes en ella (Pág. 17).

En Cuarto lugar, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, el cual en su art. 12 establece que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para: la reducción de la mortalidad infantil y garantizar el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de la salud.

En Quinto lugar, la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, la cual en su Art. XI respecto al Derecho a la preservación de la salud y al bienestar, señala que *toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.*

En Sexto lugar, la *Convención Americana de Derechos Humanos (CADH)*, conforme a las siguientes disposiciones explicadas respecto a los mandatos de interpretación de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH):

Art. 5. Derecho a la Integridad Personal – Dentro del desarrollo de su jurisprudencia se destaca expresamente la necesidad de que se les otorgue atención médica en casos de emergencia, sin discriminación por su condición migratoria.

Art. 7. Derecho a la Libertad Personal – Establece la Corte IDH que los estados deben proponer porque se otorguen recursos efectivos para que la persona migrante pueda impugnar su privación de libertad.

Art. 8 & 25. Derecho de Acceso a la Justicia – Categóricamente dictamina la Corte IDH que se deben crear medios que permitan a los migrantes amparar sus derechos, independientemente de su situación migratoria.

Art. 17 & 19. Protección de la Familia y Derechos de los Niños y Niñas Migrantes – Se ha destacado el deber y cuidado que deben tener las entidades estatales respecto a los procedimientos migratorios que involucren.

En Séptimo lugar, el *Convenio Europeo de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (CEDH)*, a pesar de que no contiene ninguna disposición específica respecto de la inmigración, sus disposiciones han sido utilizadas como argumentos de litigios estratégicos resueltos por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), según Clarible Castro (2007), “Ello es posible porque a la luz del artículo 1 del CEDH «las Altas Partes Contratantes reconocen a toda persona dependiente de su jurisdicción los derechos y libertades definidos en el Título I del presente Convenio»” (Pag.151). Es por ello que la nacionalidad de los actores dentro del proceso a criterio del Tribunal resulta inadmisibles para la admisión de la demanda.

2.5.1.1 Jurisprudencia de la CIDH.

A lo largo de los años la Corte Interamericana ha tratado aspectos relacionados a la situación de vulnerabilidad de los grupos migrantes, recomendándole a los Estados crear mecanismos que se adecuen a las necesidades de los mismos, podemos destacar:

- **Corte IDH. Condición jurídica y derechos de los migrantes indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003.** La Corte le recuerda a los Estados miembros que los objetivos de las políticas migratorias deben tener presente el respeto por los derechos humanos, así mismo, considero que los Estados no pueden subordinar o condicionar la observancia del principio de la igualdad ante la ley y la no discriminación a la consecución de los objetivos de sus políticas públicas.
- **Corte IDH. Caso Nadege Dorzema y otros vs. República Dominicana. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251.** La Corte advierte que la atención médica en casos de emergencias debe ser brindada en todo momento para los migrantes en situación irregular, por lo que los Estados deben proporcionar una atención sanitaria integral tomando en cuenta las necesidades de grupos vulnerables. En este sentido, el Estado debe garantizar que los bienes y servicios de salud sean accesibles a todos, en especial a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación por las condiciones prohibidas en el artículo 1.1 de la Convención.
- **Corte IDH. Caso de personas dominicanas y haitianas expulsadas Vs. República Dominicana. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de agosto de 2014. Serie C No. 282.** Una providencia bastante controversial, en donde el Comité de los Derechos del Niño realizó un importante aporte, asegurando que “puede

repercutir negativamente en el sentimiento de identidad personal del niño, y los niños pueden ver denegados sus derechos a la atención de salud, la educación y el bienestar social básicos” (ONU, 2005, Pág. 225).

- ***Corte IDH. Caso Familia Pacheco Tineo vs. Estado plurinacional de Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2013. Serie C No. 272.*** En el presente caso, la Corte dispuso como medidas de reparación la creación de programas de formación y capacitación a funcionarios públicos en cuanto a los estándares internacionales referidos a los derechos de las personas migrantes, así como la obligación de adecuar la normativa interna a los estándares convencionales.

2.5.1.2 Jurisprudencia del TEDH.

Dentro del entramado Jurisprudencial del TEDH encontramos importantes providencias sobre la atención que se le debe brindar al migrante, de la que destacamos:

- ***TEDH. Caso N° 19776/92 Amuur c. Francia. Sentencia de 25 de junio de 1996.*** el Alto Tribunal estableció que “el mero hecho de que sea posible para los solicitantes de asilo abandonar voluntariamente el país en el que deseaban refugiarse no puede excluir una restricción de su libertad” y mantuvo que “la detención de los solicitantes en la zona de tránsito... era equivalente en la práctica, desde el punto de vista de las restricciones sufridas, a una privación de libertad” (TEDH, 2004, p. 41).
- ***TEDH. Caso N° 73316/01 Siliadin vs. Francia. Sentencia del. 26 de julio 2005.*** El TEDH examina el marco normativo internacional sobre la prohibición de la esclavitud, la servidumbre y el trabajo forzado, así mismo, sienta las bases sobre el trato ético y pocas condiciones higiénicas de salud a mujer migrantes, señalando que aunque la esclavitud se

abolió hace más de ciento cincuenta años, la “esclavitud doméstica” persiste en Europa asociado con otros males mayores como la trata de blanca.

- ***TEDH. Caso N° 17371/90 Gaygusuz vs. Austria. Sentencia del 16 de setiembre de 1996.*** El demandante un trastorno neurológico progresivo que degenera las células motoras del sistema nervioso central y rápidamente queda paralizado, el gobierno no quería responder por los costos de hospitalización y terapias debido a su condición de migrante puesto que la demandante alegaba enfermedad laboral. Sin embargo, el TEDH manifestó que solo es posible la diferenciación entre trabajadores migrantes y nacionales cuando se realiza en base a razones objetivas y prosiguiendo un objetivo legítimo, por ello la aptitud de las autoridades eran contraria a lo convenido en la CEDH puesto que “lo mínimo que se puede brindar es un trato no discriminatorio para los beneficios contributarios de la seguridad social” por ende, excluir a aquellos que realizan pagos es discriminatorio.

2.5.2 Constitución y Régimen Nacional.

La Constitución Política de Colombia (1991), en su artículo 49 define la salud como un servicio público a cargo del Estado. Señalando que éste garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y añade que la ley determinará en qué términos la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Así desde el nivel constitucional del ordenamiento jurídico colombiano, se establece la universalidad como principio fundamental del sistema de salud colombiano. En ese orden de ideas, aparece la ley 100 de 1993 (El Estado debe garantizar a todos sus habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, aunque para tal efecto deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud).

Por su parte, en aras de obtener la universalidad de la prestación, la Ley 1438 de 2011 establece que el servicio debe ser prestado a todos los residentes. Incluso a quienes no se encuentran afiliados al sistema. Obligación que estipuló en las Entidades Territoriales. No sobra resaltar también la Ley 1751 de 2015, que establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo y establece que los residentes en territorio colombiano gozarán efectivamente de este derecho en todas las etapas de su vida.

De igual forma el art.13 de la constitución que reza todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados (Gaceta constitucional 01.1991).

2.5.2.1 Jurisprudencia Nacional.

La presente jurisprudencia presentada parte de una revisión detallada realizada al compendio de pronunciamientos realizados por la Corte Constitucional respecto a problemas jurídicos en donde existe negativa de atención en salud, anteriores al contexto de la migración venezolana, puesto que las realizadas en ese contexto serán analizadas más adelante, de esta forma tenemos:

- ***Corte Constitucional. (2007). Sentencia C-834. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.*** La Corte señala que toda persona, incluyendo por tanto a los extranjeros que se encuentren en Colombia, tienen derecho a un mínimo vital, en tanto que manifestación de su dignidad humana, es decir, un derecho a recibir una atención mínima por parte del Estado en casos de externa necesidad y urgencia, en aras a atender sus necesidades más elementales y primarias. De tal suerte que, al legislador le está vedado restringir el acceso de los

extranjeros a esas prestaciones mínimas, en especial, en materia de salud, garantizadas en diversas cláusulas constitucionales y tratados internacionales sobre derechos humanos que vinculan al Estado colombiano.

- ***Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-269. M.P. Jaime Araújo Rentería.*** La Corte explica que aplicar normas excluyentes en situaciones de emergencia médicas son actuación inconcebibles, toda vez que La protección de los derechos constitucionales fundamentales se predica de todas las personas, por así disponerlo el artículo 86 de la Constitución Política, concepto aquél que tiene más de 120 años de vigencia en nuestra historia jurídica, como que el artículo 75 del Código Civil sancionado en 1873 definió el término diciendo que es persona todo individuo de la especie humana, cualquiera que sea su edad, sexo, estirpe o condición.

- ***Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-760. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.*** La Corte analiza los recobros solicitados por las EPS al FOSYGA de los valores atención recibida, señalando que la exigencia de la presentación de la constancia de ejecutoria del fallo de tutela se convierte en un obstáculo para obtener el recobro cuando este es interpretado en el sentido de que sólo se entiende ejecutoriado un fallo de tutela cuando la Corte Constitucional lo ha excluido de revisión, esto, en razón de que la remisión a la Corte Constitucional, su exclusión de revisión y la devolución al respectivo despacho del juez de instancia, es un procedimiento que puede tardar varios meses. Esta interpretación choca con el inmediato cumplimiento de las órdenes de tutela y se ha convertido en una traba que impide el flujo oportuno de recursos para financiar el acceso efectivo de los usuarios de los servicios de salud.

- ***Corte Constitucional. (2012). Sentencia T-675. M.P. Mauricio González Cuervo.***

la Sala observa, que la accionante es una ciudadana Israelí que, como lo manifiesta en la demanda de tutela, se encuentra en Colombia con el propósito que se le realice un trasplante de corazón. Debido a esto, el Instituto Nacional de Salud le negó la inscripción en la lista de espera para realizarse este tipo de procedimientos pues considera: en primer lugar, que el país encargado de prestarle a la señora Liron Peretz este tipo de procedimientos es su país de origen y no Colombia; en segundo lugar, que se está frente a un caso de turismo de órganos pues la accionante está en Colombia con el único propósito de realizarse un trasplante; en tercer lugar, la actora no cumple con todos los requisitos administrativos exigidos para que un extranjero no residente ingrese a ser parte de la lista de personas candidatas a realizarse un trasplante de órgano.

- ***Corte Constitucional. (2012). Sentencia T-1088. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.*** la Corte advierte que la inclusión de extranjeros no residentes en el territorio nacional en las listas de espera para trasplantes de componentes anatómicos del país, vulnera los derechos fundamentales de los nacionales y extranjeros residentes, pues como se explicó en la parte motiva de esta providencia, el proceso de asignación de dichos componentes a los pacientes se realiza de conformidad con unos criterios técnico-científicos, dentro de los cuales se encuentra el turno en la lista de espera, sin embargo, en la mayoría de las veces, como sucede en el caso objeto de estudio, éste no es el criterio que define la asignación del órgano, ya que existen otros de mayor relevancia como el estado de salud del receptor.

- ***Corte Constitucional. (2016). Sentencia T-314. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.*** La Corte señala que si bien es cierto, los extranjeros deben recibir ayuda y atención médica,

aquellos que no certifiquen la realización de solicitud alguna de cédula de extranjería o los tramites ligados o que evidencia que no ha iniciado los trámites para regularizar su permanencia en el país, no podrán recibir continuidad en tratamientos, puesto que solo existe obligación de garantizar los servicios básicos de salud al actor en urgencias a través del Hospital mas no aquellos de control u terapéuticos.

- ***Corte Constitucional. (2016). Sentencia T-728. M.P. Alejandro Linares Cantillo.***

La Corte detalla los requerimientos para la atención de migrantes en el país, señalando que tienen derecho a recibir un mínimo de atención en casos de necesidad y urgencia con el fin de garantizar la protección de sus derechos fundamentales en concordancia con los mandatos constitucionales y los instrumentos internacionales que Colombia ha suscrito en la materia. Ahora bien, en aquellos casos en los cuales estas personas decidan establecerse en el país, podrán sin ningún tipo de restricción acceder al sistema general de seguridad social en salud, afiliándose a cualquiera de los dos regímenes siempre que se cumplan con las condiciones establecidas en la Ley para hacer parte del mismo y su situación migratoria se encuentre regularizada de conformidad con las normas que actualmente rigen la materia en el país.

Ahora bien, respecto a las Sentencias con problemas jurídicos resueltos por la Corte Constitucional en el marco de la crisis migratoria, se pudo constatar que existe una evolución en la postura de la Corte respecto a la protección del derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos, el cual se fue dando de manera progresiva desde el año 2017.

Según Luisa Echeverri (2019), dicha evolución jurisprudencial puede ser estudiada partiendo de la Sentencia Arquimédica, es decir aquella que pretende dar solución a las relaciones estructurales de diferentes sentencias, representada por la Sentencia T- 197 de 2019, atendiendo

aquellos casos en donde existe negación de la prestación de servicios de salud a migrantes venezolanos que no poseen su situación migratoria definida. De esta forma podemos destacar las siguientes sentencias:

- ***Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-239. M.P. Alejandro Linares Cantillo.***

En esta ocasión, la acción de tutela es invocada por el Sr. Gil ciudadano venezolano de 54 años de edad, quien murió tras quince días de espera en urgencia, el traslado a una UCI en el Hospital Universitario Erasmo Meoz. En estudio del caso, la Corte realiza estudio de aquellos migrantes que se encuentra en territorio Colombia y no han legalizado su situación migratoria, ratificando las reglas jurisprudenciales para la atención de migrantes no legalizados, es decir, teniendo solo derecho a recibir atención médica de urgencias.

Sin embargo, al realizar un análisis del caso en cuestión, así como de los procedimientos en salud, y del significado del concepto de urgencias, determinado el que en definitiva, el término ‘Atención de urgencias’, van más allá de estabilizar en una etapa inicial los signos vitales de una persona, se trata de mantener fuera de peligro a una persona que se encuentra en un estado de debilidad manifiesta, contrario a los procedimientos realizados por el Hospital y el Instituto Departamental de Salud (En adelante IDS), en donde solo pararon la hemorragia por la que ingreso a urgencias el Sr. Gil, pero no le brindaron los cuidados paliativos en UCI que necesitaba, de esta manera se expande la posibilidad del extranjera en la atención en casos de urgencia, ordenando la Corte eliminar la connotación “inicial” de los procedimientos en urgencias brindados por las IPS.

- ***Corte Constitucional. (2017). Sentencia SU-677/17. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.*** La Corte realiza un análisis de la crisis migratoria generada en el país, producto

de la migración masiva de venezolanos, a partir de los escenarios desarrollados en la frontera, así como en los diferentes departamentos donde existe una importante concentración de migrantes irregulares, de esta manera, al establecer la existencia de la crisis migratoria en el país, la Corte fundamenta sus decisiones respecto al deber de las instituciones de atención a los migrantes, en relación al principio de solidaridad y de su aplicación en el estado colombiano.

Teniendo en cuenta las condiciones desfavorables en las que se encuentran los migrantes venezolanos a nuestro territorio, deben reforzarse las condiciones de accesibilidad a los servicios brindados por el estado, en busca de brindar un escenario amplio de protección, es por ello que dentro de la providencia, se ratifican las reglas jurisprudenciales establecidas en sentencias anteriores, donde se delimita el principio de solidaridad, definiendo que este: i) constituye un pilar fundamental de la Constitución Política y el Estado Social de Derecho; ii) es exigible a todas las personas y al Estado; y iii) con fundamento en él, el Estado debe garantizar en la medida de lo posible unas condiciones mínimas de vida digna a todas las personas, de tal forma que debe prestar asistencia y protección a quienes se encuentren en situación de vulnerabilidad (Pág. 48).

- ***Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-705 de 2017. M.P. José Fernando Reyes Cuartas.*** Cuando se limita el acceso a un derecho, generalmente queda convenidas excepciones que permiten su salvaguarda en casos específicos, en el caso del derecho a la salud, este limitado para los migrantes de acuerdo a su estatus migratorio, siendo aquellos migrantes irregulares quienes no pueden acceder a los servicios de la APS, teniendo solo la posibilidad de recibir atención de urgencias, sin embargo, existen eventos en donde dichas limitantes no pueden ser impedimentos de principios universales, como lo es el

interés superior del menor, por lo tanto, y a ponderación constitucional, estas limitantes deben ser eliminadas.

La Corte aborda dicha desacuerdo dentro de esta providencia, en donde Ceos, un menor de once años, reclamaba atención médica para determinar diagnóstico oncológico que le fue negada por el Hospital Universitario Erasmo Meoz y el IDS de norte de Santander, argumentando que el menor no se encontraba afiliado al SGSSS ni contaba con Sisbén, por tanto no podían garantizarle la prestación de los servicios de salud reclamados.

Luego de realizado un repaso acerca de las disposiciones normativas que consagran el derecho fundamental a la salud de los niños, y el principio de cubrimiento universal, la Corte consideró que:

La garantía mínima del derecho a la salud para extranjeros no residentes se traduce en el derecho a recibir un mínimo de servicios de salud con el fin de preservar la vida cuando no haya un medio alternativo, no se cuente con los recursos para costear el servicio y especialmente cuando se trate de un caso grave y excepcional (Corte Constitucional, Sentencia T-705, M.P. José Fernando Reyes Cuartas).

Lo que permite concluir, que a pesar de estar limitado la prestación en salud a los migrantes, dentro de esos casos graves y excepcionales, como la de Ceos, quien pedía cita para determinar el tratamiento de cáncer, dada su condición de menor, así como las implicaciones del cáncer como una enfermedad catastrófica, es merecedor de una protección especial de su derecho a la salud y por tanto, debe recibir la atención que necesita para tratar su enfermedad.

Sin embargo, la corte no deslinda de responsabilidad a los migrantes irregulares de adquirir un seguro médico o plan voluntario de salud, aludiendo que para el acceso a

todos los servicios de la APS, lo cual brinda la posibilidad de un tratamiento integral para estos casos.

- **Corte Constitucional. (2018). Sentencia T-210 de 2018. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.** Con el desarrollo jurisprudencial en materia, se desarrollan más medidas proteccionistas, en este caso, una mujer venezolana, migrante irregular, que padece cáncer de cuello uterino, interpone una acción de tutela, aludiendo que le fueron vulnerados sus derechos fundamentales al IDS de Norte de Santander, negarle el tratamiento de quimioterapia y radioterapia, que el médico tratante le ordeno con urgencia, para controlar su enfermedad ya se encontraba en un estado bastante avanzado.

La Corte resolvió amparar los Derechos de la accionante, ordenándole al IDS de Norte de Santander, brindar el tratamiento requerido para controlar su enfermedad, puesto que al ser el cáncer una enfermedad catastrófica, con repercusiones graves en la salud, prevalecía el derecho a la salud sobre las formalidades migratorias.

- **Corte Constitucional. (2019). Sentencia T-197 de 2019. M.P. Diana Fajardo Rivera.** Bajo un análisis similar al abordado en la Sentencia T-210 de 2018, la Corte resuelve a favor de Ali delgado, una migrante irregular venezolana, diagnosticada con ‘carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado’, un tipo de cáncer que requiere un tratamiento oncológico especializado, al no haber posibilidad de recibirlo en su país natal, decidió emigrar y conseguir atención medica en Colombia.

Al ser negada la prestación de los servicios, presenta una acción de tutela, alegando que Secretaría de Salud del Municipio de Guadalajara de Buga, Valle del Cauca, violaron sus derechos fundamentales a la vida digna y a la salud. En primera instancia el juez

constitucional fallo en su contra, argumentando que el Municipio únicamente cuenta con un centro de salud que brinda servicios de salud de baja complejidad con enfoque en el modelo de APS.

Sin embargo, bajo el entendido que su enfermedad era catastrófica y se encontraba en peligro su vida, la Corte explico que:

Bajo esta lógica, una adecuada atención de urgencias comprende “emplear todos los medios necesarios y disponibles para estabilizar la situación de salud del paciente, preservar su vida y atender sus necesidades básicas”. Por ello, resulta razonable que “en algunos casos excepcionales, la ‘atención de urgencias’ [pueda] llegar a incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, cuando los mismos sean solicitados por el médico tratante como urgentes y, por lo tanto, sean indispensables y no puedan ser retrasados razonablemente sin poner en riesgo la vida”. *El argumento constitucional es que “toda persona tiene derecho a que exista un Sistema que le permita acceder a los servicios de salud que requiera”,* pero sobretodo “toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera ‘con necesidad”, especialmente cuando se enfrenta a un padecimiento ruinoso, escenario en el cual “a pesar de la movilización de recursos que la labor implica, la gravedad y urgencia del asunto demandan una acción estatal inmediata”. En estas condiciones y en el marco de un contexto de crisis migratoria, se ha previsto que, ante un evento de la naturaleza descrita, surge con urgencia una activación superior del principio de solidaridad orientado a que, bajo parámetros de razonabilidad y proporcionalidad, se avance “lo más expedita y eficazmente posible hacia la realización del derecho a la salud de los migrantes con mayores estándares a la mera urgencia médica, especialmente en tratándose de aquellos migrantes en mayor situación de vulnerabilidad”.

De esta manera, teniendo en cuenta los términos previstos por la jurisprudencia constitucional, no se podrá negar el acceso a los servicios que se ‘requieran con necesidad’. Por ello la Corte decide tutelar los derechos fundamentales de la accionante, ordenando la puesta en marcha de su tratamiento, y estableciendo que los costos de las atenciones en salud que sean brindadas serán cubiertos directamente por el Departamento y, complementariamente, de ser necesario, con la colaboración del orden nacional, según lo dispuesto por el ordenamiento constitucional vigente.

2.5.2.2 Leyes.

- Congreso de la Republica. **Ley 87 de 1993**, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. [DO: Año CXXIX. N. 41120. 29, Noviembre, 1993 Pág. 1]
- Congreso de la Republica. **Ley 100 de 1993**, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. [DO: Año CXXIX. N.41148. 23, Diciembre, 1993. Pág. 1]
- Congreso de la Republica. **Ley 23 de 1981**, por la cual se dictan normas en materia de ética médica. [DO: Año CXVII. N. 35711. 27, Febrero, 1981. Pág.482]
- Congreso de la Republica. **Ley 87 de 1993**, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. [DO: Año CXXIX. N. 41120. 29, Noviembre, 1993. Pág. 1]
- Congreso de la Republica. **Ley 232 de 1995**, por medio de la cual se dictan normas para el funcionamiento de los establecimientos comerciales. [DO: Año CXXXI. N. 42162. 26, Diciembre, 1995. Pág. 5]
- Congreso de la Republica. **Ley 489 de 1998**, por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. [DO: Año CXXXIV. N. 43464. 30, Diciembre, 1998. Pág. 1]
- Congreso de la Republica. **Ley 678 de 2001**, por medio de la cual se reglamenta la determinación de responsabilidad patrimonial de los agentes del Estado a través del

ejercicio de la acción de repetición o de llamamiento en garantía con fines de repetición.

[DO: Año CXXXVII. N. 44509. 4, Agosto, 2001. Pág. 15]

- Congreso de la Republica. **Ley 734 de 2002**, por la cual se expide el Código Disciplinario Único. [DO: Año CXXXVII. N. 44708. 13, Febrero, 2002. Pág. 1]

- Congreso de la Republica. **Ley 962 de 2005**, por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos. [DO: Año CXLI. N. 46023. 6, Septiembre, 2005. Pág. 4]

- Congreso de la Republica. **Ley 962 de 2005**, por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos de los organismos y entidades del Estado y de los particulares que ejercen funciones públicas o prestan servicios públicos. [DO: Año CXLI. N. 46023. 6, Septiembre, 2005. Pág. 4]

- Congreso de la Republica. **Ley 1122 de 2007**, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [DO: Año CXLII. N. 46506. 9, Enero, 2007. Pág. 60]

- Congreso de la Republica. **Ley 1164 de 2007**, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. [DO: Año CXLIII. N. 46771. 4, Octubre, 2007. Pág. 3]

- Congreso de la Republica. **Ley 1474 de 2011**, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. [DO: Año CXLVII. N. 48128. 12, Julio, 2011. Pág. 1]

2.5.2.3 Decretos.

- Presidencia de la Republica. (5 de Agosto de 1994). **Decreto 1876 de 1994**. *Por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del Decreto-ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado*. [DO: Año CXXX. N. 41480. 5, Agosto, 1994. Pág. 18]
- Presidencia de la Republica. (22 de Diciembre de 1995). **Decreto 2268 de 1995**. *Por el cual se dictan disposiciones sobre expedición de visas, control de extranjeros y se dictan otras disposiciones en materia de inmigración*. [DO: Año Cxxx. N. 42163. 26, Diciembre, 1995. Pág. 9]
- Presidencia de la Republica. (04 de Agosto de 2004). **Decreto 2493 de 2004**. *por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos*. [DO: Año Cxl. N. 45631. 5, Agosto, 2004. Pág. 5]
- Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de Mayo de 2017). **Decreto 0866 de 2017**. *Por el cual se sustituye el Capítulo 6 del Título 2 de la Parte 9 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 ~ Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en cuanto al giro de recursos para las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos*. [DO: Año MMXVII. N. 50.244. 25, Mayo, 2017. Pág. 15]

2.5.2.4 Resoluciones.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de Diciembre de 2016). **Resolución 6408 de 2016**. *Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*. [Do: Año CLIII N. 50100 26 De Diciembre 2016 Pág. 66]

- CONPES 3603. (24 de Agosto de 2009). somete a consideración del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), la Política Integral Migratoria – PIM - del gobierno nacional. La Política integra los lineamientos, estrategias y acciones de intervención para los colombianos que viven en el exterior y los extranjeros que residen en el país. Se encuentra enfocado en: 1) dar un tratamiento integral a cada una de las dimensiones de desarrollo de esta población y 2) mejorar la efectividad de los instrumentos utilizados para la implementación de estrategias y programas referentes a la población migrante.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de Agosto de 2017). **Resolución 3015 de 2017**. *Por medio de la cual se incluye el permiso especial de permanencia, PE, como documento válido de identificación en los sistemas de información del sistema de protección social.* [DO: Año MMXVII N. 50333. 18, Agosto, 2017. Pág. 74]

- Ministerio de Relaciones Internacionales. (27 de Julio de 2017). **Resolución 5797 de 2017**. *Por medio de la cual se crea un Permiso Especial de Permanencia.* [DO: Año MMXVII N. 50307. 27, Julio, 2017. Pág. 54]

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo Jurídico – Descriptivo, el cual “consiste en Aplicar “de manera pura” el método analítico a un tema jurídico, es decir, consiste en descomponerlo en tantas partes como sea posible. Esto implica que el tema debe ser, salvo que se persiga otro fin, muy bien delimitado” (Clavijo, Guerra & Yáñez, 2014, p.50). Pues se describen las normas que reconocen los derechos de los migrantes venezolanos, así como las medidas adelantadas por el Municipio para la mitigación de este fenómeno migratorio, es por ello que los resultados obtenidos en la investigación están encaminados a describir las características del fenómeno en evaluación.

Según Hernández Sampieri (2006), en este tipo de investigaciones se trabaja con un solo componente problemático de estudios, en el caso que nos compete, la Afectación en el área especializada en salud del Hospital Universitario Erasmo Meoz producto de la Migración Venezolana, especificando las propiedades de los lugares y de las personas que allí intervienen.

Así mismo, diversos metodólogos explican que este tipo de estudios requiere mayor conocimiento del área de estudio, lo cual es permisible dado que en este caso sí existe mayor cantidad de fuentes de información –a diferencia del estudio exploratorio-, motivo por el cual, bien llevado a cabo, puede ofrecer la posibilidad de predicciones o relaciones aunque sean poco elaborados o incipientes (Baptista Lucio, 2006, pág. 106).

3.2 Enfoque de la Investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó un enfoque mixto. Según Sampieri (2014), “La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales” (Pág. 544). Es decir, el enfoque mixto de la

investigación desarrolla procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación, lo cual implica la recolección y el análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos, en busca de obtener una visión más completa del fenómeno estudiado.

La migración masiva de venezolanos a territorio nacional, como fenómeno social, y las consecuencias que se derivan en salud del mismo, presenta distintas aristas y enfoques extensos y complejos, por tanto, el uso de un solo enfoque resultaría insuficiente para el estudio de tal complejidad, así como para el desarrollo de los objetivos, por ello, la presente investigación se apoya en el método mixto, en busca del logro de una perspectiva holística del fenómeno migratorio, que genere datos más ricos respecto a la multiplicidad de las fuentes de información recolectadas.

A pesar de que como señala Nerlich y McKeown (2004), la accesibilidad resulta una dimensión fundamental para llevar a cabo el enfoque mixto, y teniendo en cuenta que la pandemia a nivel mundial por el COVID-19, obligo al cierre al público del hospital, a través de los medios electrónicos logramos desarrollar las actividades cuantitativas sin modificar la realidad, por otro lado, gracias al levantamiento del confinamiento, las actividades cualitativas sí pudieron realizarse de manera presencial bajo todas las medidas de seguridad.

Por otro lado, el enfoque mixto se fundamenta en el ‘Pragmatismo’, el cual debe entenderse como la técnica para encontrar soluciones viables que permitan la realización de la investigación, estableciendo diseños que respondan al planteamiento del problema, orientando de manera metodológica a los investigadores en el descubrimiento de patrones, pruebas de teorías o hipótesis, y en general, en los contenidos a desarrollar.

Respecto a la conjugación de la metodología cuantitativa y cualitativa, en el enfoque mixto, Onwuegbuzie y Johnson (2008), señalan que:

El pragmatismo no pretende estandarizar las visiones de los investigadores, asume que éstos poseen diferentes valores y creencias tanto personales como respecto a los enfoques investigativos, cuando se conjunta esta diversidad no es un problema, *sino una fortaleza potencial de la investigación*, particularmente cuando las respuestas no son simples ni claras. El pragmatismo es ecléctico (reúne diferentes estilos, opiniones y puntos de vista), incluye múltiples técnicas cuantitativas y cualitativas en un solo “portafolios” y luego selecciona combinaciones de asunciones, métodos y diseños que “encajan” mejor con el planteamiento del problema de interés (Metodología Analítica, Pág. 85).

Por tanto, aunque ambos enfoques tengan fines epistemológicos diferentes, toda vez que, el enfoque cuantitativo, entiende la verdad como una descripción objetiva, cuantificable y/o comprobable que espera ser descubierta, mientras que, el enfoque cualitativo, busca reconstruir, retratar o fotografiar, la realidad del fenómeno en estudio, a través del relato de las experiencias de las personas, por ende, aunque en un primer momento no parezcan equiparables, ello no impiden que sus métodos pueden conjugarse y complementarse.

Sin embargo, autores como Creswell (2009), señala que al desarrollar un diseño mixto, en la ‘Teorización’, se debe definir dos factores importantes: el primero se refiere al enfoque al cual se le dará prioridad, en esta investigación se le dará prioridad al enfoque cualitativo, puesto que los resultados de la misma, se construirán a partir de la descripción de las dinámicas del área especializada del hospital, representando las técnicas cuantitativas utilizadas medios para validar los resultados de las técnicas cualitativas; el segundo se refiere al propósito de la integración de ambos datos (cualitativos y cuantitativos), el propósito de integración de los enfoques parte del entendimiento del derecho a la salud de los migrantes venezolanos, puesto que con las técnicas cuantitativas permite analizar los procesos administrativas de atención en el área especializada,

así como los índices de atención, los cuales descritos mediante las técnicas cualitativas, mediante el análisis del discursos de los trabajadores del área especializada.

De esta manera, a pesar de que no se pudieron realizar prolongadas actividades de observación o de interacción física con los participantes de la investigación, si se pudo realizar una inmersión de campo dentro de las instalaciones, si se pudo concretar, analizar y describir los contextos, dinámicas y procedimientos presentes dentro del Hospital, en específico, el área especializada en salud.

3.3 Diseño de la Investigación

Para el desarrollo del enfoque mixto, la investigación maneja un diseño concurrente. Dichos diseños permiten que los datos tanto cuantitativos como los cualitativos sean recolectados y analizados más o menos en el mismo tiempo. Según Teddlie y Tashakkori (2006 y 2009), los diseños concurrentes implican cuatro condiciones: (i) el recaudo de la información se realiza de manera paralela y de forma separada; (ii) el análisis de los datos, cuantitativos o cualitativos, no se construye sobre la base del otro análisis; (iii) Los resultados de ambos tipos de análisis no son consolidados en la fase de interpretación de los datos de cada método, sino hasta que ambos conjuntos de datos han sido recolectados y analizados de manera separada se lleva a cabo la consolidación; (iv) Después de la recolección e interpretación de los datos de ambos componentes, se efectúa una o varias “metainferencias” que integran las inferencias y conclusiones de los datos y resultados cuantitativos y cualitativos realizadas de manera independiente.

Los diseños concurrentes permiten que a criterio de los investigadores, pueden definir qué resultados de análisis mostrar primero, teniendo ambos enfoques las mismas fases de desarrollo: una ‘Conceptual’, donde se establecen los conceptos y las posibles hipótesis; una ‘Empírica’,

respecto a las técnicas de recolección y análisis de la información; una ‘Inferencial’ en donde se procesa la información y se especifican de acuerdo a los objetivos de investigación, y por ultimo; la ‘Metainferencia’, en donde se establecen las congruencias y diferencias obtenidas, desarrolladas en las conclusiones.

Así mismo, según las observaciones de Hernández Sampieri (2008), para el éxito en la aplicación del diseño, se deben aplicar estrategias potenciales en su aplicación, en donde se recurra a otras teorías para ver si alguna ayuda a explicar los resultados, Utilizar los resultados como una plataforma para una nueva búsqueda o un segundo estudio, brindar prioridad a los datos que consideremos más sólidos, y recurrir a colegas para que revisen todo el estudio.

3.4 Método de Investigación

El método de investigación para desarrollar el presente estudio es la Hermenéutica jurídica. A concepto de Luis Ociel Castaño Zuluaga, Profesor e investigador de derecho de la Universidad de Medellín:

La hermenéutica no es más que la actividad encaminada a la comprensión e interpretación de una realidad o de un problema jurídico bajo la perspectiva de sacar a flote lo que en un primer análisis se hace esquivo al operador jurídico (Zuluaga, 2009).

Por otro lado, la Hermenéutica Jurídica posee dos dimensiones: Como Proceso (Demarcado por un conjunto de actividades), y como producto. Como proceso Según Karl Larenz (2002), “se refiere a la operación cognitiva del intérprete en busca del significado que las normas jurídicas intentan expresar por medio del lenguaje, en relación con las conductas y demás realidades, con la intención de atribuirle, un significado específico y transformador” (Pag.247).

Es por ello que los razonamientos realizados dentro de esta investigación, ya sea acerca de las dinámicas del Hospital, los procedimientos para la AES o la caracterización de la población,

constituyen herramientas para mejorar las dinámicas de atención, así como el estudio de la génesis de la problemática, con la que se pretende explicar los resultados de ambos enfoques, incluyendo ambas muestras del casos en ambas muestras en un diseño explicativo.

3.5 Fuentes de Información

3.5.1 Fuentes Primarias.

Se recurrió a la fuente de origen de los datos: el Hospital Universitario Erasmo Meoz, haciendo énfasis en la división del área especializada, donde se llevan a cabo la prestación de los servicios médicos especializados, así como la evaluación y seguimiento de los pacientes de los migrantes venezolanos que recibieron intervenciones quirúrgicas, de igual manera, son los funcionarios y auxiliares generales de esta división del hospital con los que se adelantaron las entrevistas realizadas.

3.5.2 Fuentes Secundarias.

Como fuentes secundarias se realizó un radio de búsqueda basado en la recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos investigativos, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas.

Paralelamente se analizó la normativa expedida para hacer frente a la masiva migración de venezolanos y demás lineamientos establecidos por Colombia con respecto al trabajado realizado respecto a la Atención en Salud brindada a los migrantes, y la atención hospitalaria de tercer nivel, así como los principales conceptos jurisprudenciales a tratar.

Así mismo, se solicitó al Hospital mediante derecho de petición, información sobre sus procedimientos, sus políticas u otros datos que puedan servir como base conceptual a la investigación.

3.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de información

A continuación se expondrán las técnicas implementadas para la recolección de la información, las cuales para el desarrollo de esta investigación fueron las siguientes: como técnicas cuantitativas, fue utilizada el Análisis Cuantitativo de Datos Secundarios; como técnicas cualitativas, fueron utilizadas la Investigación documental y la Entrevista, las cuales nos permitieron realizar los análisis adecuados sobre la atención médica especializada de los migrantes en salud en el Hospital Universitario Erasmo Meoz.

3.6.1 Técnicas Cuantitativas.

3.6.1.1 Análisis Cuantitativo de Datos Secundarios.

Según INCAP (2010), el análisis de datos secundarios, es empleado cuando existe una cantidad considerable de información documental, los cuales emplean datos numéricos, graficas o proposiciones aritmeticas, permitiendo que los mismos sean recolectados, procesados, analizados y publicados con propósito diferente a los objetivos de la investigación que se plantea.

Para que el análisis resulte exitoso, Baptista (2006), propone que el estudio de los datos se realice por partes, de manera que estos sean distribuidos de acuerdo al patrón deseado, empleando graficas o tablas de distribución, que especifican la importancia de los datos respecto al desarrollo de la investigación. Lo que permitirá establecer índices e indicadores que permitan responder a las preguntas de la investigación o que permitan realizar la descripción del objetivo planteado.

De esta manera, fueron recolectados los datos otorgados por el hospital, organizados de acuerdo a las variables propuestas, y procesados de acuerdo a los indicadores universales de gestión hospitalarios, permitiendo establecer puntos específicos de la investigación.

3.6.2 Técnicas Cualitativas.

3.6.2.1 Investigación Documental.

La investigación documental es aquella que busca brindar una base teórica a la investigación a partir de la recopilación de archivos, informes u investigaciones posteriores en el tema concreto, de igual manera, ha sido definida como “un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas” (Arias, 2012, p. 82).

Dicha disciplina instrumental será estructura tanto por la información recopiladas de las fuentes de información primaria y secundaria señaladas, con lo que se podrá organizar aquella información complementaria que aparezca en el transcurso de la realización de la investigación.

Lo que nos permitirá establecer una fundamentación teórica o referencial respecto a temas científicos ligados a la atención hospitalaria, así como la organización de los datos brindados por el Hospital, de manera coherente, analítica y crítica, reinterpretando dichos conceptos dentro de la investigación.

3.6.2.2 Entrevista.

Para Denzin y Lincoln (2005), la entrevista es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”. Estos autores plantean que la entrevista es una técnica útil en la reconstrucción de la realidad de un grupo. En la entrevista las personas son tratadas como fuente directa de información acerca de su contexto. Ésta se desarrolla en medio de la significación del diálogo para conocer a los seres humanos, sus relaciones y dinámicas. El proceso incluye las primeras impresiones de los sujetos, sus movimientos, lo que comunican con su voz y su

corporalidad, prestar atención a los énfasis en sus respuestas, los probables nuevos diálogos, la aclaración de términos entre otros elementos.

Lo anterior implica la preparación de un cuestionario de preguntas, el cual fue realizado a partir de los lineamientos de la entrevista semi-estructurada, en donde según Díaz (2013), lo que distingue a este tipo de entrevista radica en que las preguntas planteadas pueden adaptarse a los sujetos para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos con el entrevistado. De este modo, se pueden relacionar las respuestas con las categorías o surgir nuevas preguntas para ir más en profundidad al tema.

Con ello se busca que cuando se realice la entrevista, el investigador sea el instrumento de la investigación y no el protocolo o formulario de la entrevista. Su rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas (Taylor y Bogdan, 1984). En este caso orientado a inferir las variables que confluyen en la atención hospitalaria brindada en el hospital, respecto a las categorías de análisis establecidas.

4. Resultados

4.1 Atención Especializada en Salud.

4.1.1 Antecedentes.

En el año 1993, con la expedición de la Ley 100, orientada por el Banco Mundial, Colombia adopta las disposiciones orientadas a la implementación de planes de atención básica, en procura de una cobertura universal en salud, que elimine todas aquellas barreras de acceso que impidan a las personas y comunidades acceder a servicios básicos en salud, permitiendo el acceso a servicios

integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, teniendo como fin último el logro de la salud y el bienestar.

Sin embargo, no era la primera vez que Colombia establecía parámetros para la atención en salud, en procura del mejoramiento en la atención especializada en salud, en adelante (AES), incluso al investigar antecedentes históricos, encontramos que en nuestro país existen experiencias en materia incluso anteriores a la Declaración de Alma-Ata, las cuales pueden considerarse precedentes puesto de que comprenden procesos que buscan la garantía del Derecho a la Salud, mediante la implementación de intervenciones médicas costo-eficaces de orientación individual y biomédica de la enfermedad.

En el siglo XX, a partir de los años cincuenta, por ejemplo, en el departamento de Antioquia, se forja la primera propuesta de entidades promotoras rurales de salud, las cuales actuaban como agentes como agentes comunitarios de salud, en estas resaltaba la coordinación entre la comunidad, los trabajadores primarios en salud, y los especialistas de los centros hospitalarios, para la realización de los planes de prevención y diagnóstico temprano de enfermedades. Dicha propuesta fue tan bien recibida que años más tarde, el recién elegido presidente Carlos Alberto Lleras Restrepo, decidió replicarlo en todo el país basado en la experiencia y modelo antioqueño, con ello el modelo de Medicina Social sienta sus bases en el territorio nacional.

Más adelante en la década de los 70`s, se destaca la experiencia liderada Gustavo Molina, médico chileno exiliado en el país por el derrocamiento de Salvador Allende, ejerció como docente en la Escuela Nacional de Salud Pública en la Universidad de Antioquia, en donde según María Restrepo (2016), busco promover y desarrollar experiencias similares a las chilenas en la medicina integral y en la integración de los servicios, conocida con el nombre de integración operacional de abajo hacia arriba (IOAPA), para el sector urbano (Medellín) y para los diferentes municipios del

departamento de Antioquia, en donde se sentaron las bases para la creación del Sistema Nacional de Salud de 1975 (Apráez, 2011). De esta manera, el Dr. Molina fue el pionero en la integración entre la salud ocupacional y la atención de salud en el país, a partir del ejemplo de la implementación del modelo chileno en la región de Antioquia.

Posteriormente en la década de los 80`s, mediante los esfuerzos del conglomerado de las organizaciones médicas departamentales y de la participación comunitaria, se pone en funcionamiento, el Plan Nacional de Participación Comunitaria, el cual tenía como objetivo la creación de actividades cívicas en salud, como brigadas, que permitieran brindar servicios de salud a las comunidades más vulnerables, de allí surgen programas como el Vigía de la Salud, adelantado en los claustros educativos con el propósito de prestar servicios sociales a la comunidad aledaña de la institución, orientándolos acerca de los diferentes programas de prevención, y permitiendo ese primer contacto médico-paciente, que conllevaran a la revisión de especialistas.

A principios de los 90`s se realizarían cambios importantes dentro de las dinámicas de AES, con la Ley 10 de 1990 el Sistema Nacional de Salud pasa a ser descentralizado, generando así cambios en la organización y de operación de este. La descentralización permitió a grandes rasgos la municipalización de la atención de salud, la intervención de los factores de riesgo y los determinantes de la salud, organizando los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los cuales poseían un marco de acción comunitario acerca de las estrategias en Atención primaria en salud dentro de las comunidades, como primera respuesta en una atención especializada.

Los SILOS representaron la cúspide en la cobertura en salud del país, puesto que a través de su gestión, se lograba mantener un mayor acercamiento a las necesidades de la comunidad, logrando así la integralidad dentro de los servicios en AES, desarrollando los conceptos organizacionales y

estructurales que al día de hoy, los centros de salud manejan para el cumplimiento de las estrategia de promoción de la salud.

Según Ernesto Vega (2013), a principios de los 90`s se logra dicha integralidad puesto que:

Se incorporaron epidemiólogos y profesionales de las ciencias sociales a los servicios de salud, para dinamizar procesos de producción y análisis de información; también, la puesta en marcha de la Estrategia de Promoción de la Salud (PS); la Programación Local de Salud, para formular los Planes Locales de Salud; el Programa de Municipios Saludables, y el de Comunicación para la Salud y la Participación Social en Salud. Para el mismo periodo uno de los principales logros fue la integración de los SILOS con la Estrategia de Promoción de la Salud.

Se dieron algunos desarrollos, principalmente organizacionales y estructurales, de los servicios de salud dentro del marco de la descentralización del Estado (política de modernización del Estado). Entre dichos desarrollos se cuentan la entrega a los alcaldes, en el ámbito municipal, de la responsabilidad de la dirección de salud, del liderazgo de la integración de los servicios y de la acción intersectorial; mediante ello se buscaba la conexión del sector salud con los planes locales de desarrollo social, y al primer nivel de atención (centros y puestos de salud) en las comunas o las localidades (subdivisiones político-administrativas de los municipios) (Pensamiento colectivo en Salud, Pág. 78).

Los avances alcanzados no rindieron frutos debido a la rápida imposición de la Ley 100 de 1993, que ha generado a largo plazo una crisis en la salud pública, pues a criterio de María Restrepo (2016), pues se redujo a la APS a una simple atención clínica y a un paquete básico de acciones en Salud Pública. Distintos Doctrinantes y Analistas afirman que la Ley 100 mercantilizó los servicios de salud, haciendo más complicado el acceso a servicios especializados a aquellas personas que conforman comunidades vulnerables.

Aunque no se obtuvieron los resultados esperados, si existen intentos de incluir la estrategia de AES:

- En la Ley 1122 de 2007, donde se desarrollan por principales conceptos de salud pública, en su artículo 33, señala taxativamente que el Plan Nacional de Salud Pública,

incluye “los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria”. Haciendo referencia al modelo adoptado en los años 70`s.

- En el Decreto 3039 de 2007, que regula el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública (página 56), y hace referencia a la APS dentro del marco de las Estrategias para mejorar la salud mental. La AES sigue quedando a “discrecionalidad de los entes territoriales” (Ernesto Vega, 2013).
- En la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, donde se formula una línea orientada a “la identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria” (Ernesto Vega, 2013).

Como resultado, un AES fragmentada, donde escasea la financiación para la realización de exámenes, procedimientos y salud y entrega de medicamentos que permitan brindarles a los usuarios la integralidad, donde no existe una coordinación cohesiva con la Atención Primaria en Salud, excluyendo a quienes no puede acceder al SISBEN, como los migrantes venezolanos irregulares.

4.1.2 Destinación de gastos en AES.

En el año 2019, el Presupuesto General de la Nación (PGN) tuvo un valor de DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO (\$258,994) billones de pesos, demarcado por tendencias que pretenden el financiamiento del Estado respecto a las obligaciones adquiridas con el Acuerdo de Paz, es decir, se le dio prelación al gasto público social, conformado por aquellas necesidades tendientes al bienestar general, incluidas educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda, y por supuesto, salud.

El rubro en salud tuvo una destinación de TREINTA DOS MIL COMA TRES (\$32,3) billones de pesos, representando el 12,5% del total del PGN, los cuales en su mayoría están destinados a “Productos, útiles y equipos médicos, servicios para pacientes externos, servicios hospitalarios, servicios de salud pública Investigación y desarrollo en áreas afines” (PGN, 2019, pág. 254), de los cuales dos (2) billones se encuentran destinados al funcionamiento del sector, otros valores importantes a considerar destacan:

- Aseguramiento en Salud de \$28 billones, ofreciendo cobertura en salud de hasta VEINTIDOS MILLONES SETECIENTOS VEINTE Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA (\$22.727.740), para aquellos afiliados al régimen subsidiado, mientras que para aquellos afiliados al régimen contributivo será de VEINTIDOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUATRO (\$22.298.304).
- Respecto a la cobertura en los esquemas de vacunación será hasta del 95% en niños y niñas hasta 3 años.
- DIEZ COMO CUATRO (\$10,4) billones, de atención de transferencias a los territorios, distribuidos de la siguiente manera: 8,4 billones para atender con Subsidios la demanda de servicios de salud; \$1 billón para financiar acciones en salud pública atribuidas a las entidades territoriales; \$1 billón para prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación de subsidio a la oferta.

Ahora bien, respecto a la destinación de gastos de la AES, se encuentra contemplada en la Ley 715 de 2001, en donde se dispone el Plan de Atención Básica, establece el financiamiento de los centros hospitalarios, que brindan servicios hospitalarios, a partir de la recolección de los ingresos fiscales y parafiscales, es decir a través del recaudo destinado para tal fin cobrado en los tributos,

las regalías y las rentas cedidas provenientes de licores, cervezas, apuestas y loterías, dichos montón recolectados, son distribuidos por el Sistema Generalizado de Preferencias (SGP).

Es por ello que son los entes territoriales, los encargados de coordinar su financiamiento por medio de los fondos departamentales o municipales, de esta manera, el dinero destinado por el SGP es girado a una cuenta presupuestal, que los secretarios de gobierno o el área administrativa de los entes territoriales, según el caso, manejan de acuerdo a los Planes Municipales de Desarrollo urbano, así mismo, en el caso de San José de Cúcuta, al Plan de Ordenamiento Municipal planteado por la alcaldía.

De acuerdo a las estrategias que plantea el Municipio dentro de dichos planes de organización, los centros hospitalarios se encargan de llevar a cabo las estrategias planteadas con los recursos que recibe del municipio, las cuales son coordinadas por los distintos niveles de atención y por toda la red de salud del municipio, en busca de brindar la cobertura universal.

Según Antonio Orozco (2015), el manejo contable a gran escala de las estrategias en AES, permite que en el SGSSS, se establezcan mejores procedimientos que brinden una mayor protección Individual del derecho a la salud, puesto que los fondos son limitados es pertinente que sean canalizados mediante la prestación del servicio. Los fondos están conformados por subcuentas, cada una delimitada por un sentido operacional, entre las que se encuentran: i) régimen subsidiado de salud, ii) prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda, iii) salud pública colectiva, iv) otros gastos en salud.

Es en el inciso numero dos, “*prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda*”, de donde se distribuyen los recursos para la atención de aquellas poblaciones vulnerables no aseguradas, como es el caso de los migrantes irregulares, por tanto es importante

contextualizar acerca de dichos gastos en el Municipio de San Jose de cucuta debido a sus condiciones fronterizas, puesto que una de sus principales particularidades que hacen de Cucuta un caso diferente, es en el gasto.

Los gastos en salud son proyectados por los Centros hospitalarios, y las entidades administrativas en materia de manera exponencial, es decir, se prevén cifras de atención y de prestación de servicios de acuerdo al crecimiento de las comunidades y de personas afiliadas al SGSSS, analizando el comportamiento de dichas variables, las entidades de salud pueden prever a corto plazo, los recursos que necesitara en un futuro para cubrir la demanda de atención.

Sin embargo, en los departamentos fronterizos, en especial en Norte de Santander, las cifras de crecimiento exponencial no brindan confiabilidad respecto a la necesidad de capacidad de los centros de salud, puesto que con la crisis migratoria, las cifras se quedan cortas de acuerdo a los índices de atención. Por tanto, los gastos de atención son constantemente modificados en busca del cubrimiento total de la demanda, con la AES no es diferente, los centros de salud constantemente deben renovar su capacidad de atención con el crecimiento acelerado de las comunidades.

Esta problemática se refleja en las instalaciones de los Centros Hospitalarios, en donde la alta ocupación es una constante diaria, obligando al gobierno nacional a priorizar a Cúcuta dentro de los planes de contingencia de la crisis migratoria, girando mayores montos en el SGP, que permitan el refuerzo de los factores de AES.

4.1.3 Factores que definen la integralidad de la prestación de la AES.

Tras haber realizado el abordaje conceptual de la AES en el marco teórico, descrito sus características dentro del SGSSS, y explicado su financiación, es importante precisar en este punto, cuales son factores que definen la integralidad de la AES, es decir aquellos elementos que permiten

la prestación de servicios médicos de alta calidad y con una cobertura universal, que responda a las necesidades de la comunidad y brinde planes que permitan su mejoramiento en salud.

Los factores se identificaron a partir de la revisión bibliográfica de los antecedentes investigativos, así como de la información documental brindada por el ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, nos permitió definir los factores para alcanzar la integralidad en la AES, basado en sus políticas de atención. De esta manera los factores definidos fueron:

- **Factor Social.** Referido al enfoque de la AES, la cual no debe estar demarcada desde una perspectiva de salud pública y comunitaria, no desde una perspectiva individual, evaluando de manera colectiva los procesos de concertación y gestión, que permita el crecimiento, la formación y el aprendizaje de las diferentes patologías que aquejan a la comunidad, dándole un enfoque humanístico que debe resaltar dentro de las actividades, en busca de enfocar los mayores esfuerzos en la atención prestada, estableciendo así la necesidad de atención en salud de los migrantes venezolanos.
- **Factor Estructural.** Abarca dos elementos importantes para la composición de la AES, el físico y el organizacional. La estructura física se refiere a las características de los centros de salud, la cantidad de habitaciones destinadas para la atención de pacientes, las medidas del área de urgencia, quirófanos, entre otros, por regla general dicho elemento está determinado por la capacidad de atención que se pretende a manejar, puesto que a mayor capacidad de atención, se requería de instalaciones mas grandes. La estructura organizacional es la forma de organización interna de los centros de salud hospitalarios, en donde fungen directivos en cada una de las secciones de la organización, por lo general son lineales, encabezada por un director.

- **Factor Económico.** Procura por la aplicación de la teoría económica a los fenómenos y problemas asociados con la salud, en busca de una mayor eficacia, eficiencia y productividad de los procesos adelantados por los centros de salud, por ende de manera general se centra en la gestión económica, los procesos de sustitución, el pago de salarios al personal, así como comportamiento de los tratamientos y políticas de salud. De esta manera, se garantiza el funcionamiento de los servicios de salud, brindando productos hospitalarios de calidad.
- **Factor Recursos Humanos.** Determinado por los Auxiliares generales, los cuales tienen por función llevar a cabo los procedimientos para la materialización de las estrategias de los objetivos planteados por la AES, representa la fuerza laboral de los centros de salud, así mismo, por lo general, en salud bajo los esquemas administrativos, se maneja una cadena de mando que soporta los niveles de atención en salud, a la cual los auxiliares deben responder.
- **Planeación Futura.** Referida a la planeación estratégica futura de los servicios en salud brindados por los centros hospitalarios, en cuanto a la capacidad, instalaciones y personal de atención, principalmente en busca de prever una capacidad operativa optima, que responda a las necesidades de la comunidad, con lo que se busca la toma de acciones encaminadas a facilitar el alcance de la situación deseada en el futuro, diagnosticando aquellos factores críticos.

4.2 Derecho fundamental a la salud de los migrantes provenientes de Venezuela en el marco de la crisis migratoria

Según la OPS (2015), El Derecho a la Salud es un derecho *'fundamental'*, dicho adjetivo implica que el Estado debe propender por crear medios que permitan su protección, toda vez que al ser fundamental, posee atributos esenciales de la dignidad humana, que brindan un estado de completo bienestar físico, mental y social. Sin embargo, a pesar de cumplir con esferas amplias de protección,

el derecho a la Salud no está exento de limitantes, la Atención en Salud está condicionada a requisitos que deben cumplir todas las personas que deseen acceder a los servicios de salud.

Dichos requisitos varían de acuerdo a la condición de la persona, de manera general en Colombia, para acceder al SGSSS, el cual tiene por objetivo reglamentar los servicios públicos de salud, creando condiciones que permitan el acceso de toda la población, se realiza mediante la inscripción a un régimen de salud, contributivo o subsidiado. MinSalud (2016), establece que al '*Régimen Contributivo*', se deben afiliar todas aquellas personas que posean un vinculación laboral, es decir, aquellos con capacidad de pago, generalmente la afiliación a este régimen se realiza entre acuerdo del trabajador con su empleador. Por el contrario, al '*Régimen Subsidiado*', solo podrán acceder aquellos que no tengan capacidad de pago, incluyendo a todas aquellas personas que conforman poblaciones vulnerables.

Ahora bien, dentro de lo que se considera '*Población Vulnerable*', "Grupo de personas que se encuentran en estado de desprotección o incapacidad frente a una amenaza a su condición psicológica, física y mental, entre otras" (MinEducación, 2014, Pág. 2), encontramos a los adultos mayores, personas con condiciones especiales y habitantes de calle, en general a la población pobre no asegurada (En adelante, PPNA). Es decir, todas aquellas personas en condición de vulnerabilidad marcadas por la pobreza, la desigualdad y la condición social, entre los que se encuentran los migrantes.

Al hacer parte de los grupos de PPNA, se presentan tres escenarios para migrantes que requieran Atención en Salud: (i) aquellos migrantes que legalizaron su situación migratoria y se encuentren laborando, podrán afiliarse al SGSSS, entre acuerdo con su empleador; (ii) aquellos que legalizaron su situación migratoria, no se encuentren laborando y hayan sido clasificados entre los niveles 1 y 2 del SISBEN, podrán ser afiliados a una EPS y ser atendidos en las IPS o centros de salud

adscritos; (iii) aquellos migrantes que se encuentren de forma irregular dentro del territorio o turistas, solo podrán recibir atención en urgencias, cuando se esté en un estado de debilidad manifiesta, o se requiera ayuda de centros de maternidad.

En el primer escenario, *aquellos migrantes que legalizaron su situación migratoria y se encuentren laborando*, no existe mayor inconveniente, toda vez que al pertenecer al Régimen Contributivo, reciben una atención de mayor calidad, contando con la disposición de centros de salud capacitados en la atención de las diferentes patologías, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en especial, en la APS recibida.

En el segundo escenario, *aquellos que legalizaron su situación migratoria, no se encuentren laborando y hayan sido clasificados entre los niveles 1 y 2 del SISBEN*, también ocurre una situación similar, dentro del Régimen Subsidiado recibirán atención en salud en los centros de salud adscritos a las EPS seleccionadas, igualmente cuentan con la posibilidad de recibir APS.

En el tercer escenario, *aquellos migrantes que se encuentren de forma irregular dentro del territorio o turistas*, las cosas son diferentes. Para aquellos migrantes irregulares, que no hayan podido legalizar su situación migratoria, según las directrices del **Decreto 0866 de 2017**, expedido por el MinSalud, los migrantes irregulares solo podrán acceder a una atención inicial de urgencias, es decir, aquellas en donde “se presentan una alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte” (Cartilla Derechos y Deberes, 2016, Pág. 11).

Son estos últimos quienes se encuentran más vulnerables y desamparados respecto al desarrollo de patologías, toda vez que, la imposibilidad de acudir a la AES, lo obstaculiza de beneficiarse de

los planes de prevención o de realizar chequeos médicos que permitan la detección temprana de posibles enfermedades del desarrollo.

Dentro del desarrollo de la presente investigación, nos enfocaremos en aquellos migrantes venezolanos pertenecientes a los primeros dos escenarios, puesto que son estos quienes pueden recibir AES, y en últimas quienes hacen parte de la población de objeto de estudio bajo análisis, ‘migrantes venezolanos que reciben AES en el Hospital Universitario Erasmo Meoz’.

4.3 La Acción de Tutela como Mecanismo de Protección del Derecho Fundamental a la Salud de los Migrantes Venezolanos

En un análisis elaborado en el año 2018 por José Koechlin y Joaquín Eguren, acerca del fenómeno migratorio venezolano, determinaron que debido a la combinación de motivos por los cuales emigran, debe considerarse como una ‘Migración Forzada’. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), dicho concepto “se utiliza para describir un movimiento de personas en el que se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, bien sea por causas naturales o humanas” (OIM, Cartilla de Derecho de los inmigrantes, Pág. 22), puesto de que huyen de un país donde no pueden vivir con las condiciones mínimas de dignidad, en donde además los sistemas económicos, educativos y de salud no responden a las necesidades de la población, por tanto, se ven obligados a emigrar en busca de mejores oportunidades.

Una de las principales razones de emigración, es la posibilidad de recibir atención médica, sin embargo, cuando llegan a territorio nacional, encuentran la crisis existente en el SGSSS, trabas administrativas en la atención, y limitaciones al derecho a la salud por su condición de extranjeros. Es por ello, que la acción de tutela se ha convertido en el mecanismo constitucional más utilizado para invocar la protección del Derecho a la salud, y los conexos, toda vez que su propósito es

otorgar sin dilaciones la protección solicitada de manera inmediata y eficaz, brindando garantías de protección a quien la invoque.

Es precisamente este garantismo por el que los migrantes venezolanos acuden a la acción de tutela, ofreciéndoles un procedimiento preferente y sumario para proteger sus derechos fundamentales, amenazados y vulnerados por su condición migrante, puesto que, como población vulnerable no solo deben afrontar condiciones adversas de índole económica y social, sino que además deben contrarrestar las barreras y negativas administrativas en los centros hospitalarios para la prestación de atención en salud, sin tener en cuenta que la mayoría de población migrante se establece en Colombia con el objetivo de recibir atención médica.

Ahora bien, los migrantes venezolanos poseen legitimidad para el ejercicio de la acción de tutela, dicha posibilidad está sustentada, en primer lugar, en los Art. 86 y 100 de la Constitución Política, en el primero se establece taxativamente que está en cabeza de *'Toda Persona'*, legitimando tanto a nacionales como extranjeros, en el segundo, donde se establece la igualdad de derechos civiles sin distinción de nacionalidad, subordinado a condiciones especiales; en segundo lugar, en el artículo diez del Decreto 2591 de 1991, establece que el ejercicio de la acción de tutela será a nombre propio o por medio de un representante legal, dicho articulado ha sido interpretado por la Corte Constitucional como aplicativo para los extranjeros ejercer la tutela, en la Sentencia C-834 de 2007, la Corte afirma que en virtud de lo estipulado en el art 100 de la Constitución Política, “Los sujetos de la protección no lo son por virtud del vínculo político que exista con el Estado colombiano sino por ser personas” (Corte Constitucional. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto, Pág. 16).

Posteriormente, en la Sentencia SU677 de 2017, la Corte Constitucional fijó las reglas Jurisprudenciales respecto a la legitimación de extranjeros para concurrir a la acción de tutela, estableciendo que:

La Sala reitera las reglas jurisprudenciales sobre la legitimación por activa en las que se establece que los extranjeros pueden solicitar el amparo constitucional de sus derechos fundamentales a través de la acción de tutela. Asimismo, se reitera que la agencia oficiosa procede cuando: (i) el agente manifiesta o por lo menos se infiere de la tutela que actúa en tal calidad; (ii) el titular del derecho es una persona en situación de vulnerabilidad no puede ejercer la acción directamente o (iii) el agenciado ha manifestado su voluntad de solicitar el amparo constitucional. Adicionalmente, concluye que la situación de vulnerabilidad del agenciado también se puede evidenciar a partir de su contexto, por ejemplo, encontrarse en una situación de crisis humanitaria como la migración masiva de personas de un Estado a otro (Corte Constitucional. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, pág. 10).

De esta manera, la acción de tutela funge como el principal instrumento de reconocimiento del derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos, cuando existen barreras que impidan del goce de la prestación de atención médica en salud, es decir, el juez constitucional ha permitido eliminar el escenario discriminatorio y tratamiento diferenciado en el acceso a la salud a los que se enfrentan los migrantes venezolanos.

4.4 Gestores Sociales

Un gestor social es un líder comunitario con voluntad para generar cambios, el cual funge como dentro de su comunidad en la construcción de soluciones a las problemáticas que afectan a las mismas, mediante la implementación proyectos, estrategias o actividades vinculadas dirigidas a la protección de la población más vulnerable. En su mayoría, los gestores sociales suelen reunirse en organizaciones sin ánimo de lucro, lo cual les permite organizarse y establecer una red de apoyo que brinde mejores soluciones.

Respecto a la atención migrantes venezolanos, diversas organizaciones tanto nacionales como internacionales han brindado apoyo para la mitigación de la crisis migratoria, brindado servicios

que por su condición de irregular son generalmente negados por las entidades territoriales, en especial en el sector salud para aquellos migrantes irregulares, quienes el SGSSS, los excluye de recibir atención médica especializada.

En el Municipio de San José de Cúcuta se pueden encontrar las siguientes organizaciones que brindan Atención médica general, y en algunos casos AES, a los migrantes venezolanos:

Tabla 3. Gestores Sociales que Brindan Atención Médica General a los Migrantes Venezolanos en Cúcuta.

Nombre	Categorías	Población a la que va dirigida	Servicios que ofrece
Americares	Atención a embarazadas Atención a la mujer Atención a niños Atención médica general Atención psicológica	Venezolanos y colombianos retornados sin afiliación al sistema de salud colombiano.	1. Atención medicina general 2. Psicología 3. Entrega de medicamentos
Capellanía Ofica-Icc	Alimentación Asesoría Jurídica Atención a embarazadas Atención a la mujer Atención a niños Atención médica general Atención psicológica Refugio	Flujo migratorio mixto pendular, comunidad desplazada por la violencia, comunidad de acogida, comunidades indígenas (excepto yukpa), y caminantes.	1. Centro de Esperanza: orientación espiritual sin distinción religiosa, orientación psicosocial, orientación personal, orientación jurídica, 2. Brigadas de Esperanza: entrega de 1.500 mercados mensuales en zona rural y urbana del Catatumbo, atención médica, enfermería (con entrega de medicamentos para todos 3. Posada La Esperanza: alojamiento para caminantes, alimentación diaria consistente en desayuno, refrigerios, almuerzo y comida, kits de ropa, kits de aseo personal, agua y saneamiento básico.

<i>Comité Internacional de Rescate - IRC</i>	Atención a embarazadas Atención a la mujer Atención a niños Atención médica general Atención psicológica	Población migrante, colombianos retornados y población de acogida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control prenatal. 2. Atención primaria en salud para niños de 0 a 17 años. 3. Planificación familiar. 4. Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. 5. Tratamiento clínico para SVBG. 6. Atención para Interrupción Voluntaria de Embarazo (IVE), bajo sentencia C 355 del 2006. Protección de Niñez y Adolescentes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de casos. 2. Programa adolescentes.
<i>Compassion Internacional</i>	Alimentación Atención a niños Atención médica general	Niños, niñas y adolescentes en condición de vulnerabilidad.	Acompañamiento holístico a niños en educación, salud, alimentación y apoyo espiritual
<i>AHF (AIDS Healthcare Foundation) Colombia</i>	Atención pacientes con VIH Diagnóstico de VIH Prevención de VIH	Migrantes Migrantes VIH positivo Población LGTBQ+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios en salud 2. realización de prueba VIH 3. realización de exámenes sobre patologías derivadas del VIH 4. educación sexual
<i>Fundación Censurados</i>	Derechos sexuales y reproductivos Derechos LGTBQ VIH	Población refugiada y retornada. Población diversa. Mujeres y hombres trans y No binarias HSH y MSM. Trabajadoras sexuales. Personas privadas de la libertad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo a personas con VIH. 2. Red de apoyo a población diversa. 3. Pruebas rápidas para VIH. 4. Capacitación en salud sexual y reproductiva. 5. Atención de casos en VBG. 6. Gestión Comunitaria de medicamentos para VIH. 7. Garantía de derechos para población diversa.
<i>Fundación Halú</i>	Atención a la mujer Atención a niños	Población migrante, retornada y receptora.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de medicina, evaluación y atención nutricional, atención por psicología y atención por

	Atención médica general Atención psicológica		<p>enfermería, incluida la entrega de medicamentos e insumos básicos.</p> <p>2. Asesoría y aplicación de métodos de anticoncepción.</p> <p>3. Atención de casos Violencias Basada en Género.</p> <p>4. Talleres primeros auxilios grupales y de prevención en VBG.</p> <p>5. Atención de primeros auxilios psicológicos individuales.</p> <p>6. Gestión de casos.</p> <p>7. Talleres educativos comunitarios.</p> <p>8. Infraestructura</p> <p>9. Mejoras e intervenciones de infraestructura y componente educativo en agua saneamiento e higiene.</p>
<i>Med Global</i>	Atención a embarazadas Atención a la mujer Atención a niños Atención médica general	Población migrante venezolana, retornados colombianos y población vulnerable.	<p>1. Servicio médico.</p> <p>2. Enfermería.</p> <p>3. Odontología.</p> <p>4. Medicamentos.</p> <p>5. Laboratorios.</p>
<i>Project Hope</i>	Atención a embarazadas Atención a la mujer Atención médica general Atención psicológica	Migrantes venezolanos, colombianos retornados, colombianos sin Sisben	<p>1. Atención primaria de salud en Villa del Rosario Hospital Cristo Sahium</p> <p>2. Salud en atención especializada en Cúcuta:</p> <p>3. Apoyo con exámenes a pacientes con tuberculosis para prevenir resistencia antibiótica.</p>
<i>Asociación Profamilia</i>	Atención a embarazadas Atención a la mujer Atención médica general Atención psicológica	Migrantes Retornados Colombianos Población de acogida	<p>1. Anticonceptivos</p> <p>2. Consulta médica general y especializada ginecológica, obstetricia, urología</p> <p>3. Exámenes preventivos y pruebas diagnósticas</p> <p>4. Tratamiento de patología cervical</p>

<i>Cruz Roja Colombiana</i>	Población migrante y connacional	Atención a embarazadas Atención a la mujer Atención a niños Atención médica general Atención psicológica	<p>5. Interrupción voluntaria del embarazo</p> <p>6. Pruebas rápidas</p> <p>7. Atención de emergencia para víctimas de violencia</p> <p>8. Atención psicosocial y primeros auxilios psicológicos</p> <p>9. Brigadas extramurales</p> <p>10. Asistencia técnica en SSSR en contextos de crisis humanitaria</p> <p>11. Talleres de sensibilización, información y prevención de violencia</p> <p>12. Vacunación no PAI</p> <p>1. Brinda atención a población migrante. A su vez, busca mitigar las consecuencias humanitarias y las dificultades de estabilización e integración de la población migrante en situación de vulnerabilidad que se ha dirigido a Colombia, brindando asistencia humanitaria de emergencia.</p> <p>2. Atención integral en salud, protección e inclusión social y comunitaria.</p> <p>3. Focalización territorial en donde se plantea atención de primera respuesta en departamentos de frontera y estrategias de estabilización, recuperación, integración y desarrollo en las ciudades, municipios de tránsito y acogida.</p>
------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Planes de acción implementados para la mitigación de los efectos migratorios en el área de salud

Con la llegada de la crisis migratoria, Colombia pasa de ser un país emisor de emigrantes, a uno receptor, representando un enorme desafío para las entidades territoriales, el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de salud con los migrantes venezolanos. De esta manera, progresivamente el gobierno Colombiano ha adelantado la aplicación de medidas contenidas en los instrumentos internacionales para la protección de la población migrante.

A continuación, serán descritos los planes de acción que han sido implementados para la mitigación de los efectos migratorios en el área de salud, dichos planes parte de directrices nacionales, departamentales o municipales, teniendo en cuenta factores de atención como la disponibilidad, accesibilidad y calidad.

5.1 Desarrollo normativo en salud originado en el fenómeno migratorio

Según datos de Migración Colombia, Se estima que aproximadamente desde mediados del año 2013, inicia un gran flujo migratorio de venezolanos, quienes, en un comienzo, ingresaron al país de tránsito, dirigiéndose principalmente hacia Estados Unidos, Canadá y Europa, sin embargo, para finales de 2014, iniciaron los primeros reportes de aumento de permisos de permanencia de ciudadanos venezolanos en territorio colombiano. Más adelante, a mediados de 2015, en los departamentos de Santander, Cundinamarca, Atlántico y Antioquia, se reportan masivas solicitudes de acogida a ciudadanos venezolanos sin recursos económicos, quienes realizaron caminatas dentro del territorio nacional, paralelamente a ello, Migración Colombia reportaba la llegada de alrededor de 32.000 ciudadanos venezolanos al país, representando un aumento del 34% respecto al año anterior.

Ante este panorama inicial, con la expectativa de que más migrantes se acercaban a la frontera, huyendo de la crisis económica del vecino país, migración que al día de hoy no cesa, el gobierno colombiano comienza a gestionar la respuesta en salud a las situaciones generadas por la migración, las cuales se contemplan en las siguientes disposiciones:

1. Presidencia de la Republica. (15 de Septiembre de 2015). **Decreto 1770 de 2015.** *“Por el cual se declara el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en parte del territorio nacional”*. [DO: Año CLI. N. 49628. 7, Septiembre, 2015. Pág. 1].

El decreto se expidió bajo la necesidad de amparo de Connacionales afectados con las masivas deportaciones, repatriaciones, retornos y expulsiones, realizadas por el gobierno venezolano, así como, el preocupante aumento (en su momento) de migrantes irregulares, declarando así el estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en los municipios fronterizos a Venezuela de los departamentos de Guajira, Norte de Santander y Arauca.

La declaración de emergencia faculta al Presidente de la República, previsión revisión y firma de su consejo de ministros, para la expedición de Decretos con fuerza de Ley, para dictar decretos con fuerza de ley, que le permitan adoptar medidas rápidas para conjurar la crisis y a impedir la agravación de sus efectos.

2. Presidencia de la Republica. (06 de Octubre de 2015). **Decreto 1978 de 2015.** *“Por la cual se adoptan medidas para garantizar el aseguramiento al régimen subsidiado de los migrantes colombianos que han sido repatriados que han retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela”*. [DO: Año CLI. N. 49657. 6, Octubre, 2015. Pág. 1].

Posterior a la declaración de emergencia del Decreto 1770 de 2015, y actuando bajo las facultades que brinda el artículo 215 de la Constitución Política, se desarrollan las medidas especiales para la atención en salud de los migrantes, puesto que los registros de las IPS adscritas al SGSSS, indicaban que la capacidad hospitalaria se encontraba gravemente limitada, puesto de que existía insuficiencia en los servicios hospitalarios derivada de la crisis operativa, financiera y prestacional de las aseguradoras en el Régimen Subsidiado.

Dentro del contenido de este decreto es de donde se desprenden los tres escenarios de atención existente para los migrantes venezolanos, cabe mencionar, que a pesar de que se procura por la afiliación, la falta de medidas para evitar la sobreocupación hospitalaria en los centros de salud de los municipios fronterizos, convierte en ineficaces dichas medidas.

3. Ministerio de Salud y Protección Social. (01 de Noviembre de 2016). **Resolución 5246 de 2016**. *“por la cual se establecen los responsables de la generación, consolidación y reporte de los listados censales de las poblaciones especiales y se definen los términos, estructura de datos, flujo y validación de la información”*. [DO: Año CLIII N. 50044. 1, de Noviembre 2016. Pág. 21].

Dicha resolución fue dictaminada debido al elevado crecimiento en los índices de llegada de migrantes venezolanos, según datos de migración Colombia, en 2016 fue un 71% mayor comparado al mismo periodo el año pasado, por ello durante el cuatro trimestre de 2016, el MinSalud atendiendo a los indicadores antes mencionados, delega las poblaciones y las entidades estatales que deben encargarse de la generación, consolidación y reporte de los listados censales.

La realización de las listas censales tiene como fin último realizar un diagnóstico Fiduciario de los Recursos del Fosyga, que permita la optimización de los recursos destinado a la atención de las poblaciones vulnerables en la frontera, consigo, mejorar el margen de eficacia de las entidades territoriales.

4. Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de Julio de 2017). **Resolución 5797 de 2017**. “*Por medio de la cual se incluye el Permiso Especial de Permanencia — PEP como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social*”. [DO: Año CLIII No. 50307. 25, Julio 2017. Pág. 5].

Tras el crecimiento exponencial de las cifras de ingreso de migrantes venezolanos al territorio nacional, las medidas establecidas en las disposiciones anteriores se quedaban cortos, toda vez que los migrantes no podían ser afiliados con celeridad al SGSSS, puesto que las respuestas de cartera del SGP era menor a la demanda, así mismo, las listas censales no brindaban un margen de certeza, debido a que gran parte de los migrantes ingresan por las trochas ilegales que conectan a Colombia y Venezuela, por tanto, la planificación administrativa resultaba incapaz.

Bajo ese panorama, el MinSalud plantea el PEP como medida para llevar un mejor registro de ciudadanos venezolanos en el territorio nacional, a pesar de que la resolución plantea al PEP como un documento de identificación, su naturaleza jurídica es diferente, puesto que está destinado para la salvaguarda de los derecho de los migrantes, permitiéndoles la afiliación al SGSSS, así como estudiar y trabajar en el país, es decir, autoriza la permanencia, el pasaporte sigue siendo el documento predilecto de identificación.

5. Ministerio de Salud y Protección Social. (16 de Agosto de 2017). **Circular 029 de 2017**. “*Envío de los datos al Ministerio de Salud y Protección Social del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, de las atenciones realizadas a personas extranjeras en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*”. [MinSalud – Circular Externa - Comunicación Oficial].

En esta comunicación externa, el MinSalud le exige a las IPS la realización de reportes mensuales acerca de la atención de migrantes venezolanos, argumentando que para efectos de registro se debía llevar el control del número de atenciones, sin embargo, para autores como Oscar Echeverri (2019), el registro está más enfocado en el manejo de las políticas económicas, al estar mercantilizado los servicios de salud en Colombia, el sistema depende de los montos obtenidos por la prestación de dichos servicios, por ende, no se puede ser solidario en un régimen en donde la protección de la salud depende primordialmente del monto de cotización que se entregue.

Por otro lado, dentro de la circular se especifican los puntos a desarrollar entre los que se incluyen: componentes, descripción, longitud y la especificación de los servicios brindados. Así como, la validación de la información mediante la aprobación de la junta directiva de la IPS.

6. Ministerio de Salud y Protección Social. (30 de Mayo de 2018). Circular 20 de 2018. instrucciones sobre el uso de los recursos transferidos con cargo al fofyga - numeral 3 del artículo 21 de la ley 1797 de 2016”. [MinSalud – Circular Externa - Comunicación Oficial].

Debido al aumento del presupuesto de inversión en el sector salud establecido en el PGN, y en busca de una mayor optimización de los mismos en pro a la cobertura universal contenida en los postulados que rigen el SGSSS, “donde se especifica el uso de recursos de transferencias

realizados por este Ministerio con cargo a los recursos del FOSYGA de vigencias anteriores, los cuales se podrán destinar para el pago de las deudas por servicios y tecnologías en salud no cubiertas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado” (MinSalud, Circular Externa, 2018).

7. Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de Agosto de 2018). **Circular 06 de 2018**. *"Por la cual se establece el nuevo anexo técnico para realizar el reporte de información al Sistema de Información de Precios de Medicamentos -SISMED y se dictan otras disposiciones"*. [DO: Año CLIV. N. 50677. 6, Agosto, 2018. Pág. 22].

Luego de presentarse en diferentes zonas del país, brotes de enfermedades infecciosas exantemáticas, es decir, aquellas caracterizadas por manifestarse en la piel con sarpullidos temporales y la piel enrojecida, con bultos, escamas o picazón, de las cuales no existían registros a escala epidemiológicas desde hace una década, gracias a los políticas en salud de vacunación y prevención de enfermedades desarrollados a nivel nacional, el MinSalud luego de realizar estudios en materia, determino que los brotes de dichas enfermedades estaban siendo transportado por los migrantes venezolanos, quienes debido a la crisis de medicamentos en Venezuela, no obtenían la medicina necesaria para adelantar tratamientos.

Por tanto, la circular establece medidas sanitarias para la contingencia de los brotes de enfermedades en la piel, en específico Sarampión y Rubeola, las cuales registran un índice más alto, brindando instrucciones específicas para la prevención, atención, vigilancia y control para evitar la introducción o aparición de casos de en el país y acciones de Sanidad Portuaria.

Si bien el recuento normativo parecen medidas disparejas que fueron adoptadas de acuerdo a las obligaciones constitucionales y al ejercicio de las medidas de mitigación de la crisis migratoria,

en realidad, las medidas se desarrollan en contexto al Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio, que desarrollaremos a continuación.

5.2 Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio

Formulado en 2018 por el MinSalud, El Plan de Respuesta del Sector Salud (En adelante PRSS) para la Atención al Fenómeno Inmigratorio, promulga el marco institucional de respuesta al fenómeno migratorio, estableciendo procedimientos que demandan estricta coordinación de los entes territoriales, así como de los demás organismos destinados para su realización, manteniendo esfuerzos dentro de los distintos niveles de atención para asegurar su coherencia y complementariedad.

De esta manera, y basados en la experiencia internacional en materia, el PRSS tiene como objetivo general:

Gestionar la respuesta en salud a las situaciones generadas por la migración, en las entidades territoriales receptoras, para desarrollar estrategias pertinentes, fortalecer capacidades, promover la convivencia social y mitigar el impacto ante situaciones de emergencia, mediante la acción coordinada de los agentes del sector, incluyendo las comunidades, otros sectores, agencias internacionales y otras organizaciones (Marco estratégico del Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio, MinSalud, 2018).

Las acciones coordinadas mencionadas, exige que los organismos involucrados trabajen de manera intersectorial, es decir, se plantea un modelo institucional en donde las entidades manejen responsabilidades complementarias, diferenciando a los organismos encargados de su coordinación, con los encargados de la rendición de cuentas, pero que se encuentren asociadas bajo una gestión integrada, que permitirá el desarrollo de los siguientes objetivos específicos:

1. Incorporar la perspectiva de la dinámica migratoria en los procesos de la gestión de la salud pública, definiendo acciones concretas en los territorios y comunidades de acogida, con el apoyo del nivel nacional.
2. Identificar y concertar estrategias y mecanismos de atención e intervención en salud, tanto para población migrante como también para comunidades receptoras.

3. Valorar mecanismos y fuentes de financiamiento (de orden territorial, nacional e internacional) y acordar metodologías de seguimiento a atenciones, intervenciones y recursos, desde el sector salud (Marco estratégico del Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio, MinSalud, 2018).

Los objetivos específicos plantean la creación e implementación de medidas que ayuden en la mitigación del fenómeno migratorio, sin embargo, para el logro y cumplimientos de dichos objetivos específicos se requiere de la ejecución de medidas a corto y mediano plazo, es por ello que el Banco Mundial al realizar una inmersión de campo en la frontera a finales de 2019, recomendó al gobierno colombiano que mantuviera su modelo institucional, pero que lo reforzara mediante la dinamización sectorial por niveles, que asegure la sostenibilidad fiscal de la respuesta, en donde se enfatice en los siguientes tres ejes de acción:

- ***Eje 1: Dinamización de arriba hacia abajo (top-down).*** Enfocado en la organización y coordinación de la estructura interna organizacional de las EPS y los centros de salud y la superintendencia de los entes territoriales, mediante una estrategia que funciona de arriba hacia abajo, busca “canalizar recursos técnicos y financieros sectoriales para responder a la situación actual y prepararse para potenciales flujos migratorios adicionales” (pág.29). lo que permite a que por ejemplo, los entes territoriales hagan llamamiento a los ministerios sectoriales para la verificación y análisis de medidas, o dado el caso, la imposición de medidas de los últimos, que deben ser acatadas a cabalidad, monitoreo permanente de los avances logrados.

- ***Eje 2: Dinamización de abajo hacia arriba (bottom-up).*** Busca ampliar la capacidad de respuesta de los entes territoriales respecto al crecimiento exponencial en la atención a migrantes venezolanos, mediante estrategias que son implementadas de abajo hacia arriba, tiene como objetivo asegurar la generación de capacidades en los niveles operacionales, para coordinar efectivamente acciones con los ministerios sectoriales, otros

municipios receptores de migrantes y entre entidades territoriales, asegurando el acceso a los recursos necesarios que financien la ampliación de la capacidad que debe estar acorde al modelo adoptado por el Gobierno Nacional.

- ***Eje 3: Coordinación general y toma de decisiones de política.*** La sostenibilidad fiscal del SGSSS, esta soportada por el giro de recursos que el SGP, destinados dentro del PGN, sin embargo, existe un gran déficit en la prestación de servicios de AES, agravándose con el crecimiento poblacional de atención, puesto que consigo la demanda de servicios de salud ha aumentado rápidamente en áreas receptoras, por tanto, según el BM (2018), se hace necesario la redistribución de recursos existentes hacia áreas y grupos afectados y la priorización de inversiones sostenibles, incluyendo la promoción de la autosuficiencia de los migrantes.

Por otro lado, el PRSS se fundamenta mediante tres componentes básicos, Gestión de la Salud Pública, Fortalecimiento de las atenciones en salud y Financiamiento, Monitoreo y Evaluación, los cuales serán explicados a continuación.

5.2.1 Gestión de la Salud Pública.

La Gestión de la Salud Pública está a cargo del gobierno nacional, las entidades territoriales y de las IPS adscritas al SGSSS, encargadas del manejo, planificación y transformación de los recursos tanto humanos como financieros, necesarios para la prestación de los servicios de salud, en ella también funge la disponibilidad en infraestructura, puesto que se necesita de espacios óptimos para la prestación de los servicios médicos, así como de la tecnología con la que son atendidos y diagnosticados los pacientes.

Por ello, es importante que los agentes del sector salud definan las estrategias de abordaje, puesto que al establecer un plan de acción, todas las medidas estarán enfocadas al cumplimiento

de unos objetivos específicos, es por ello que para la implementación de la Gestión de la Salud Pública, se deben definir líneas estratégicas de abordaje, las cuales deben ser resultado del análisis de los determinantes en salud, en este caso, se desprenden del análisis del fenómeno migratorio en la región, identificadas esas necesidades, se plantean los mecanismos de respuesta, que deben contener: gestores intervinientes, gestión de riesgo, vigilancia y objetivos a cumplir.

Así mismo, la gestión pública se encarga de la incorporación de las distintas fuentes de información generadas en el marco de la atención a los migrantes, tanto de los datos ofrecidos por las IPS, como de los resultados de las medidas implementadas por los entes territoriales, con la que posteriormente procesada dicha información, se realizan los estudios de caracterización, de intervenciones colectivas y los indicadores económicos, brindando un amplio panorama en conjunto, respecto a la atención en salud migratoria.

5.2.2 Fortalecimiento de la Atención en Salud.

Según el MinSalud (2017), dicho componente está enfocado en las acciones que desde la gestión pública, deben implementarse para la puesta en marcha para favorecer la atención en salud de la población migrante a través de atenciones individuales e intervenciones colectivas y poblacionales

El fortalecimiento en salud es desarrollado de acuerdo a las necesidades de cada territorio, es por ello que las medidas prioritarias de fortalecimiento en los departamentos fronterizos son mayores que en el resto del país, sin embargo, además del componente territorial, se debe reconocer el componente humanístico, de modo que se reconozcan las particularidades de los sujetos en relación a su situación migratoria, bajo el entendido que la regularización migratoria es fundamental para los migrantes venezolanos, ofreciéndoles garantía de salvaguarda a sus derechos fundamentales.

En la circular 029 de 2017, el MinSalud de acuerdo a las medidas en salud adoptadas para brindar una cobertura universal, afirmo que:

El fortalecimiento de la atención (en salud) requiere de la coordinación y articulación del sector salud y de otros sectores en cuanto a la comprensión de la situación, las prioridades poblacionales, análisis de brechas de cada sector, la identificación y apuesta conjunta que permita conjuntar recursos y capacidades, para articular respuesta operativa efectiva en la que se aborde de manera integral las necesidades y expectativas de las personas y grupos inmigrantes (Marco estratégico del Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio, MinSalud, 2018).

Es por ello que dentro de los procedimientos planteados para el fortalecimiento en la atención, se encuentra la implementación de intervenciones poblacionales, en donde las proyecciones de atención que se realicen estén definidas por la oferta de servicios para la población migrante, respecto a la población receptora, lo que aportaría mayor precisión respecto a los datos en la atención individual, permitiendo el fortalecimiento de los procesos de seguimiento, así como la valoración de respuesta en situaciones de emergencia en salud pública.

5.2.2 Financiamiento, Monitoreo y Evaluación.

Dentro de este componente fungen tres elementos diferentes, sin embargo, son reunidos como uno solo, puesto que el fin de todos es el mismo, la revisión de los resultados obtenidos respecto a la gestión en salud y las medidas para su fortalecimiento.

En primer lugar, el financiamiento, de acuerdo con la normatividad vigente acerca del financiamiento del SGSSS, así como del Plan básico de ordenamiento territorial, contemplan reglas para el financiamiento de aquellas estrategias destinadas al financiamiento de la atención en salud, de los cuales se identificaron:

- 1.** La gestión pública se financiara de acuerdo a los montos que sean destinados por el SGP, es decir, a partir de los montos que se establezcan en el PGN, por otro lado, también

se contemplan como fuente de financiación de este componente, las transferencias realizadas a partir del pago de los servicios prestados, realizadas por agentes privados o los entes territoriales.

2. Respecto al financiamiento, de acuerdo a la Resolución 5268 de 2017, según el MinSalud (2017), como fuentes de financiación se debe tener en cuenta:

- Para las Intervenciones poblacionales y las Intervenciones colectivas, la principal fuente de financiación corresponde a los recursos del Sistema General de Participaciones - Salud Pública Colectiva, conforme con lo establecido en la Resolución 518 de 2015. Son también fuente de financiación de estas intervenciones, los recursos propios que definan las Entidades Territoriales y los recursos de las transferencias realizadas por la Nación para programas específicos destinados a estas Intervenciones.
- Las acciones e intervenciones Individuales de este componente, corresponden al conjunto de servicios, procedimientos, medicamentos y tecnologías del plan de beneficios de salud¹³⁹ que se financian con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)¹⁴⁰, tanto en el régimen contributivo, como en el régimen subsidiado, para el caso de la población que sea afiliada al SGSSS. Para el caso de población pobre no asegurada se financiará con cargo al Sistema General de Participaciones (SGP).
- Comprendiendo que los recursos financieros son finitos, se podrá optar por formular y gestionar proyectos que complementen lo ya definido y financiado, afectando otras fuentes de financiación: nacionales (sistema general de participaciones, transferencias del MSPS), territoriales (Sistema Nacional de Regalías), internacionales (Sistema de Naciones Unidas, Unión Europea, Embajadas, entre otros); empresa privada y organizaciones de la sociedad civil (Marco estratégico del Plan de Respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio, MinSalud, 2018).

En segundo lugar, el monitoreo, el cual se contempla debido a la necesidad de valorar el desarrollo de los proyectos, a partir de las fuentes de recursos disponibles, es decir, verificando la efectividad y eficacia de los procesos implementados, ya sea por las entidades territoriales o las IPS, siendo el principal indicador a detalle la Gestión y seguimiento a proyectos con reporte periódico. De esta manera, el monitoreo y seguimiento del Plan de Respuesta al fenómeno

Migratorio, es encargado a las entidades territoriales, consignado dentro de sus registros las variables definidas desde el nivel nacional reportadas, generalmente trimestralmente.

En tercer lugar, la evaluación, la cual es realizada a nivel central por el gobierno nacional, en cabeza del MinSalud, la cual busca determinar los resultados, ya sea positivos o negativos, de la capacidad hospitalaria respecto a las medidas implementadas, generalmente estas evaluaciones revisan componentes estructurales, de recursos físicos o humanos. Dentro de la revisión de la normativa, se puede también establecer que deben revisarse las capacidades básicas para valoración de riesgo, de los migrantes venezolanos, en casos o situaciones de emergencia sanitarias, es decir, midiendo la respuesta operativa con variables externas.

De manera general, para la implementación de las acciones en atención en salud, deben establecerse medidas para su funcionamiento, así como un exhaustivo seguimiento y monitoreo del progreso de las medidas implementadas, en la implementación de las acciones definidas en el plan acción, para posteriormente ser evaluadas, cabe añadir, que es importante que los resultados de dicha evaluación sean compartidos con la comunidad, en busca de incorporarlos dentro de los procesos de control, brindándoles una visión completa y acercada a la realidad de la atención a los migrantes.

5.3 Política Integral Migratoria Del Estado Colombiano

Durante los últimos 4 años, en el ámbito migratorio, Colombia paso de ser un país emisor y de tránsito de personas, a uno receptor. Tras el análisis de las distintas dinámicas migratorias generadas dentro del territorio nacional, producto de la masiva migración de venezolanos, el gobierno nacional entendió que existen grandes desafíos institucionales a los cuales no basta con acciones generalizadas a corto plazo para su cumplimiento, sino que deben crearse planes

generalizados que contengan mecanismos y estrategias que permitan una migración ordenada, segura, regular, digna y respetuosa de los derechos.

Es por ello, que en cabeza del Ministro de Relaciones Exteriores, Carlos Holmes Trujillo Garcia, y de los H.S. Lidio Arturo Garcia Turbay, Emma Claudia Castellanos, Ana Paola Agudelo Garcia, Andres Felipe Garcia Zuccardi y Christian José Moreno Villamizar, se encuentra en espera de ‘Debate en plenaria’, el Proyecto de Ley 036 de 2019, “Por medio de la cual se establece la política integral migratoria del Estado colombiano”, con la que se busca fijar lineamientos generales y específicos acerca de los principios de la política migratoria, los instrumentos para su regulación y el fortalecimiento de los Órganos o instancias de coordinación interinstitucional.

Cabe mencionar que, dentro del Proyecto de Ley, también se contempla el impacto fiscal que recibirá tanto el PGN como el SGP, para adoptar las estrategias contempladas, por tanto, parten de un panorama de austeridad, es decir, que no se contempla la adición de recursos adicionales para la ampliación del funcionamiento de las entidades que integran el Sector Relaciones Exteriores.

Para el diseño y seguimiento a la implementación de la Política Integral Migratoria se definieron las siguientes etapas:

1. Elaboración de los lineamientos de la Política Integral Migratoria (PIM).
2. Socialización de los lineamientos de la PIM con la comunidad colombiana en el exterior y demás actores involucrados.
3. Institucionalización de la PIM. (Elaboración, Aprobación y Seguimiento del Documento CONPES de PIM) (Cancillería Colombia, 2019).

El Proyecto registra como estado “*pendiente designar ponentes en cámara*”, se espera que en el segundo semestre de 2021 continúe el proceso dentro de las cámaras, y con ello pueda ampliarse, acorde al principio de dignidad humana, los derechos y obligaciones de los migrantes, así como los términos de la protección internacional a los extranjeros en el país, y los trámites y servicios migratorios.

6. ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz

6.1 Reseña Histórica

La Empresa Social del Estado (E.S.E.) Hospital Universitario Erasmo Meoz (En adelante, HUEM), inicio su construcción en 1972, producto de la Ley 39 de 1969, ‘*Por medio de la cual se implementó el Plan Hospitalario Nacional*’, a cargo de la Nación, el Departamento Norte de Santander, y la (ya desaparecida) Beneficencia de Norte de Santander. El origen de su nombre se le atribuye a ‘*Erasmo Meoz Wills*’, médico cucuteño que luego de terminados sus estudios de formación en medicina en Venezuela, regreso a la ciudad a atender pacientes, en medio de la epidemia de fiebre amarilla que azotaba al Municipio y que dejo muchos muertos, ms adelante, formó parte de la Sociedad Mutuo Auxilio o el servicio de maternidad, y participio como comandante del área de atención y cuidado a los heridos de la batalla de Peralonso.

De esta manera, las corporaciones médicas del municipio, acordaron que su por su gran labor al frente de la medicina del Municipio, merecía el reconocimiento para que el hospital de la ciudad, llevara su nombre, según los archivos del HUEM (2020), los restos de ‘*Erasmo Meoz Wills*’, reposan en el monumento erigido en su nombre y que está ubicado a la entrada del hospital, donde existe una cita escrita por el historiador Mario Mejía Díaz la cual reza: “*Esta mole arquitectónica, refugio y alivio de los males del pobre y del potentado, fuerte y estilizada, blanca y hermosa,*

simboliza como templo de la caridad, la grandeza del corazón, la fortaleza de la acción y la inmaculada" (Pág. 1).

Durante su construcción existieron inconvenientes respecto a la asignación de recursos para su terminación, por lo que esta se tardó alrededor de 15 años, iniciando labores de forma escalonada en forma escalonada a partir del 15 de octubre de 1987, en donde en un primer momento, se realizó atención de medicina general, servicios que desaparecieron a partir de 1995, con la expedición del Decreto 1757 de 1994, ‘por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 4° del Decreto-ley 1298 de 1994’, con el cual se especifican los procesos de descentralización de los servicios de salud, por tanto, los servicios de medicina general son trasladados a los centros de salud.

El HUEM mantiene su sede administrativa en las instalaciones locativas ubicadas en la Av. 11E No. 5AN-71, Barrio Guaimaral, donde se centra en la prestación de atención médica especializada, urgencias psicología, y fisioterapia, así como, servicios en salud de laboratorio clínico, atención de partos, imagenología y ecografía; urgencias y servicio de ambulancia las 24 horas.

6.2 Plataforma Estratégica

6.2.1 Misión.

Somos una Empresa Social del Estado, que produce y presta servicios de salud de mediana y alta complejidad, actuando como centro de referencia de la región, mejorando la calidad de vida de sus usuarios y generando desarrollo del conocimiento mediante docencia (HUEM, Organización de la plataforma estratégica, 2014).

6.2.2 Visión.

Ser la institución Norte Santandereana prestadora de servicios de salud, posicionada y preferida por su atención humana, segura, alto enfoque investigativo, con rentabilidad social y económica (HUEM, Organización de la plataforma estratégica, 2014).

6.3 Objetivos Estratégicos.

- **Posicionamiento.** “Posicionar a la E.S.E. como la mejor I.P.S. del Departamento Norte de Santander”.
- **Solidez y sostenibilidad financiera.** “Mantener para la E.S.E. H.U.E.M., el índice de riesgo dentro de la clasificación “Sin riesgo”, acorde a la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social”.
- **Rentabilidad social.** “Fortalecer espacios de participación, educación y acercamiento con la comunidad del Departamento”.
- **Atención humana.** “Brindar una experiencia hospitalaria acogedora que favorezca el bienestar integral del ser humano”.
- **Seguridad del paciente.** “Garantizar los procesos institucionales y asistenciales seguros mediante la aplicación de prácticas que mejoren la actuación de los profesionales y el involucramiento de pacientes y allegados en su seguridad, en el marco de una cultura de gestión del riesgo”.
- **Docencia e investigación.** “Desarrollar espacios de formación, educación e investigación que permitan mantener el status universitario”.

6.4 Identificación Institucional

6.4.1 Logo.



Figura 1 Logo ESE HUEM

6.4.2 Imagen Corporativa.



Figura 2. 'Erasmito'

6.5 Servicios brindados de AES

El ESE HUEM es una institución hospitalaria de tercer nivel, cuenta con una amplia estructura que le permite la atención a una Alta base poblacional, la cual está comprendida tanto al área metropolitana del Municipio, como de los diferentes municipios de Norte de Santander, sumado a las comunidades fronterizas de Venezuela, así mismo, se encuentra equipada con tecnología requerida de la más alta complejidad, habilitándola para la prestación de servicios como: Toma de muestras de laboratorio clínico, ecografías, radiología, laboratorio clínico, Radio Terapia, Banco de Sangre e imagenología.

Respecto a los servicios de Atención Especializada en Salud, en el área especializada del hospital, se ofertan alrededor de veinticinco especialidades, entre las que se encuentran: Cardiología, Nefrología, Dermatología, Cirugía, Nutrición, Psicología, Psiquiatría, Neonatología, Tamizaje Auditivo, Endocrinología, Atención paliativa a enfermos terminales. Los cuales son ofrecidos a la población nicho de aseguramiento, es decir, a todos aquellos afiliados al régimen contributivo, subsidiado o especial, incluyendo otros planes de beneficios, tales como: SOAT, ECAT, Población de otros departamentos y Población Extranjera.

El área de Consulta Externa como dependencia está asociada a la ‘Subgerencia de servicios de salud’, en específico, en la ‘Sección de Servicios Ambulatorios’, establecida como el enlace con el servicio de Urgencias y Hospitalización, puesto que se realiza el seguimiento de pacientes que han utilizados los servicios quirúrgicos, o han sido hospitalizados.

De esta manera, consulta externa posee un factor diferencial que le otorga una doble denominación, por un lado, ‘Consulta externa’ se refiere al grupo multidisciplinario de especialistas, los cuales cuenta con la experiencia para brindar una atención oportuna, que responden a las necesidades y cuidados de los pacientes, mientras que, ‘Área Especializada’ enmarca el lugar en donde se brindan los servicios especializados, los cuales se encuentran en constante evolución, actualizando las técnicas y procesos médicos que generen mejores resultados en salud.

Respecto a la AES brindada por el HUEM a los migrantes venezolanos, se pudo constatar que esta es dada en las mismas condiciones que la brindada a los connacionales, sin embargo, a nivel organizacional, si existe distinción de acuerdo a las listas de espera de especialistas, debido a que el pago de las listas de usuarios del régimen subsidiado puede variar respecto a los del régimen subsidiado o población extranjera, por ello, aunque se cumplen los postulados de igual, siguen existiendo medidas internas en el trato de paciente.

7. Gestión Hospitalaria en el área especializada

7.1 Administración Hospitalaria

Dentro de las funciones principales del SGSSS, establecidas en la Ley 100 de 1993, *“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”*, está la satisfacción de las necesidad y demandas de los servicios de salud, siendo los centros de salud y

hospitalarios, los medios para la realización de dichas funciones, y los trabajadores de la salud, los instrumentos para la ejecución de las actividades. Al mismo tiempo, para el logro de los objetivos en salud, es necesario que se establezca una administración en salud, que planifique, desarrolle y evalúe la labor realizada, en busca de mejorar la productividad dentro de la gestión hospitalaria, aplicando criterios de eficacia y efectividad.

En Colombia, con la entrada en vigencia de normativa como el Decreto 77 de 1987, “*por el cual se expide el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios*”; la Ley 10 de 1990, “*por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*”; y la Ley 60 de 1993, “*Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones*”, se establecieron las bases para la descentralización del sector salud colombiano, lo que implicó el traslado de la responsabilidad en la administración de la red pública de salud, de una escala centralizada a cargo del gobierno, a una escala descentralizada a cargo de las entidades territoriales. Según LACRSS (2005), dichas medidas, en un primer momento, corrigieron la ineficiencia, el pobre desempeño y la falta de rendición de cuentas por parte de las entidades de control y vigilancia, encargadas del seguimiento de los centros de salud.

Así mismo, la descentralización institucional abrió la puerta a la autonomía de los centros hospitalarios, permitiéndoles la definición conveniente de su naturaleza jurídica, la autonomía hospitalaria, y la posibilidad de contratación de servicios autóctona relacionada a instalaciones, suministros, o recursos humanos. De esta manera, la descentralización le otorga a los departamentos y a los municipios, la facultad en la organización de la red de salud pública de sus

territorios, la cual debe guardar concordancia con los postulados establecidos por el MinSalud, pero adoptadas a las condiciones regionales.

Establecido el modelo de funcionamiento a nivel territorial, se debía fijar el modelo de funcionamiento organizativo, puesto que al ser los centros hospitalarios al recibir la denominación de ‘Empresa Social del Estado’ según lo establecido en el art. 195, como categoría especial, deben constituir una autonomía administrativa con personería jurídica, teniendo el carácter de ‘empleados públicos’ o ‘trabajadores oficiales’, según el caso, los trabajadores que conforman la empresa, enmarcado por estrategias de control interno, que se encargaran de brindar control en atención a las metas u objetivos previstos.

Según lo establecido en el Decreto 1876 de 1994, *“por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del Decreto-ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado”*, son objetivos de las Empresas Sociales del Estado, los siguientes:

- a) Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito;
- b) Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer;
- e) Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social;
- d) Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado;
- e) Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento;
- f) Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos (Presidencia de la Republica, Decreto 1876 de 1994, Pág. 1).

Por ello, se contemplan como principios básicos para su funcionamiento: (i) *La eficiencia*, conformada por aquellos planes, estrategias y/o procedimientos destinados al ahorro, reserva e inversión de los recursos destinados para la prestación de los servicios hospitalarios; (ii) *La calidad*, relacionada con la atención brindada a los usuarios, al cual desde estar acorde a los requerimientos necesarios para el cuidado de su diagnóstico; de donde se determina.

El desafío que poseen los centros hospitalarios en general, es generar la suficiente capacidad operativa, para brindar respuesta de manera oportuna y eficaz, a los padecimientos de la población, por ende, esta debe desarrollarse a la par de la mejora en la capacidad de competencia de la organización, y de la calidad de los recursos. Por tanto, se requiere de una estructura organizativa que lidere bajo cadena de mando, que tenga por función corroborar el funcionamiento del centro hospitalario.

Según el mencionado Decreto 1876 de 1994, respecto a la organización de las Empresas Sociales del Estado, el art. 5 reza que deben organizarse a partir de la implementación de tres áreas básicas, a saber:

- ***Dirección.*** Encargada de llevar control de la estructura organizativa, así como de planificar, llevar a cabo y evaluar, las estrategias de recursos, la asignación de recursos, y en general, procurar por las acciones tomadas estén acorde con la Misión y Objetivos institucionales, precedida por una junta directiva y un gerente.
- ***Atención al usuario.*** Descritas como aquellas aéreas funcionales que están encargadas de la prestación de los servicios de salud ofrecidos por el centro hospitalario, “incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario. Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las

formas y características de la atención” (Presidencia de la Republica, Decreto 1876 de 1994, Pág. 1). Así mismo, comprende la atención de cuidados postoperatorios y paliativos.

- **De logística.** Conformado por aquellas divisiones destinadas de la coordinación de todas las estrategias, procesos y actividades, destinadas para los logros de los objetivos institucionales, así como las aéreas de suministros y de mantenimiento de la planta física.

A partir de dichos componentes, los centros Hospitalarios (de cualquier nivel), deben organizar su estructura hospitalaria, adicionalmente, teniendo cuenta los parámetros establecidos por el MinSalud, así como de los entes territoriales.

7.2 Organización Hospitalaria del HUEM

El ESE HUEM, está organizada de acuerdo con los parámetros establecidos en el Decreto 1876 de 1994, donde como se vio, se contempla tres aéreas básicas: dirección, atención al usuario, de logística, encontrándose organizado de la siguiente manera:

La **dirección** del ESE HUEM, está encabezada por la ‘*Junta directiva*’, la cual está compuesta por: el *Gobernador del Departamento de Norte de Santander* (funge también como presidente de la Junta), el *Director Instituto Departamental de Salud*, el *Representante del Sector Científico del HUEM*, el *Representante Sector Científico Regional*, el *Representante Gremio Productivo* y el *Representante Asociación de Usuarios*. Quienes se reúnen cada trimestre, para el acuerdo en la implementación de medidas, la evaluación de las estrategias, así como, la estigmatización de los resultados obtenidos en gestión, en busca del logro de los objetivos institucionales.

Como segundo nivel de dirección, se encuentra la gerencia, desde donde se organizan todos los planes de acción, y se elaboran los informes de proyección en la atención hospitalaria, en este mismo nivel, de la mano de la gerencia trabajan: la oficina asesora de planeación y calidad, la

oficina asesora jurídica, la oficina de control interno y gestión. Las cuales ejercen control y vigilancia sobre los procesos internos llevados a cabo por el Hospital.

La **Atención al usuario** del ESE HUEM, se encuentra liderado por la '*Subgerencia de Servicios de Salud*', encargada de la prestación de los servicios de salud, compuesta por tres secciones principales que contienen áreas específicas de servicio, las cuales están conformadas de la siguiente manera:

- **Sección de Servicios Ambulatorios.** Conformada por las áreas de: Urgencias Adultos, Urgencias Pediátricas, Cuidado Intermedio, área especializada y aérea de Referencia, Contra referencia.
 - **Sección de Servicios Quirúrgicos.** Conformada por las áreas de: Quirófano – Anestesia, Institución Quirúrgica, Esterilización, Recuperación, Cirugía Ambulatoria.
 - **Sección de Servicios Apoyo a la Atención.** Conformada por las áreas de: Imageneología, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología, Radio - Oncología, Medicina Física y Rehabilitación, Servicio Farmacéutico, Coordinación de Enfermería, Nutrición.

El área de Logística del ESE HUEM, se encuentra liderado por la '*Subgerencia Administrativa*', encargada de la cadena de suministro para la prestación de los servicios que brinda el hospital, gestionando procesos de distribución y organizando la tecnología y recursos humanos disponibles. Está compuesta por tres secciones principales que de manera general están al mando de la aplicación de actividades, conformadas de la siguiente manera:

- **Sección de Recursos Financieros.** Conformada por las áreas de: Presupuesto, Contabilidad y Costos, Tesorerías y Estampillas, Fact Admisión – Cartera, Auditoria Médica de Cuentas, Contratación y Mercadeo.

- ***Sección de Gestión y Desarrollo del talento Humano.*** Conformada por las áreas de: Administración de Personal, Planificación y Registro, Control Interno, Control Disciplinario y Apoyo Jurídico, Desarrollo Humano y Organizacional, Coordinación con el SGSSS, Prevención Ambiental.
- ***Sección de Recursos Físicos.*** Conformada por las áreas de: Almacén y Activos Fijos, Mantenimiento y Servicios Generales, Ingeniería Biomédica.

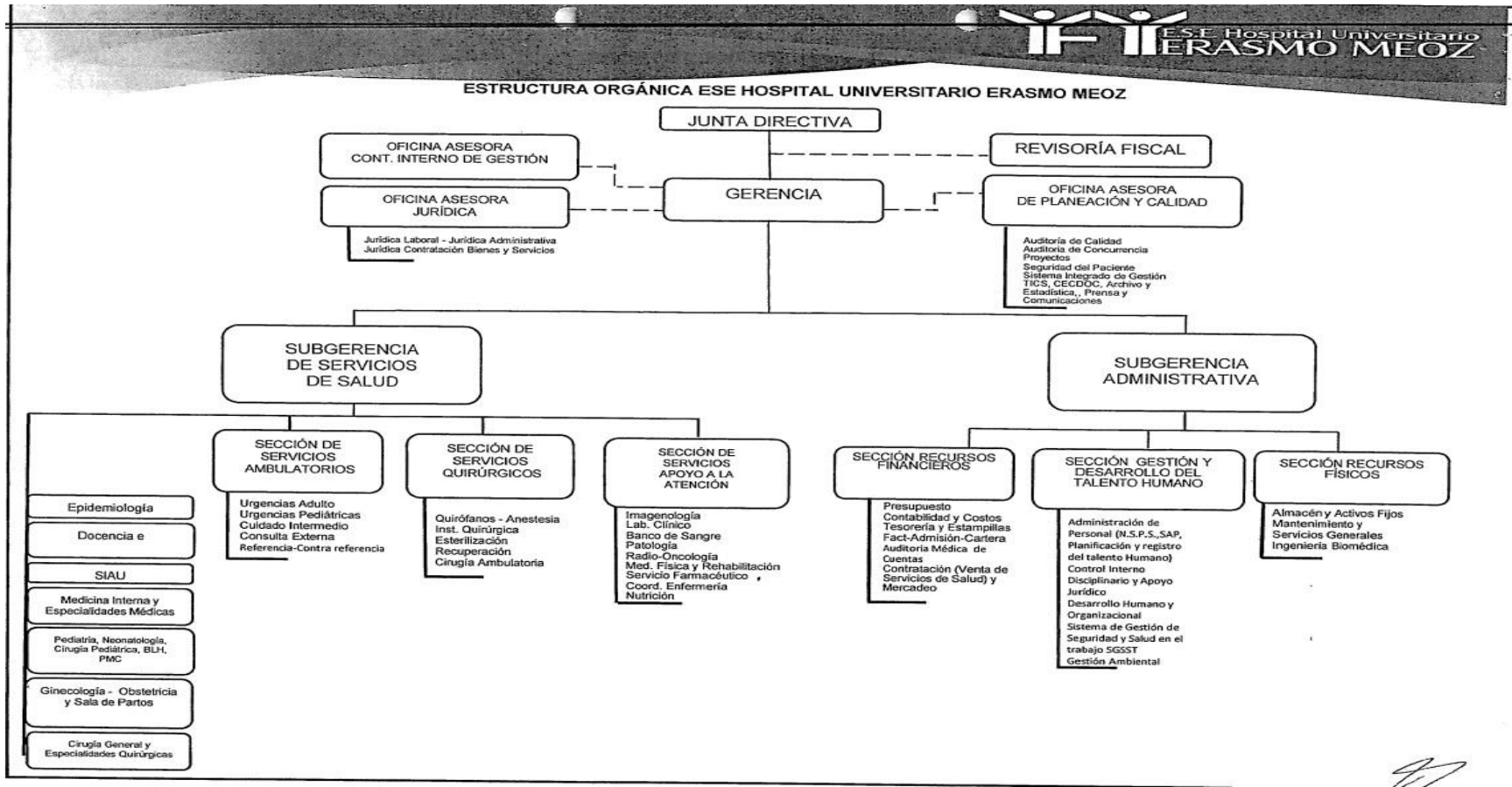


Figura 3 Estructura Orgánica ESE HUEM

7.3 Composición de área especializada

El área Especializada del ESE HUEM, se encarga de la prestación de servicios ambulatorios, en específico, de la AES, está destinada para todo tipo de usuario que requiera revisión médica. Para acceder a dichos servicios, se puede ingresar como particular cancelando en tesorería el servicio solicitado, o por remisión y autorización de las EPS, quienes de acuerdo a la disponibilidad de cupos, se asignan las citas.

Respecto a la estructura física, Consulta Externa se encuentra ubicada en un área de aproximadamente 600 metros cuadrados, compuesta por 1 sala de administración, 1 sala de dirección, 1 sala de auditoria, 1 sala de servicios generales, 1 sala de servicios postoperatorios, tesorería y 14 consultorios, donde se atienden treinta y tres (33) programas de atención:

Tabla 4 Lista de Especialidades que brinda el ESE HUEM

Medicina Interna	Ginecología y Obstetricia	Dermatología
Ortopedia	Cirugía General	Infectología
Pediatría	Cirugía Pediátrica	Radioterapia
Cirugía Plástica	Cirugía Maxilofacial	Dermatología
Cirugía de mano	Otorrinolaringología	Infectología
Oftalmología	Endocrinología Pediátrica	Radioterapia
Reumatología	Hematología	Cardiología Pediátrica
Cardiología Adultos	Neurología	Cirugía Vascular
Ginecología Oncológica	Psiquiatría	Neurocirugía
Gastroenterología	Endocrinología Adultos	Nutrición adultos y pediátrica
Oncología	Hemato-oncología pediátrica	Neurología Pediátrica

La cantidad de especialidades brindadas responde a la capacidad operativa del hospital, siendo el principal de la región, así como de su clasificación de ‘Tercer nivel’, por cuando cuenta, tanto con los equipos tecnológicos, como del personal humano para la atención en dichas especialidades.

Cabe resaltar, el área especializada además de prestar atención médica especializada, es decir, los servicios propios de atención especializada, también ofrece otros servicios en salud, chequeos post operatorios, y servicios de laboratorio y diagnóstico en general.

7.4 Indicadores de gestión hospitalaria

Al llevar a cabo las acciones y procedimientos administrativos que permiten la puesta en marcha de estrategias que permitan una mejor atención en salud, la subgerencia administrativa del HUEM, evalúa el rendimiento de dichos procedimientos, en busca de determinar si se logra o no el cumplimiento de los objetivos institucionales, a través de los datos recolectados en un periodo trimestral.

Es por ello que, evaluaremos el rendimiento del área especializada, a partir de los datos recolectados y otorgados por el HUEM, respecto a la atención en salud de migrantes venezolanos, donde se revisara los indicadores de consulta enferma respecto a la demanda en general, y los indicadores respecto a la atención brindada a los migrantes venezolanos, verificando el impacto dentro del servicio.

8. Diseño de Investigación

8.1 Participantes

A continuación se presenta la población seleccionada para realizar la investigación. Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a trabajadores en salud del área especializada del ESE HUEM, quienes fueron seleccionadas a partir de la autorización de Dra. Francia Archila (Dir. Docencia e Investigación del HUEM), de acuerdo a la

disponibilidad de los entrevistados y de los cargos que desempeñan, así mismo, fueron informados y a voluntad propia aceptaron, bajo su consentimiento (Ver Anexo No.9), participar en la realización de las entrevistas.

Cabe aclarar que todos los entrevistados laboran en el área especializada del HUEM, sin embargo, ocupan cargos distintos, de esta manera se pudo construir una visión completa acerca de las acciones del hospital, gracias a las perspectivas brindadas desde los diferentes cargos, tanto administrativos como auxiliares.

Tabla 5 Trabajadores del Área Especializada HUEM

	Nombre	Edad	Cargo	Tiempo de Labor
S1	María del Carmen Jiménez Osorio	45 años	Auxiliar General	8 años
S2	Gladys Serrano Gelvez	53 años	Jefe de Enfermeras	21 años
S3	María Mercedes García Olarte	60 años	Jefe de Enfermeras	25 años
S4	Carlos Eduardo Gómez Franco	57 años	Médico Especialista	15 años
S5	Erika Alina Gómez Pérez	34 años	Jefe Administrativa	6 años

8.2 Análisis de contenido

El análisis de contenido ha sido definido por distintos metodólogos y expertos en materia, como la técnica que permite a los investigadores, el análisis y procesamiento de la información, mediante la creación de categorías conceptuales que reúnen la percepción, contexto y sentido del estudio de las ideas. Por ello el análisis de contenido de la siguiente manera:

En primer lugar, establecidos los factores que definen la integralidad de la prestación de la AES, se utilizaron como base para el análisis en la estructura Interna de la información de los documentos institucionales, puesto que los efectos que se pretenden demostrar en la investigación están relacionados a los factores de integralidad, los cuales

contienen los elementos y/o condiciones que permiten una buena prestación de servicios médicos especializados, siendo este el objetivo general de la investigación.

En segundo lugar, procesada la información documental cuantitativa se establecieron los indicadores de productividad del área especializada, donde se logró especificar el porcentaje total de atención a migrantes venezolanos respecto al total de consulta realizada, mediante la aplicación de la fórmula de aplicación universal de la gestión hospitalaria.

Dicho porcentajes fueron analizados concurrentemente con la información obtenida en la transcripción de las entrevistas, la cual será presentada mediante la técnica de la triangulación de datos, Según Sampieri (2010), “Al hecho de utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección, se le denomina triangulación de datos” (P.439). Lo que permitirá una mejor reflexión e interpretación en la información que dará respuesta al problema y objetivos de la investigación.

8.3 Categoría de Análisis

Respecto a las categorías de análisis con las que se estructuraron y desarrollaron las entrevistas, las cuales guardan concordancia con los Factores que definen la integralidad de la prestación de la AES, es decir, Factor Social, Factor Estructural, Factor Economico, Factor de Recursos Humanos y Planeación Futura.

Al estructurar las entrevistas con dichos factores, se pudo facilitar la relación de las categorías obtenidas a través del análisis documental con la información obtenida por medio de las entrevistas.

Cabe aclarar, que las categorías análisis que estructuran las entrevistas van en concordancia con los lineamientos establecidos en el CONPES 3603, donde se pone a

consideración la Política Integral Migratoria, así como los mandamientos realizados por la Corte Constitucional.

8.4 Análisis de entrevistas

A continuación se realizó el análisis a las entrevistas a partir de los elementos centrales de las categorías de análisis, y a partir de allí analizar acerca de efectos en la atención médica especializada.

8.4.1 Factor Social.

El Factor Social analiza los procedimientos internos del HUEM, en el área especializada contemplados para la atención de migrantes venezolanos, así como los planes de acción respecto a los servicios médicos especializados brindados, de esta manera se pudo identificar la inexistencia de medidas específicas adoptadas para la mitigación del fenómeno migratorio, en el marco del funcionamiento del área especializada:

“Cambios que yo sepa se siguen el procedimiento estándar, a ellos se les llama y se les asignan cita siempre a lo que necesiten” (María del Carmen)

“No han cambiado, los venezolanos son atendidos de la misma manera que atendemos a los pacientes colombianos” (Gladys Serrano)

“Es el mismo proceso para todos de ingreso, lo que necesiten, cualquier examen se manda interconsultas o correos al instituto y ellos colaboran en todo lo que es posible” (María Mercedes)

“el hospital tiene el compromiso de cumplir con dicha población tanto es así que mi trabajo es muy agradable y me prestan todo lo que yo necesito para este tipo de atención de maternas” (Carlos Eduardo)

“Si hubo un tipo de ajustes para la prestación de atención de acuerdo a la visita del ministro de la protección social, donde se delegó responsabilidad a la alcaldía” (Erika Alina)

Aunque la no existencia de procedimientos adicionales para la atención de venezolanos sea una contrariedad a los planes de atención contemplados por el MinSalud, debido a la condición fronteriza del municipio, el HUEM atiende un gran flujo de migrantes venezolanos que requieren de atención médica, por tanto, el que no existen medidas para la contingencia en la atención puede responder a dos cosas: la primera, es que HUEM cuenta con una gran capacidad hospitalaria, capaz de cubrir las fluctuaciones que se realicen en la demanda; la segunda, muchos migrantes venezolanos no logran recibir atención médica especializada.

Sin embargo, ambas deben ser desmentidas, la capacidad hospitalaria del HUEM aunque responde a la demanda, se raja en los índices de productividad, haciendo que se provoquen traumatismo en el área especializada, así mismo, un gran porcentaje de migrantes venezolanos logran recibir atención médica especializada, así está señalado en el Anexo no. 6.

Por otro lado, los trabajadores del área especializada identificaron la ayuda de la alcaldía y de gestores sociales, para la atención de los migrantes venezolanos:

“También hay otros que son remitidos por fundaciones, o unas ONG`S que les hacen acompañamiento” (María del Carmen)

“La alcaldía ha estado a disposición incluso hay veces que se les prioriza más a ellos que a los mismos colombianos, pues esos son tramites más administrativos que realiza la alcaldía” (Gladys Serrano)

“la representante de los usuarios del hospital está muy pendiente de las quejas”

“Se le están dando todos los beneficios... también existen varias ONG para las madres gestantes y se les brinda toda la atención” (María Mercedes)

“pues yo he asistido a charlas donde se menciona la atención que la alcaldía y también la gobernación le está dando a la migración, también se están vinculando fundaciones internacionales que ayudan económicamente a los migrantes” (Carlos Eduardo)

Puede evidenciarse, que existen otros agentes que brinda atención en salud adicional a la brindada en el HUEM, ofreciendo servicios complementarios y especializados que benefician a los migrantes venezolanos, de la misma manera, se reconoce la gestión que adelanta la Alcaldía del municipio para la implementación de las medidas establecidas en el Plan de Respuesta del Sector Salud para el Fenómeno Migratorio.

8.4.2 Factor Económico.

Para un Centro Hospitalario brindar atención en salud, se requiere del manejo de un presupuesto que cubra los procesos de sustitución, el mantenimiento estructural, la contratación de personal, entre otras, que permitan el funcionamiento de los servicios brindados. Es por ello, que el factor económico se convierte en una variable importante en la prestación de servicios de salud, respecto a la capacidad hospitalaria brindada, al respecto:

“si, más recursos, porque a veces son cosas que no cubre el hospital, ya que son tratamientos más caros y hay medicamentos y tratamientos que en Venezuela no se consiguen” (María del Carmen)

“Pienso que debería revisarse a quien se está beneficiando, más recursos para los venezolanos cuando nosotros acá necesitamos también no sé, pero la verdad yo no sé,

aunque hay mucha gente que necesita tanto colombianos como venezolanos” (Gladys Serrano)

“creería que si porque a veces necesitan varios exámenes el instituto no puede con todos, no se si no alcanza el dinero o no los cubren, aquí en Consulta Externa tratamos de defendernos con lo que nos dan, pero casi siempre quedamos en apuros” (María Mercedes)

“Se supone que el alto flujo de pacientes necesitados de nuestra atención y que crece cada día más a partir de las mayores dificultades de Venezuela cada día pues me imagino que los recursos en últimas siempre faltaran o siempre se necesitaran más recursos porque la demanda es cada día mayor” (Carlos Eduardo)

“No manejo presupuesto, entonces no podría responder esta pregunta, pero creería que se debe reorganizarse” (Erika Alina)

Los participantes concuerdan en que se hace necesario más presupuesto para llevar a cabo la prestación de los servicios de salud en integralidad, puesto que los procesos de sustitución necesarios se quedan cortos respecto a la demanda en la atención, sin embargo, también afirman que deben reorganizarse respecto en aquellos periodos donde la atención es mayor, puesto que la percepción de que existe atención que se le brinda más prioridad a los migrantes venezolanos, parte de la rapidez de quienes están encargados de la asignación de los recursos.

Por otro lado, a pesar de los participantes considerar la necesidad de la asignación de recursos, no contemplan el crecimiento en el número de atención de usuarios, puesto de que cuando se les pregunto que si tenían capacidad para atender a un número mayor, en especial aquellos migrantes que no se encuentran afiliados al SGSSS, respondieron:

“creo que no porque estamos con demasiados en este momento, ha habido reuniones donde lo hemos hablado” (María del Carmen)

“Aunque no estén afiliados se les atienden, aunque ellos a veces deben pagar alguna consulta con un especialista y eso ya es un precio fijo para todos” (Gladys Serrano)

“se les atienden también a los que tienen ARS, así que si, deberían afiliarse más para que se les pueda brindar la atención requerida, pero claro el instituto Departamental de Salud debe realizar los pagos de todas esas atenciones” (María Mercedes)

“Pues lo ideal es que si los atendemos y consideramos que requieren un tratamiento pues lo ideal sería darle el tratamiento completo, sin embargo entendemos que también tenemos una gran población colombiana necesitada y qué a veces pues los recursos no alcanzan pa' cubrir nuestra verdadera obligación colombiana” (Carlos Eduardo)

“Sí, la instalación está capacitada para la atención de grandes grupos poblacionales” (Erika Alina)

Lo que permite inferir, que respecto a la capacidad de atención del área especializada del HUEM, el factor determinante a mejorar para considerar ampliar la capacidad hospitalaria, se refiere más al elemento estructural, puesto que de acuerdo a lo relatado, la suficiencia del área especializada no la determinan los recursos.

8.4.3 Factor Estructural.

Este eje fue desarrollado a partir de la consideración de dos elementos fundamentales para la prestación de una atención especializada en salud integral, la estructura física y la estructura organizacional, puesto que según lo establecido en la Ley 100 de 1993,

“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, y el Decreto 1876 de 1994, “Por el cual se reglamentan los artículos 96,97 y 98 del Decreto-ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales

del Estado”, ordena la creación de una estructura básica de administración, así como de condiciones mínimas básicas que los centros hospitalarios clasificados por niveles, siendo el ESE HUEM, un centro hospitalario de nivel tres, deben tener para su adecuado funcionamiento.

En un primer momento se pudo constatar que existe integración vertical dentro de la estructura organizativa del HUEM, puesto de que una gran mayoría de usuarios, a los que se les brinda los servicios médicos especializados, son usuarios remitidos del área de urgencias, en donde se les atiende respecto a la especialidad que solicitan:

“Ginecología, pediatría, oncología, la parte de curación, traumatología, existe integración con las demás sectores del hospital pues porque todos los pacientes son remitidos” (María del Carmen)

“Se les ofrece de todo, en cualquier tipo de consulta, ya sea para una cirugía de mano, cirugía general y en estos momentos más que todo están ginecología y lo de pediatría y medicina general” (Gladys Serrano)

“Todas las especialidades, ginecología, ortopedia, cirugía pastica, traumatología, psicología, psiquiatría, dermatología, neurocirugía, todos los especialistas, la integración es bajo mando de la jefe de Consulta Externa y la subgerencia de salud” (María Mercedes)

“Servicios de consulta externa, ginecología, obstetricia, gastrointestinal, cirugía vascular, cirugía pediátrica, neurocirugía, neurología e infinidad casi que tenemos todas las especialidades y sub especialidades, y como centro hospitalario de nivel tres, la tecnología para brindar diagnósticos certeros” (Erika Alina)

Respecto a la gama de servicios que brinda el HUEM podemos colegir que satisface su función como ESE, manifestada por las necesidades en los servicios de salud, de

igual manera, se han desarrollado capacidades administrativas, permitiendo una mejora en la interrelación de recursos, finanzas, organización y administración, reflejada en los indicadores de capacidad hospitalaria, los cuales según los participantes son manejados:

“De eso se encarga las jefes, yo solo me ocupo de la atención y del soporte sobre los pacientes que me envían, para luego ser revisados y también ingresar la información en el sistema” (María del Carmen)

“En estos momentos se han implementado algunos nuevos... los indicadores están divididos por las especialidades que aquí se encuentran, se atienden, se registran los pacientes de pediatría, ginecología, cardiología y así y las horas atendidas” (Gladys Serrano)

“Los indicadores son sacados a partir de la gestión realizada, mejor dicho de las planillas como esta (señala una), en donde se escriben el total de pacientes y médicos que atendieron, así como del personal de apoyo, funciona también de reporte” (María Mercedes)

“Igual como todo hay estadísticas de todo, entonces pues de acuerdo a la población a los números de acuerdo a los diagnósticos, pues se van haciendo los diferentes conceptos acerca de lo que se está atendiendo lo más frecuente, lo más delicado lo que produce más morbilidad, más mortalidad, más gastos” (Carlos Eduardo)

“Se establece de acuerdo al aplicativo dinámico dentro de la plataforma del Hospital, y ahí uno adquiere toda la información para la socialización para la fijación en indicadores, y sí manejamos indicadores de Consulta Externa y demás servicios” (Erika Alina)

A grandes rasgos, los indicadores son manejados por la parte administrativa del área especializada del HUEM, creadas a partir de los datos de atención de pacientes y horas

atendidas por los médicos, mediante formularios creados por la enfermera jefe, con los cuales se evalúan las medidas migratorias en cuanto a la atención de migrantes venezolanos.

8.4.4 Factor Recursos Humanos.

Atendiendo a los lineamientos impuestos por el MinSalud, el ESE HUEM cuenta con un personal capacitado para brindar la prestación de servicios en salud integrales, los cuales se adecuan de acuerdo a la demanda de usuarios. Respecto a la atención de migrantes venezolanos, con el aumento de número de usuarios se tomaron medidas administrativas para brindar mejor atención, que no necesariamente significaron la inclusión de más trabajadores en el área especializada, al respecto:

“si claro, bastante a veces, pues los usuarios son remitidos de urgencias y también los de neonatología y de las demás lados donde se requiere los servicios de Consulta Externa” (María del Carmen)

“No, por el momento estamos bien, días como hoy por el COVID esta baja la atención, pero la mayoría del tiempo estamos al tope en cuanto a la atención” (Gladys Serrano)

“claro, ya que a veces no se da abasto con el personal actual, mire aquí como estamos, estoy respondiéndole y llega una tras de otra niña a preguntarme sobre papeleo y a donde ir, yo estoy a cargo en esta jornada de 6 consultorios, cada uno atendiendo a 15 o 20 pacientes, es complejo” (María Mercedes)

“Igual el personal que se necesita estará directamente ligado en el volumen hay momentos donde el volumen es más alto, o el volumen es un poco menor todo dado por las condiciones de la frontera, el puente, de la trocha, etc., etc. pero en los canales de

atención en salud dependiendo de los números se debe contratar más o menos personajes adiestrados en la atención en salud” (Carlos Eduardo)

“En este momento no, por la alerta roja entonces no demanda tanto funcionario porque no hay tanta demanda de usuarios, sin embargo, hay trimestres donde hay más cantidad de usuarios y pocos médicos especialistas disponibles, entonces toca cuadrar y establecer horarios” (Erika Alina)

En el HUEM, el personal está organizado de acuerdo al flujo de pacientes que atiende el centro hospitalario, producto de la migración masiva de venezolanos, además de la implementación de nuevas medidas de atención, si hizo necesario que se reorganizaran los puntos de atención y consigo el personal, esta estrategia administrativo permitió mitigar el aumento en la atención, por ello se encuentra opiniones encontradas respecto al aumento de personal.

8.4.5 Planeación Futura.

La planeación futura es desarrollada a partir de la presunción acerca de la continua llegada de migrantes venezolanos, fundada en los datos brindados por Migración Colombia y diferentes organismos internacionales acerca de la llegada de los migrantes, por tanto el escenario planteado, aunque hipotético, se encuentra fundamentado en los datos entregados por dichos organismos, así como de los hechos económicos, políticos y sociales que mantienen en crisis en Venezuela, por ello se planteó la posibilidad de seguir incrementando la capacidad para la atención de nuevos usuarios:

“creo que debería dar más presupuestos y manejar mejor la entrada de los migrantes a nuestro país, o que en ultimas se creen más centros de atención porque también siento que se le pide mucha gestión al hospital cuando hacemos hasta lo imposible, créame que sí” (María del Carmen)

“Personalmente creo que debería cerrar la frontera, porque nos estamos contagiando de muchas enfermedades y darle más importancia a la salud de los colombianos que también necesitan la atención y sobre todo a la niñez colombiana, a la mujeres que están gestación” (Gladys Serrano)

“Que trabajen o pongan atención a la gente colombiana, ya que a veces se prioriza la atención a los migrantes dejando de lado a la población nacional, Si, ampliar la capacidad, recursos, concientizar a os venezolanos que no es obligatorio prestar ciertos servicios, ya que ellos llegan a veces exigiendo de mala forma” (María Mercedes)

“yo pienso que la alcaldía debe tener mucho más control de los ingresos de migrantes, deben tener más orden en las calles con respecto a los migrantes y a la población flotante cucuteña y con base en eso disminuir todos los riesgos de salud de ellos mismos y de nosotros los cucuteños” (Carlos Eduardo)

“yo creo que se está desarrollando un buen trabajo, brindamos el servicio hasta donde podemos y nuestra capacidad lo permite, si hablamos de medidas, creo que eso es más revisión de la subgerencia administrativa” (Erika Alina)

En este incierto escenario, donde la tendencia se mantiene a la llegada de más migrantes venezolanos, se especula acerca de las medidas que debe tomar el hospital, los participante concuerdan en que se deben tomar medidas migratorias que restrinjan el ingreso de migrantes, fortaleciendo los controles fronterizos.

9. Análisis de Resultados

9.1 Datos Cuantitativos

9.1.1 Indicadores de la productividad del área especializada.

Para la evaluación de los indicadores de productividad de Consulta Especializada, fueron analizados los cuatro trimestres del 2019, en procura de analizar la eficacia y efectividad de los procesos aplicados. De esta manera, se utilizó el indicador universal en salud de ‘Productividad de Consulta Especializada’, descrito dentro del marco teórico, el cual mide la ocupación del área de Consulta Especializada, respecto a la medición del total de consultas asignadas multiplicado por 100, sobre el total de horas de médicos asignados para la atención de las consultas, mediante la siguiente formula:

$$\frac{\text{Total de consultas otorgadas en CE} \times 100}{\text{Total de horas de médicos asignados en CE}}$$

Figura 4 Formula Capacidad de área especializada.

La recolección de dichos datos parte de las funciones de planeación y registro, tanto el total de consultas otorgadas como el total de horas de médicos asignados, pueden corroborarse en el anexo no. 6, sin embargo, dentro de los archivos entregados no figura su procesamiento respecto el indicador universal en salud, lo cual realizaremos, mediante el empleo de tablas y graficas de control.

El objetivo de este indicador, es la de determinar la productividad de los médicos del área especializada, siendo el promedio de atención universalmente aceptado de tres pacientes por hora, lo que correspondería a veinte minutos por paciente, los datos obtenidos serán contrarrestados con dicha aseveración.

Tabla 6. Atención general en área especializada primer trimestre 2019

Primer Trimestre de 2019			
Total de consultas otorgadas	X100	Total de horas medicas asignadas	Total (Estándar)
25160	2516000	4689	5.36

Se evidencia que, durante el primer trimestre de 2019, existió una baja productividad, puesto que el estándar de atención se ubica dos puntos por encima del recomendado por los indicadores universales, dejando un margen de solo doce minutos por paciente a los médicos especialistas para la atención de los pacientes.

Tabla 7. Atención general en área especializada segundo trimestre 2019

Segundo Trimestre de 2019			
Total de consultas otorgadas	X100	Total de horas medicas asignadas	Total (Estándar)
27170	2717000	4139	6.56

Se evidencia que, durante el segundo trimestre de 2019, aumento alrededor de dos mil, el número de consultas otorgadas, sin embargo, el número de total de horas médicas asignadas disminuyo, produciendo un aumento porcentual de una cifra el estándar de tiempo de atención de pacientes, a solo diez minutos, lo que también permite inferir, que durante dicho periodo, la capacidad operativa quedo corta respecto a la demanda.

Tabla 8 Atención general en área especializada tercer trimestre 2019

Tercer Trimestre de 2019			
Total de consultas otorgadas	X100	Total de horas medicas asignadas	Total (Estándar)
26617	2661700	8387	3.17

Se evidencia que, durante el tercer trimestre de 2019, paralelo a la disminución en el total de consultas otorgadas, incremento el total de horas médicas asignadas, logrando

que el estándar de atención se estableciera en tres pacientes por hora, adecuándose al estándar internacional recomendado.

Tabla 9. Atención general en área especializada cuarto trimestre 2019

Cuarto Trimestre de 2019			
Total de consultas otorgadas	X100	Total de horas medicas asignadas	Total (Estándar)
26062	2606200	10311	2.52

Se evidencia que, durante el cuarto trimestre de 2019, el total de consultas otorgadas se mantuvo respecto al trimestre anterior, con tendencia a la baja, mientras que el total de horas medicas asignadas aumento dos mil horas más que el trimestre pasado, siendo más del doble de lo que era en los dos primeros trimestres del año, logrando que el promedio del estándar de atención será menor al estándar internacional recomendado.

De esta manera podemos concluir que, la variable de datos de consultas otorgadas, es constante, toda vez que se encuentra en totalidad por encima de las veinticinco mil consultas asignadas, lo que permite inferir que existe una gran demanda respecto a la AES, por otro lado, es el total de horas medicas asignadas que determina el promedio de atención en el ESE HUEM, puesto que como se pudo constatar, en los trimestres en donde el total de horas medicas asignadas es mayor a ocho mil, el estándar de atención se ubicada dentro de los parámetros universales recomendados, detallado en la siguiente gráfica:

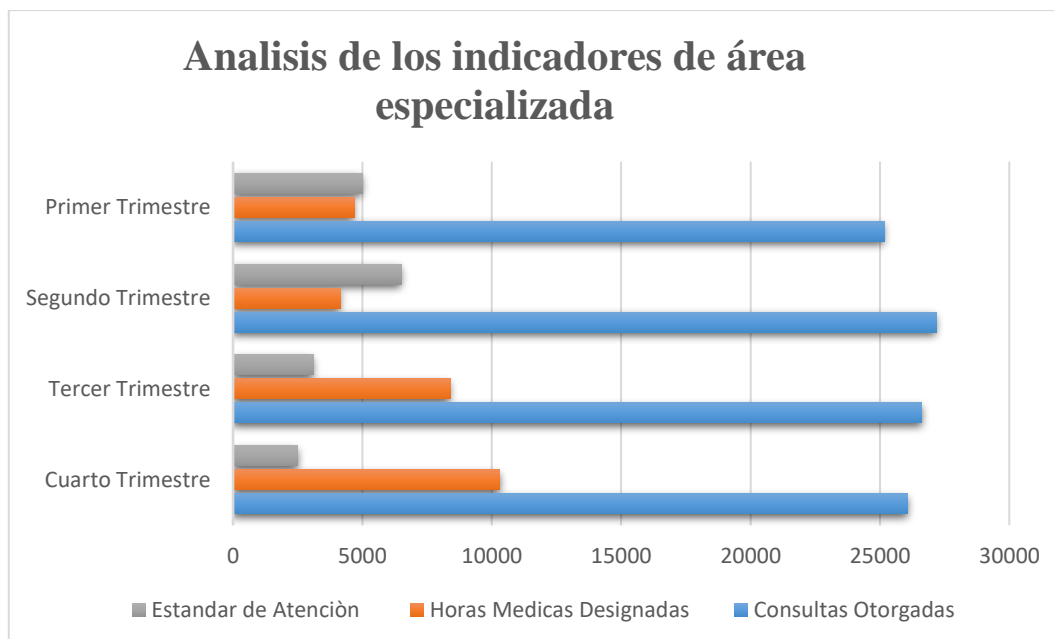


Figura 5. Análisis de indicadores de área especializada.

Como se puede observar, existe un alto nivel de ocupación en el área de Consulta Especializada, el cual está determinado por el estándar de tiempo de atención, siendo este por hora menor, cuando existe un mayor número de horas medicas designadas, y por ende adecuado a los estándares internacionales, cuando las horas medicas designadas son mayores a las cinco mil, y este aumentara cuando las dichas horas medicas designadas no respondan a la oferta de las consultas otorgadas, siendo esta la variable a consideración dentro de las actuaciones administrativas del ESE HUEM.

9.1.2 Indicadores de atención a migrantes venezolanos en Consulta Especializada.

Revisado los indicadores de atención en el área de Consulta Especializada, es pertinente que dichos indicadores sean analizados respecto al porcentaje de atención a migrantes venezolanos, con la que podremos verificar, si la atención brindada a los migrantes venezolanos, es un factor determinante en el alto nivel de ocupación, por tanto se promedió el total de consultas brindadas a venezolanos, tanto las del total general por cada trimestre de 2019.

Tabla 10. Migrantes venezolanos en área especializada primer trimestre 2019

Primer Trimestre de 2019				
Total de consultas otorgadas	Total de consultas otorgadas a migrantes venezolanos	Total consulta particulares de migrantes	Total migrantes venezolanos	Total
25160	4640	38	4678	18.6%

Se evidencia que, durante el primer trimestre de 2019, de más de veinte cinco mil consultas realizadas, un poco más de cuatro mil quinientos representan consultas otorgadas a migrantes venezolanos, representando el dieciocho por ciento del total de consultas.

Tabla 11. Migrantes venezolanos en área especializada segundo trimestre 2019

Segundo Trimestre de 2019				
Total de consultas otorgadas	Total de consultas otorgadas a migrantes venezolanos	Total consulta particulares de migrantes	Total migrantes venezolanos	Total
27170	4604	50	4654	16.94%

Se evidencia que, durante el segundo trimestre de 2019, de más de veinte siete mil consultas realizadas, un poco más de cuatro mil quinientos representan consultas otorgadas a migrantes venezolanos, representando el dieciséis por ciento del total de consultas.

Tabla 12. Migrantes venezolanos en área especializada tercer trimestre 2019

Tercer Trimestre de 2019				
Total de consultas otorgadas	Total de consultas otorgadas a migrantes venezolanos	Total consulta particulares de migrantes	Total migrantes venezolanos	total
26617	4858	41	4899	18.4%

Se evidencia que, durante el tercer trimestre de 2019, alrededor de veinte seis mil seiscientas consultas fueron realizadas, de las cuales, casi cuatro mil novecientas

consultas fueron otorgadas a migrantes venezolanos, representando el dieciocho por ciento del total de consultas.

Tabla 13. Migrantes venezolanos en área especializada cuarto trimestre 2019

Cuarto Trimestre de 2019				
Total de consultas otorgadas	Total de consultas otorgadas a migrantes venezolanos	Total consulta particulares de migrantes	Total migrantes venezolanos	total
26062	5090	17	5107	19.53%

Se evidencia que, durante el cuarto trimestre de 2019, alrededor de veinte seis mil consultas fueron realizadas, de las cuales, cinco mil cien fueron otorgadas a migrantes venezolanos, representando el diecinueve por ciento del total de consultas.

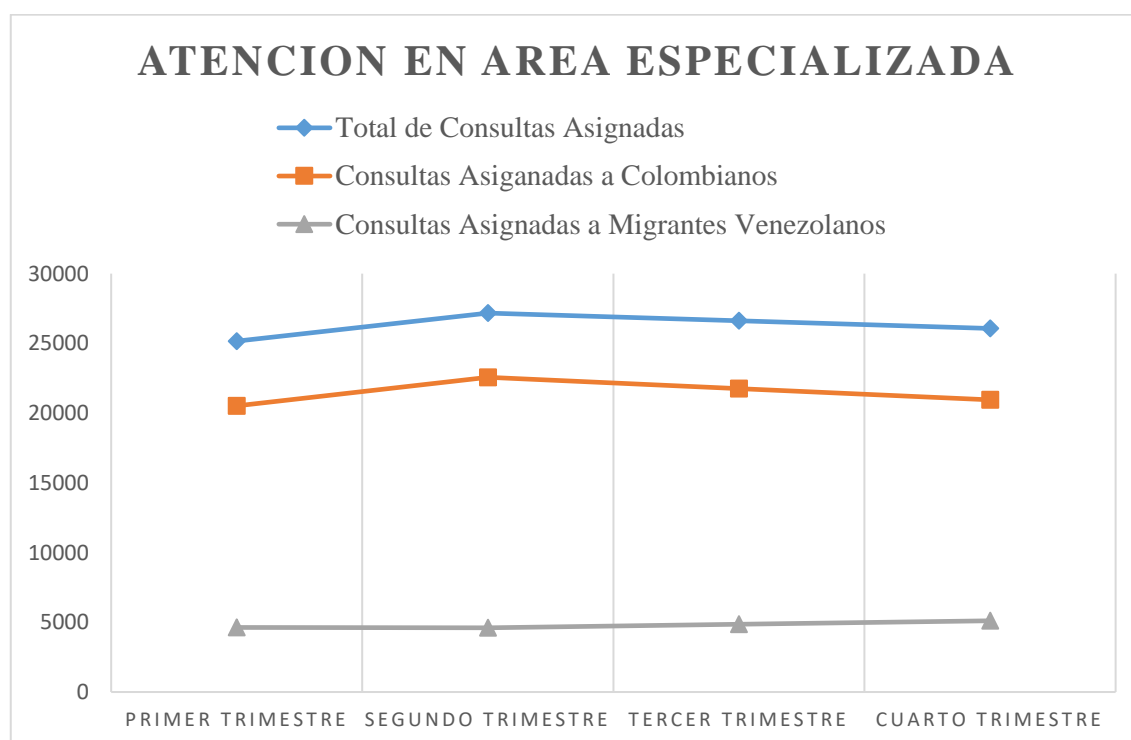


Figura 6. Análisis de indicadores de área especializada.

De esta manera podemos concluir que, del porcentaje total de consultas brindadas en el área de Consulta Especializada, durante los cuatro trimestres del año 2019, represento solo el 5% represento del total de consultas brindadas a migrantes venezolanos, es decir,

que el porcentaje de consultas de consultas brindadas a connacionales sigue siendo cuatro veces mayor, por tanto, se puede desmentir la percepción pública que existe respecto a una supuesta preferencia en la atención de migrantes colombianos, puesto de que la asignación de citas responde a procesos internos del HUEM, que serán analizados en el siguiente capítulo.

9.1.3 Procesos de Asignación de citas en el HUEM.

El área de Consulta Especializada del HUEM funciona de acuerdo a los procesos administrativos contemplados por la subgerencia de los servicios de salud, de donde se plantean los procesos para la asignación de citas, los cuales están establecidos mediante ponderación de los cupos disponibles, en busca de brindar una amplia cobertura a los usuarios, tanto del régimen contributivo, como el subsidiado.

Al prestar servicios especializados, el HUEM atiende a los usuarios que son remitidos por sus médicos de APS en los centros de salud, los cuales primero deben solicitarle a sus las autorizaciones ordenadas por medicina general, las EPS crean listas de asignación que de acuerdo al número de pacientes son enviadas al hospital, aprobadas por la EPS, el usuario se acerca al hospital con los documentos correspondientes, y solicita las citas médicas que requiere, actualmente por medio virtual debido a la pandemia, cuando el hospital recibe la solicitud, respecto a la oferta de especialidades y horarios disponibles, agenda a los usuarios dentro de los horarios disponibles del especialista apto para la atención que solicita. Sin embargo, Según Francia Archila (2020), dicho proceso puede ser demorado, puesto que debido a la gran cantidad de usuarios, las EPS tardan en aprobar las solicitudes, así mismo, las listas de disponibilidad que realiza el hospital son reducidas y realizadas por ciclos, lo que implica, que para alcanzar una cita con especialista baste de dos ciclos para que puedan ser agendados los usuarios.

Según lo descrito en el Anexo no. 5 '*caracterización de migrantes venezolanos*', el proceso de asignación de citas para los migrantes venezolanos varía respecto a su condición migratoria, pues bien, el ESE HUEM, basados en las instrucciones impartidas en la Circular 12 de 2017 del MinSalud, solo brinda AES a tres grupos de migrantes: (i) migrantes venezolanos afiliados al SGSSS, (ii) migrantes que recibieron atención médica de urgencias y necesitan de AES para terminar su recuperación, (iii) hijos de venezolanos recién nacidos.

(i) migrantes venezolanos afiliados al SGSSS. Son aquellos que su condición

migratoria se encuentra legalizada, es en este grupo donde existe una disparidad dentro del proceso de asignación de citas, puesto que a pesar de que son afiliados a una EPS, según lo dispuesto en el Decreto 2228 de 2017, son las entidades territoriales quienes están encargadas del pago, es decir, que es el SGP no es quien realiza los pagos a las EPS, si no el Departamento y el Municipio, lo que agiliza los trámites para la asignación de citas en Consulta Especializada del HUEM.

(ii) migrantes que recibieron atención médica de urgencias y necesitan de AES para terminar su recuperación. Los cuales según la evolución de la Corte Constitucional sobre el concepto de 'Atención médica de urgencias', se determinó que no solo se trata de estabilizar los signos vitales, sino también de evitar el peligro inminente con el desarrollo de la enfermedad, prevaleciendo de esta manera, el derecho a la salud sobre las formalidades migratorias. Dentro de este grupo también se incluyen a aquellos migrantes que llegan al país con diagnóstico prescrito en Venezuela, donde señala el médico tratante que está en grave estado de salud o posee una enfermedad catastrófica, en Sentencia T-197 de 2019. M.P. Diana Fajardo Rivera. La Corte determinó que bajo el principio de solidaridad, se le debía brindar a la accionante AES

junto con el tratamiento necesario para su recuperación, siendo los servicios de salud de este grupo, financiados también por las entidades territoriales.

(iii) hijos de venezolanos recién nacidos. Basado en los tratados y convenios internacionales firmados por Colombia que ratifican la protección a los menores, el HUEM realiza control prenatal y pone a disposición tanto del área de neonatología, como la de obstétrica, para la atención de las migrantes venezolanas en estado de embarazo, brindándoles condiciones de seguridad que no encuentran en su país de origen.

De esta manera, y según lo estipulado en el Anexo no. 3 '*Caracterización de Atención Hospitalaria*', la asignación de citas a los grupos de migrantes venezolanos anteriormente expuestos, es más diligente, toda vez que la aprobación de las mismas se realiza mediante la cuentas de cobros que el hospital realiza en conjunto con el IDS, las cuales son financiadas por la entidad territorial de establecimiento del migrante, ya sea el Municipio de San José de Cúcuta, para el área metropolitana, o por el Departamento de Norte de Santander, para los demás municipios. Al ser más rápida la expedición de dichas autorizaciones, también lo será la asignación de citas, de allí parte la percepción de la comunidad acerca de que se le brinda prioridad de atención a los migrantes, además de la prioridad dada en la atención de aquellos que invocan la acción de tutela.

9.2 Datos cualitativos

9.2.1 Los Efectos en la AES en el ESE Hospital universitario Erasmo Meoz del municipio de san José de Cúcuta producto de la migración de venezolanos.

Para la presentación de los Efectos en la Atención Especializada en Salud, encontrados en el ESE HUEM, se realizara a partir de dos presupuestos de análisis, relacionados a la Atención Especializada en Salud y los Indicadores Universales de Gestión Hospitalaria, que fueron desarrollados en el marco teórico; El primero parte del

entendimiento del fenómeno migratorio como la causa de los Efectos en la Atención Especializada en Salud que serán explicados en el presente apartado; El segundo describirá los mencionados efectos respecto a los factores que proporcionan integralidad en la prestación de los servicios médicos especializados. De esta manera, la descripción de los efectos está enfocada a nivel operacional del área de Consulta Especializada. Cabe aclarar, que los efectos que se describirán, son resultado de la inferencia realizada del análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos.

9.2.1.1 Principales Efectos Encontrados.

1. Falta de equidad en el acceso a los servicios médicos especializados.

A pesar de que la garantía del acceso a los servicios de salud se encuentra contemplada para ‘Todas las personas’ en la Constitución Política, como una garantía que debe propender el estado, puesto que el derecho a la salud, según lo establecido por la Corte Constitucional en reiterados fallos, posee carácter fundamental y prestacional, este se encuentra limitado cuando se trata de población extranjera, excluyéndolos de los servicios médicos especializados.

Gracias a las medidas implementadas en los Planes de Acción Institucional para la mitigación del fenómeno migratorio, el MinSalud tomo medidas más proteccionistas, brindando a los migrantes venezolanos la posibilidad de afiliarse al SGSSS, y consigo, permitió que los centros hospitalarios como el ESE HUEM, proporcionar el acceso a la Atención Especializada en Salud.

Sin embargo, dicho acceso posee restricciones, generando falta de equidad respecto a los servicios de salud dentro de la comunidad migrante, puesto de que solo pueden ser atendidos aquellos que se hayan legalizado su situación migratoria, por tanto, se les niega la atención a aquellos migrantes irregulares.

Esta falta de equidad aunque fundamentada en la norma, afecta la gestión hospitalaria del HUEM, puesto de que según los relatos de trabajadores del área Especializada, han tenido lugar algunos altercados con ciudadanos venezolanos que exigen y demanda Atención Especializada en Salud, generalmente aquellos que con anterioridad fueron atendidos en el área de urgencias.

2. Atención Fragmentada y sin continuidad.

La continuidad de la prestación del servicio a la salud, no solo busca la evolución de las condiciones de salud de los pacientes, sino que también se apoya en la garantía de la prestación del servicio. En el caso de los migrantes venezolanos, se constató que en el área Especializada, no existen estrategias para mantener una continuidad en el servicio, puesto que existe una gran numero poblacional de migrantes que generalmente llegan al Municipio durante un periodo corto de tiempo, y luego se movilizan hacia los diferentes departamentos del país, y en el caso de que regresen, haciendo difícil que se lleven control y registro en salud, así mismo, quienes deciden regresar se encuentran con la fragmentación de los servicios, toda vez que como requisito de atención, deben actualizar todas las ordenes que posteriormente había ordenado el médico tratante, las cuales vencen cada tres meses.

Por ello, el HUEM la continuidad está determinada por la necesidad en recuperación de alguna enfermedad catastrófica, tal como se ha planteado jurisprudencialmente en la Sentencia SU-677 de 2017. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, en donde se decreta que las entidades territoriales deben establecer mecanismos que refuercen las condiciones de accesibilidad a los servicios brindados por el estado, en busca de brindar un escenario amplio de protección. Sin embargo, aquellos migrantes que padezcan de otro tipo de

enfermedades no reciben un adecuado seguimiento, lo que también genera que no exista una adecuada caracterización.

3. Poco tiempo para la atención del paciente.

Según los indicadores universales de gestión hospitalaria, se recomienda que el médico tratante atienda a tres pacientes por hora, es decir, se le otorgan un lapso de veinte minutos a cada paciente. Al ser aplicado dicho indicador al reporte trimestral de atención en el área Especializada, elaborado por el HUEM, se obtiene que la productividad en la capacidad hospitalaria se encuentra reducida debido al número de horas de atención de médico especialistas, generando que los indicadores estén dos o hasta tres puntos de los recomendados universalmente, y consigo, reduciendo los tiempos de atención hasta a doce minutos.

4. Se realizan consulta médica especializada, cuando se requiere Atención Primaria en Salud.

Como se ha explicado en anteriores apartados, los migrantes venezolanos son remitidos al área Especializada del HUEM, para la prestación de los servicios médicos especializados, cuando estos son atendidos en urgencias tras la realización de algún procedimiento, o tras la asignación de cita médica por medio de convenio de su IPS, sin embargo, se logró identificar a dos grupos de migrantes venezolanos que requieren de atención primaria en salud, puesto que debido a su condición especial, necesitan de control y seguimiento, que el médico especialista del HUEM no le puede brindar, estos son: las madres gestantes en condición de irregularidad, y aquellos migrantes venezolanos que poseen prescripción de enfermedad catastrófica de su médico tratante en Venezuela.

En el Caso de las madres gestantes en condición de irregularidad, tanto la Constitución Política, como los tratados y convenios internacionales, firmados y ratificados por Colombia, se contempla medidas para la protección de la mujer en estado de embarazo y en etapa de lactancia, por ello, aquellas madres venezolanos que no han regularizado su condición migratoria, el HUEM les brinda la atención en salud necesaria, adelantando esfuerzos en sus especialidades de ginecobstetricia y neonatología. Si bien, debido a su condición dichas madres de entrada requieren de atención primaria en salud, puesto de que es necesario que se realicen chequeos respecto que verifiquen el estado del feto, debido a su falta de afiliación al SGSSS, solo cuentan con los servicios brindados por el ESE HUEM, así como por los gestores sociales en materia.

Caso contrario ocurre con aquellos migrantes venezolanos que poseen prescripción de enfermedad catastrófica de su médico tratante en Venezuela. Puesto que al ser una prescripción de un médico extranjero, es necesario que reciban atención primaria en salud, en donde obtenga un acercamiento con el médico general, realice la respectiva valoración y la remita a donde el especialista, en busca de establecer control a su enfermedad y validar dicha prescripción, sin embargo, este grupo poblacional ha encontrado trabas administrativas negándoles el servicio, que vía acción de tutela ha sido brindado por el HUEM, como lo fue en el caso de la Sentencia T-210 de 2018, en donde la Corte, al verificar la gravedad en el estado de salud de la accionante, producto del avanzado estado de su enfermedad, ordeno al IDS de Norte de Santander y al HUEM, que se le brindara el tratamiento requerido, otorgándole función de atención primaria en salud a los servicios especializados en salud.

5. Agotamiento del personal que atiende en el servicio.

Es importante reconocer que en el ambiente hospitalario maneja niveles de estrés elevados, diversos estudios en materia lo demuestran, generando fuertes cargas negativas en el personal de la salud que pueden manifestarse en apatía al público o dolencias. En las entrevistas realizadas al personal del área especializada del HUEM, coincidieron en que han recibido mayor carga laboral debido al incremento en las consultas ofrecidas a los migrantes venezolanos, lo que se traduce al desarrollo de más funciones al aumento de horas laborales, sin embargo, se destaca que se pudo percibir una buena aptitud y buen rendimiento por parte de los trabajadores.

6. Mayor destinación de recursos.

Al existir un incremento en la demanda de los servicios médicos especializados ofrecidos en el área Especializada, una mayor destinación de los recursos, más que un efecto, se erige como una necesidad, que permite la continuación en la prestación del servicio, puesto que se hace necesario el pago de un mayor personal, o aumento en el pago por concepto de horas trabajadas a los ya integrados, así como de la implementación de medidas estructurales que contribuyan a la atención del alto flujo de usuarios.

7. Ineficacia en los planeación futura.

Debido a que las variables de atención que integran los indicadores de atención hospitalaria, no poseen un mínimo margen de precisión, puesto que la llegada de migrantes venezolanos, aunque continua, durante algunos periodos es mayor o menor, por ello, la planeación futura realizada por el HUEM en su mayoría se queda corta, quedando al margen de la demanda y de la remisión de las EPS.

9.2.1.2 Efectos adicionales.

En el transcurso de elaboración de esta investigación, fue posible constatar el gran esfuerzo de las autoridades sanitarias, del personal médico del HUEM, y del Municipio de San José de Cúcuta y su área metropolitana, así como la cooperación de entidades internacionales, quienes realizan un trabajo en lo posible coordinado, para la atención de los migrantes. Dicho esfuerzo ha traído consigo grandes resultados, que se traducen en beneficios para la comunidad migrante, por tanto, fueron analizados los efectos que la Atención Primaria en Salud brindada en el HUEM, ha gestado en los migrantes venezolanos, mejorando su calidad de vida.

1. *Control de natalidad.* Debido a la casi inexistencia de métodos anticonceptivos en Venezuela, y el elevado costo de aquellos disponibles, haciendo imposible su adquisición, propiciaron el escenario para un repunte en el aumento de embarazos, en especial en los adolescentes. Así lo determinó Amnistía Internacional en un informe presentado en el año 2019, en donde señala que en Venezuela, los embarazos a temprana edad aumentaron 65%. Es por ello que en el Municipio de San José de Cúcuta se han redoblado sus esfuerzos para brindar opciones de planificación y la entrega de métodos anticonceptivos a los migrantes venezolanos.

2. *Beneficios en procedimientos de ginecobstetricia y Reducción de mortalidad neonatal e infantil.* Consecuente con el repunte de embarazos, el HUEM ha expandido su área de atención ginecobstetricia, en donde según los reportes elaborados (ver anexos 3-6) el número de nacimiento de bebés con padres venezolanos, migrantes o no, es superior al número de nacimientos de bebés

colombianos. De igual manera, existen diversas ONG'S que fungen como asistencia primaria en salud, brindando controles prenatales.

3. Acceso equitativo a la vacunación. La cual se ha priorizado debido a la aparición de brotes de enfermedades parasitarias e infecciosas de las que no existían reporte en el país desde hace varios años. En el HUEM son brindados los planes de vacunación a los niños y recién nacidos sin ningún costo.

Conclusiones

La Atención Especializada en Salud es aquella conformada por servicios asistenciales ambulatorios, brindada en el área Especializada del ESE HUEM, responde a las necesidades de los migrantes venezolanos, brindándoles la atención y acompañamiento a través de las especializadas, que como Hospital de nivel tres de atención, brinda a la comunidad.

Una considerable cantidad de migrantes venezolanos le son brindados servicios médicos especializados, sin antes haber recibido Atención Primaria en Salud, generando que, en muchas ocasiones, no se reciben seguimientos o se les dé continuidad a los tratamientos necesarios.

Los principales efectos en la Atención Especializada en Salud brindada por el ESE HUEM producto de la migración venezolana encontrados fueron:

- Falta de equidad en el acceso a los servicios médicos especializados.
- Atención Fragmentada y sin continuidad.
- Poco tiempo para la atención del paciente.
- Se realizan consulta médica especializada, cuando se requiere Atención

Primaria en Salud.

- Agotamiento del personal que atiende en el servicio.
- Mayor destinación de recursos.
- Ineficacia en la planeación futura.

Pudieron ser Identificados efectos positivos en la comunidad migrante venezolana, que influyen en el mejoramiento de su calidad de vida, gracias a la Atención Especializada en Salud brindada por el ESE HUEM, estos fueron:

- Control de natalidad.

- Beneficios en procedimientos de ginecología y Reducción de mortalidad neonatal e infantil.
- Acceso equitativo a la vacunación.

Para la prestación de una adecuada Atención Especializada en Salud, se hace necesario el cumplimiento de lo que se estableció como ‘Factores de integralidad para la prestación de AES’, los cuales demarcan los elementos y condiciones necesarios para brindar servicios médicos de alta calidad, así como el logro de la cobertura universal. Los factores establecidos fueron:

- Factor Social.
- Factor Estructural.
- Factor Económico.
- Factor Recursos Humanos.
- Planeación Futura.

En el marco de la planeación de la capacidad hospitalaria, son revisados los activos que posee la red de atención, respecto al aumento exponencial en la ocupación de los servicios brindados, siendo el margen de diferencia (y a corregir), la capacidad de ofrecer procesos. Sin embargo, en el Municipio de San José de Cúcuta, con la crisis migratoria, dichas variables no representan datos confiables puesto que el crecimiento exponencial como variable, no está determinado por algoritmos aritméticos, si no por condiciones por las que migran los migrantes, generando que los gastos de atención son constantemente modificados en busca del cubrimiento total de la demanda.

Dentro de los recursos destinados para la atención en salud consignados en el Presupuesto General de la Nación, los cuales son proyectados de acuerdo al recaudo de aranceles realizado por el SGP, quien se encarga de transferirlos a las entidades territoriales, teniendo en cuenta la densidad poblacional, la cual se realiza mediante la

aproximación de las estadísticas de crecimiento estándar, sin embargo, los migrantes venezolanos que son al SGSSS poseen tendencia a la vecindad, residenciándose en el municipio y por ende, aumentando el núcleo poblacional de atención del Hospital.

Dentro de los recursos destinados para la atención en salud consignados en el Presupuesto General de la Nación, los cuales son proyectados de acuerdo al recaudo de aranceles realizado por el SGP, quien se encarga de transferirlos a las entidades territoriales, teniendo en cuenta la densidad poblacional, la cual se realiza mediante la aproximación de las estadísticas de crecimiento estándar, sin embargo, los migrantes venezolanos que son al SGSSS poseen tendencia a la vecindad, residenciándose en el municipio y por ende, aumentando el núcleo poblacional de atención del Hospital.

Si bien los trabajadores en salud del área Especializada no tienen conocimiento a priori del presupuesto que maneja el ESE HUEM, si logran percibir cuando los procesos de sustitución no responden a las necesidades de los pacientes, o cuando los índices de capacidad hospitalaria se encuentran en niveles altos, siendo el fin de la investigación cualitativa la construcción de la realidad a través de la experiencia de sus participantes, se pudo constatar que la percepción que tienen acerca de la necesidad de la destinación de más recursos, se encuentra fundamentada al revisar los indicadores de gestión realizados por el hospital.

A pesar de que la red de atención hospitalaria del Municipio de San José de Cúcuta, respecto a la atención de los migrantes venezolanos, se encuentra organizada y estructurada, bajo metas y objetivos en común, permitiendo la remisión de los migrantes de los centros de salud para ser atendidos en el HUEM cuando se trata de procedimientos de alta complejidad, o cuando se requiere de servicios médicos especializados ofrecidos en el Hospital, de acuerdo a su categoría de nivel tres.

Respecto a la Política Integral Migratoria que se adelanta en el Senado de la Republica, es irrisorio esperar que sean implementado planes generalizados, que contengan mecanismos y estrategias que permitan una migración ordenada, sin que se destinen un porcentaje considerable de recursos que permitan su ejecución, puesto que la reorganización en sí que propone dicha Política Migratoria, parte de la delegación de nuevas funciones al personal de salud, o en general a aquellos que atienden migrantes, que claman por mayor apoyo institucional, por tanto, al existir imposibilidad de llevar a cabo lo planteado en la Política Migratoria, la contemplado en la normativa resultaría ‘letra muerta’ debido a su inaplicación.

Existe una contradicción en la aplicación de los principios invocados para la por el gobierno nacional, para la atención de los migrantes venezolanos, puesto de que se les niega la atención especializada en salud a los migrantes irregulares, basado en la restricción de derechos a migrantes contemplados en el art 100 de la Constitución Política y la obligación de regulación de la situación migratoria, mientras que en otras arista de protección diferentes a la salud, reconociendo a los migrantes venezolanos como una población vulnerable, se han cedido beneficios educativos, económicos y de vivienda, por ejemplo, en el marco de la pandemia, el gobierno nacional incluyo a la población migrante venezolana en el Ingreso Solidario, brindándoles auxilios económicos que serán entregados hasta junio de 2021.

El factor económico se convierte es una variable importante en la prestación de servicios de salud, puesto de que el monto del presupuesto determina la capacidad de los servicios brindados, constituyéndose la capacidad hospitalaria como dependiente del presupuesto, es por ello, que al realizar análisis de los resultados cuantitativos obtenidos en la investigación, se evidencia que el índice de productividad en el área Especializada,

en los trimestre donde se amplían las horas de atención, y por ende la disposición de más recursos, se adecua a los indicados universales de gestión hospitalaria.

Según los resultados y experiencia del área Especializada del HUEM, indica que se puede seguir brindado los servicios médicos especializados a los migrantes venezolanos, incluso con la tendencia de crecimiento en la que se encuentra, debido a las causas hospitalarias, sociodemográficas y de entorno, sin embargo, según la información recolectada en los documentos cuantitativos y contrarrestados, con los obtenidos en las entrevistas, es necesario que se realice una reasignación de los recursos que permita transformar, con profundidad, el modo como se estructura el sistema de atención de salud, de modo que se puedan designar a otros centros hospitalarios para la atención medica especializada, descentralizándola del Hospital, o en su defecto ampliarla en el hospital.

Recomendaciones

De acuerdo con los argumentos desarrollados en esta investigación, consideramos pertinente y necesario que:

En primer lugar el gobierno nacional, atendiendo los lineamientos establecidos en los tratados y convenios internacionales, amplié la cobertura de atención, permitiéndole a aquellos migrantes venezolanos irregulares, recibir Atención Especializada en Salud, puesto de les brindaría grandes beneficios en salud, a esta población considerada vulnerable.

En segundo lugar, que la Política Integral Migratoria que pretende ser desarrollada en el país, entienda la migración venezolana como un fenómeno migratorio y no como un problema, permitiendo la armonización de políticas de protección, apoyo y asistencia desarrolladas por las entidades territoriales, de acuerdo a las necesidades de su región, y cumpliendo con los compromisos asumidos en el ámbito de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas.

En tercer lugar, que se revisen los factores de integralidad para la prestación de los servicios médicos especializados en el área Especializada, puesto que estos se basan en los objetivos institucionales y no en cabalidad en la prestación del servicio, en especial a la brindada a población vulnerable, proponemos como guía los establecidos en la presente investigación.

En cuarto lugar, se hace necesario que el ESE HUEM, en lo posible dentro de la junta directiva o en la Subgerencia de Servicios de salud, faculden a un migrante venezolano, que funja como ‘Representante de los migrantes Venezolanos’, puesto que, al tener procedimientos diferentes de asignación de citas, se hace necesario quien vigile el

cumplimiento del actuar del Hospital y pueda servir de mediador entre los usuarios y el Hospital en Situaciones difíciles.

En quinto lugar, Se requiere que sea eliminado el fraccionamiento por competencias en la atención a los migrantes venezolanos, puesto de que no se permiten que se establezcan el sistema de referencia y contra referencia, que permita una eficaz integración a toda la red ambulatoria del municipio.

En sexto lugar, se deben revisar el modelo implementado para la mitigación en otros países, en especial en la unión europea, en donde se hace énfasis en la necesidad de que la población esté informada y tenga acceso al esquema de vacunación, dándole prioridad y especial prioridad los niños, mujeres en estado de gestación y adultos mayores.

De esta manera, se podrá brindar un mejor tratamiento en salud a los migrantes venezolanos, generando planes de contingencia eficaces que alivien al ESE HUEM, de los efectos en la atención médica especializada brindada a los migrantes venezolanos, en busca a que se creen nuevos mecanismos que permitan una mejora cobertura universal.

Referencias Bibliográficas

- ACNUR. Refugiados y migrantes de Venezuela superan los cuatro millones. Disponible en: <https://www.acnur.org/noticias/press/2019/6/5cfa5eb64/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-acnur-y.html>
- Álvarez, R. (2006). La dinámica Migratoria Colombo-Venezolana: Evolución y Perspectiva Actual. *Geoenseñanza*. Vol.9-2004 (2) Julio - diciembre. P.191-202. ISSN 1316-60-77
- Aruj, R. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Papeles de Población*. Toluca, México: Revista Migración y Desarrollo Vol. 14, No. 55, 2008. pp. 95-116.
- Asamblea Nacional de Venezuela. (1999). Constitución Política de la República Bolivariana de Venezuela del 30 de diciembre de 1999. *Gaceta Oficial Extraordinaria*.
- Bermudez, Y., Mazuera Arias, R., Albornoz Arias, N., & Morffe Peraza, M. (2018). Informe sobre la movilidad humana venezolana: Realidades y perspectivas de quienes emigran. Universidad Simón Bolívar, Fundación Entreculturas, Migración Colombia, Servicio Jesuita a Refugiados, Cúcuta.
- Bonilla, E. & Rodríguez, P. (2006). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Bogotá: Norma
- Caracol Radio. (2013). Cúcuta, la ciudad con más desempleo. Bogotá: Caracol Noticias.
- Castillo, M. (2003). Migraciones en el hemisferio: consecuencias y relación con las políticas sociales., Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2003
- Campos, K. (2011). Construção de uma escala de empregabilidade: definições e variáveis psicológicas. *Estudos de Psicologia Campinas*, 28(1), 45-55.

- Campos, K., Rueda, F., Martins, L., Mancini, C., Ghiraldelli, C. y Fumache, R. (2003).
Conceito de empregabilidade na visão de alunos de Psicologia. Anais do III
Congresso Norte-Nordeste de Psicologia (pp.422-423).
- Cea, J. (1983). Sistema y problema en la investigación jurídica: para una dogmática
flexible del derecho. Revista chilena de derecho, Vol. 10, No 2, 1983. pp. 341-365.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social - Departamento Nacional de
Planeación. (11 de 2018). Documento CONPES 3950 . Bogotá D.C., Colombia.
- Diario La Opinión (2019). Cúcuta sigue líder en informalidad laboral con 73,3%,
Disponible en: <https://www.laopinion.com.co/economia/cucuta-sigue-lider-en-informalidad-laboral-con-733-185241#OP>
- Freitez, A. (2014). Migración fronteriza colombo-venezolana: una perspectiva
metodológica para su estudio. Madrid, España: Revista sobre Relaciones
Internacionales y Laborales, Vol. 3, No, 20, pp. 9-30
- Human Rights Watch. (2019). La emergencia humanitaria en Venezuela. Obtenido de
Human Rights Watch: <https://www.hrw.org/es/report/2019/04/04/la-emergencia-humanitaria-en-venezuela/serequiere-una-respuesta-gran-escala-de-la>
- Revista Semana (2018). Así se vive en la frontera de Norte de Santander, el eje de la
migración venezolana a Colombia. Disponible en:
<https://www.semana.com/nacion/articulo/crisis-de-migrantes-venezolanos-en-cucuta-colombia/556992>
- Sen, A. (2007). La idea de la justicia. Madrid, España: Taurus Taran.
- Migración Colombia (Enero, 2018). Radiografía Migratoria entre Colombia y Venezuela.
Documento de Investigación, Gobierno de Colombia, 2018.
- Migración Colombia. (2018). Todo lo que quiere saber sobre la Migración venezolana y
no se lo han contado. Bogotá D.C.

MOYA José; URIBE, Mónica. Migración y Salud en México: una aproximación a las perspectivas de investigación; 1996 – 2006. Organización Panamericana de La Salud. Disponible en Internet en: <http://www.mex.opsoms.org/documentos/migracion/migracion.pdf>

P. & Geronimi, E. (2003). Globalización y migraciones laborales: importancia de la protección. OIT, Oficina Internacional del Trabajo.

Pacheco Ríos, G. (2016). Idas y venidas: El flujo migratorio entre Colombia y Venezuela. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

Sánchez, C. (10 de abril de 2018). Colombia: ¿El éxodo venezolano produce más inseguridad y desempleo? Colombia: ¿El éxodo venezolano produce más inseguridad y desempleo?, pág. Economía Microeconomía.

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oe8z2lgWTCwJ:www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/1_Universales/B%25E1sicos/1_Generales_DH/1_Declaracion_Universal_DH.pdf+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III).

Normatividad:

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2001). Ley 0715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los

artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2002). Ley 789 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia.

Congreso de la República. (2014). Constitución Política de 1991. Bogotá, Colombia: Leyer.

Consejo Nacional de Política Económica y Social - Departamento Nacional de Planeación. (11 de 2018).

Documento CONPES 3950 . Bogotá D.C., Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Julio de 2017). Circular 025 de 2017. Fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Plan de Respuesta del sector Salud al fenómeno migratorio. Bogotá D.C

Corte Constitucional. (1996). Sentencia T-215. M.P. Fabio Morón Díaz

Corte Constitucional. (1998). Sentencia T-380. M.P. Carlos Gaviria Díaz

Corte Constitucional. (2003). Sentencia T-859. M.P. Eduardo Montealegre Lynett

Corte Constitucional. (2007). Sentencia C-834. M.P. Humberto Antonio Sierra Porto

Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-269. M.P. Jaime Araújo Rentería

Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-760. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa

Corte Constitucional. (2012). Sentencia T-675. M.P. Mauricio González Cuervo

Corte Constitucional. (2012). Sentencia T-1088. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza

Martelo

Corte Constitucional. (2016). Sentencia T-314. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado

Corte Constitucional. (2016). Sentencia T-728. M.P. Alejandro Linares Cantillo

Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-239. M.P. Alejandro Linares Cantillo

Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-250. M.P. Alejandro Linares Cantillo

Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-421. M.P. (E) Iván Humberto Escrucería

Mayolo

Corte Constitucional. (2017). Sentencia SU-677. M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado

Corte Constitucional. (2017). Sentencia T-705. M.P. José Fernando Reyes Cuartas


Corte Constitucional. (2018). Sentencia T-348. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez

Corte Constitucional. (2019). Sentencia T-025. M.P. Alberto Rojas Ríos

Corte Constitucional. (2019). Sentencia T-197. M.P. Diana Fajardo Rivera

ANEXOS


Anexo 1 Caracterización de Migrantes Venezolanos. Elaborado por ESE HUEM.

	CONSULTA EXTERNA	CODIGO: AQ-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS	FECHA: JUL 2019
		PAGINA 1 de 7

OBJETIVO	Brindar a los migrantes venezolanos, una atención segura, oportuna y de calidad	ALCANCE	Desde la solicitud y/o requerimiento quirúrgico hasta resolver el requerimiento quirúrgico	CARGO RESPONSABLE DEL PROCESO	Líder del programa de servicios quirúrgicos
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------------


RECURSOS DEL PROCESO	
HUMANOS	INFRAESTRUCTURA
Líder del proceso Médicos especialistas Médicos generales Técnico biomédico Auditor medico Instrumentadores quirúrgicos Enfermeros Auxiliares de enfermería Auxiliar administrativo Técnico de rayos X Camillero Personal de central de esterilización Personal de lavandería Personal de farmacia Facturadores Auxiliar de servicios generales	Sala de cirugía Salas de recuperación Central de esterilización Equipos biomédicos Instrumental quirúrgico Sistema de redes de gases medicinales Autoclaves Caldera Sistema de aire acondicionado Planta eléctrica Computadores Sistema de información institucional Intranet Internet Medicamentos y dispositivos médicos Ropa quirúrgica

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de servicios quirúrgicos	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	CONSULTA EXTERNA	CODIGO: AQ-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS	FECHA: JUL 2019
		PAGINA 2 de 7


PLANEAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Procesos asistenciales Entidades responsables de pago (ERP) Ministerio de salud y protección social	Censo de pacientes quirúrgicos por especialidad Normatividad legal vigente Guías de práctica clínica	Claras y concisas	Planeación de la atención quirúrgica	Requerimientos de personal Requerimientos de equipos y dispositivos médicos Requerimientos de medicamentos Requerimientos de instrumental quirúrgico Requerimientos de infraestructura Programación de cirugía Procedimientos, protocolos, manuales, instructivos, guías, formatos	Adquisición de bienes y servicios Atención quirúrgica	Disponibilidad en los tiempos establecidos

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de servicios quirúrgicos	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	CONSULTA EXTERNA	CODIGO: AQ-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS	FECHA: JUL 2019
		PAGINA 3 de 7


HACER						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Atención quirúrgica Atención hospitalaria Atención de urgencias Atención de consulta externa Apoyo diagnóstico y terapéutico Gestión de tecnología Gestión de ambiente y recursos físicos	Programación de turno quirúrgico electivo o de urgencias Programación del equipo quirúrgico Disponibilidad de equipo biomédico, dispositivos médicos, medicamentos e insumos Disponibilidad de cama en hospitalización o UCI Disponibilidad de hemocomponentes Disponibilidad de salas de cirugía Disponibilidad de ropa quirúrgica	Oportunidad en las entradas	Ejecución de la programación quirúrgica	Historia clínica Solicitudes de estudios anatomopatológicos Solicitudes de mantenimiento de equipo biomédico Solicitud de cama en hospitalización o UCI Solicitud de valoración post quirúrgica Reporte de cirugías cumplidas y canceladas	Atención quirúrgica Atención hospitalaria Atención de consulta externa Apoyo diagnóstico y terapéutico Gestión de tecnología	Acordes con las necesidades producidas en la ejecución de la programación de cirugía

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de servicios quirúrgicos	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	CONSULTA EXTERNA	CODIGO: AQ-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS	FECHA: JUL 2019
		PAGINA 4 de 7

VERIFICAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Atención quirúrgica Atención hospitalaria Atención de urgencias Atención de consulta externa	Historia clínica Reporte de cirugías cumplidas y canceladas	Información actualizada y completa	Revisión de la ejecución de la programación de cirugía	Requerimiento de cumplimiento de programación de turnos de personal Requerimiento de cumplimiento de condiciones pre-quirúrgicas de los pacientes Cambio de conducta quirúrgica Requerimiento de disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos e insumos Solicitud de UCI Informes de auditoria	Atención quirúrgica Atención hospitalaria Atención de urgencias Atención de consulta externa Apoyo diagnóstico y terapéutico Gestión de tecnología Gestión de ambiente y recursos físicos	Cumplimiento de los requerimientos realizados

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de servicios quirúrgicos	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos


	CONSULTA EXTERNA	CODIGO: AQ-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS	FECHA: JUL 2019
		PAGINA 5 de 7

ACTUAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Atención quirúrgica Entes de control	Informe de gestión clínica hallazgos de auditoria internas y externas Normatividad legal vigente	Acordes con la atención quirúrgica	Identificar e implementar planes de mejoramiento	Planes de mejoramiento	Atención quirúrgica Procesos institucionales	Información veraz Oportunidad

INDICADORES	RIESGOS	NORMATIVIDAD
Ver ficha técnica de indicador	Ver mapa de riesgos	Ver normograma

INFORMACION DEL PROCESO			
QUE INFORMA	A QUIEN INFORMA	COMO INFORMA	QUIEN INFORMA
Programación de turno quirúrgico electivo	Procesos asistenciales Gestión financiera Gestión de información y comunicación UCI	Sistema de información institucional Físico Correo electrónico	Líder de servicios quirúrgicos Auxiliar administrativo atención quirúrgica
Resultado de indicadores	Comité respectivo	Correo electrónico Oficio	Líder de servicios quirúrgicos

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de servicios quirúrgicos	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos


	CONSULTA EXTERNA	CODIGO: AQ-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS	FECHA: JUL 2019
		PAGINA 5 de 7

ACTUAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Atención quirúrgica Entes de control	Informe de gestión clínica hallazgos de auditoria internas y externas Normatividad legal vigente	Acordes con la atención quirúrgica	Identificar e implementar planes de mejoramiento	Planes de mejoramiento	Atención quirúrgica Procesos institucionales	Información veraz Oportunidad

INDICADORES	RIESGOS	NORMATIVIDAD
Ver ficha técnica de indicador	Ver mapa de riesgos	Ver normograma

INFORMACION DEL PROCESO			
QUE INFORMA	A QUIEN INFORMA	COMO INFORMA	QUIEN INFORMA
Programación de turno quirúrgico electivo	Procesos asistenciales Gestión financiera Gestión de información y comunicación UCI	Sistema de información institucional Físico Correo electrónico	Líder de servicios quirúrgicos Auxiliar administrativo atención quirúrgica
Resultado de indicadores	Comité respectivo	Correo electrónico Oficio	Líder de servicios quirúrgicos

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo Interdisciplinario	Líder de servicios quirúrgicos	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	CONSULTA EXTERNA	CODIGO: AQ-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS	FECHA: JUL 2019
		PAGINA 6 de 7

INFORMACION DEL PROCESO			
QUE INFORMA	A QUIEN INFORMA	COMO INFORMA	QUIEN INFORMA
Historia clínica	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Médico Auxiliar de enfermería
Reporte de novedades	Gestión y desarrollo del talento humano	Formato reporte novedades en físico	Líder de servicios quirúrgicos Coordinadores de instrumentación quirúrgica, esterilización y anestesia
Reporte de eventos adversos e incidentes fármaco-vigilancia y tecnovigilancia	Programa de seguridad del paciente	Sistema de información institucional	Personal de atención quirúrgica
Reporte de eventos de hemovigilancia	Programa de hemovigilancia	Formato de reacción adversa a transfusiones	Personal de atención quirúrgica
Estudios de oportunidad y conveniencia	Direccionamiento estratégico y gerencial	Correo electrónico	Líder de servicios quirúrgicos
Pedido de farmacia	Apoyo diagnóstico y terapéutico (Farmacia)	Sistema de información institucional	Médico general Médico especialista Profesional de enfermería Auxiliar de enfermería
Pedido de almacén	Gestión de ambiente y recursos físicos	Sistema de información institucional	Médico general Médico especialista Profesional de enfermería Auxiliar de enfermería
Solicitud de referencia y contra referencia	Apoyo diagnóstico y terapéutico	Sistema de información institucional	Médico general Médico especialista Profesional de enfermería
Certificados de defunción	Gestión de información y comunicación (Estadística vital) Partes interesadas	Plataforma RUAF	Médico general Médico especialista


Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de servicios quirúrgicos	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	CONSULTA EXTERNA	CODIGO: AQ-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN DE ATENCIÓN A MIGRANTES VENEZOLANOS	FECHA: JUL 2019
		PAGINA 7 de 7

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
3	21 de Noviembre de 2011	1 – 9	Comité de calidad	
4	25 de Julio de 2019	1 – 7	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos	Se actualiza documento por mejoramiento continuo


Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de servicios quirúrgicos	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

Anexo 2 Caracterización de Apoyo y Diagnostico Terapéutico. Elaborado por ESE HUEM.

	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: DT-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA: MAY 2019
		PAGINA 1 de 7


OBJETIVO	Realizar actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que contribuyan a brindar a los médicos las herramientas de diagnóstico e intervención temprana en los procesos de enfermedad para el restablecimiento de la salud del paciente.	ALCANCE	Desde la orden para prestación o solicitud de insumos, hasta la entrega del informe sobre el servicio prestado o el insumo solicitado al área interesada	CARGO RESPONSABLE DEL PROCESO	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico
-----------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: DT-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA: MAY 2019
		PAGINA 2 de 7


RECURSOS DEL PROCESO	
HUMANOS	INFRAESTRUCTURA
Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico Médicos especialistas en radiología Médicos especialistas en patología Médicos especialistas en oncología Coordinador de radioterapia Médicos especialistas en radioterapia Médicos especialistas en fisioterapia Director de banco de sangre Coordinador de laboratorio clínico Bacteriólogos Coordinador de enfermería Profesional de enfermería Coordinador de rehabilitación Fisioterapeutas Coordinador de nutrición y dietética Nutricionistas dietistas Coordinador de farmacia Químicos farmacéuticos Coordinador de patología y radiología Citología Histotecnólogos Regentes de farmacia Tecnólogos en imágenes diagnósticas Auxiliares administrativos Auxiliar de enfermería Auxiliares de laboratorio Auxiliares de farmacia	Infraestructura física Equipos y dispositivos médicos Muebles y enseres Instrumental quirúrgico Insumos Equipos y menajes para el servicio de alimentación Software institucional Equipos de computo Útiles de oficina

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: DT-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA: MAY 2019
		PAGINA 3 de 7


PLANEAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Todos los procesos	Capacidad instalada Indicadores de gestión Demanda de pacientes Históricos de consumos Rutas de atención Compromisos de comités institucionales Normatividad legal vigente	Acordes con la realidad institucional Oportunas	Definir los lineamientos para la prestación de los servicios del proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico	Guías, protocolos, procedimientos, formatos, manuales, programas, planes instructivos, POE Cronogramas de capacitación Estudios de oportunidad y conveniencia	Todos los procesos	Conforme a la normatividad legal vigente

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: DT-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA: MAY 2019
		PAGINA 4 de 7

HACER						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Procesos asistenciales Entidades prestadoras de servicios de salud	Historia clínica Ordenes medicas Interconsultas Remisiones Autorizaciones de las ERP Solicitud de hemocomponentes	Claras, oportunas y pertinentes	Realizar la prestación de los servicios del proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico	Plan de atención de enfermería Evolución diaria Historia clínica Ordenes medicas Reportes diagnostico Procedimientos terapéuticos Traslados entre servicios Referencia y contra referencias Reporte de despacho de hemocomponentes	Usuarios Todos los procesos Entidades prestadoras de servicios de salud	Veraz, oportuna, confiable, específica, sensible y pertinente


Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: DT-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA: MAY 2019
		PAGINA 5 de 7

VERIFICAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Procesos institucionales	Listas de chequeo Listados de asistencia Auditoria de historias clínicas Pre test y post test de capacitaciones Auditorías internas de verificación de procedimientos	Acordes con los requerimientos del proceso	Evaluación de adherencia al proceso de apoyo diagnóstico y terapéutico	Informe de adherencia Informe de auditoria	Todos los procesos	De acuerdo con la realidad institucional Fiables

ACTUAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Entes de control Evaluación de control interno Apoyo diagnóstico y terapéutico	Informes de adherencias Hallazgos de auditorías internas y externas Normatividad legal vigente	Acordes con la realidad institucional	Identificar e implementar planes de mejoramiento	Planes de mejoramiento	Apoyo diagnóstico y terapéutico	Información veraz y oportuna


Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: DT-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA: MAY 2019
		PAGINA 6 de 7

INDICADORES	RIESGOS	NORMATIVIDAD
Ver ficha técnica de indicador	Ver mapa de riesgos	Ver normograma

INFORMACION DEL PROCESO			
QUE INFORMA	A QUIEN INFORMA	COMO INFORMA	QUIEN INFORMA
Registros clínicos	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Personal de enfermería, Fisioterapeutas.
Reportes diagnósticos	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Médico especialista
Reportes terapéuticos	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Médico especialista, Bacteriólogo
Informes de terminación de tratamiento	Procesos asistenciales, usuario	Sistema de información institucional, historia clínica	Médico especialista, Fisioterapeutas.
Diagnostico nutricional	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Nutricionista dietista
censo diario de dietas	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Nutricionista dietista
Producción diaria de dietas	Gestión financiera	Sistema de información institucional	Nutricionista dietista
Prescripción de suplementos nutricionales (Consulta externa)	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Nutricionista dietista
Activación de la ruta para la desnutrición aguda, moderada y severa	Secretaria de salud, ministerio de salud, IDS, procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Nutricionista dietista
Planilla plan de mezclas de nutriciones parenterales	Farmacia principal, central de mezclas	Sistema de información institucional	Nutricionista dietista
Consejería en lactancia materna	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Nutricionista dietista
Soportes de despacho de hemocomponentes	Procesos asistenciales, clientes externos (Servicios transfusionales)	Sistema de información institucional, físico	Bacteriólogo
Reporte de eventos adversos a la donación y/o transfusión	Instituto Departamental de Salud, Instituto Nacional de Salud	Físico, pagina web del sistema de información de hemovigilancia	Director banco de sangre
Remisión de donante positivo	EPS	Físico	Director banco de sangre
Informe final atención pacientes	Paciente, procesos asistenciales.	Sistema de información institucional	Fisioterapeuta

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CODIGO: DT-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA: MAY 2019
		PAGINA 7 de 7

INFORMACION DEL PROCESO			
QUE INFORMA	A QUIEN INFORMA	COMO INFORMA	QUIEN INFORMA
Informe mensual del servicio transfusional	Instituto Departamental de Salud, Instituto Nacional de Salud	Físico, pagina web del sistema de información de hemovigilancia	Director banco de sangre
Evolución clínica diaria pacientes atendidos por área de servicio	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Fisioterapeuta
Informe mensual del banco de sangre	Instituto Nacional de Salud	Página web del sistema de información de hemovigilancia	Director banco de sangre
Informe mensual del servicio transfusional	Instituto Departamental de Salud, Instituto Nacional de Salud	Físico, pagina web del sistema de información de hemovigilancia	Director banco de sangre
Resultado de indicadores	Comité respectivo	Correo electrónico, oficio	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
3	21 de Diciembre del 2011	1-12	Comité de control interno	
4	30 de Mayo del 2019	1-7	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos	Se actualiza documento por mejoramiento continuo

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Equipo interdisciplinario	Líder de apoyo diagnóstico y terapéutico	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

Anexo 3 Caracterización Atención Hospitalaria. Elaborado por ESE HUEM.

	ATENCION HOSPITALARIA	CODIGO: HS-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION ATENCION HOSPITALARIA	FECHA: MAR 2019
		PAGINA 1 de 7

OBJETIVO	Prestar la atención en los servicios de hospitalización de manera integral (segura, humanizada, oportuna y adecuada) cumpliendo con los requisitos previamente definidos de tal forma que contribuya a mejorar las condiciones de salud de los usuarios y apoyo al entorno familiar y cuidadores	ALCANCE	Inicia solicitud de internación y Hospitalización y Termina con Egreso Hospitalario del Usuario.	CARGO RESPONSABLE DEL PROCESO	Coordinadores de los servicios
-----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------


RECURSOS DEL PROCESO	
HUMANOS	INFRAESTRUCTURA
Coordinador de servicios Médico general Médico especialista Enfermero/a Auxiliar de enfermería Fisioterapeuta Nutricionista Auxiliar de nutrición Auxiliar de servicios generales Camilleros Vigilantes Auxiliar administrativo Auxiliar de facturación Supervisor de facturación Revisores de facturación Profesionales en formación	Equipos médicos Instrumental medico Medicamentos e insumos médicos Hardware Software Equipos audiovisuales Muebles y útiles de oficina

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Coordinadores de los servicios	Equipo interdisciplinario	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos


	ATENCIÓN HOSPITALARIA	CODIGO: HS-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACIÓN ATENCIÓN HOSPITALARIA	FECHA: MAR 2019
		PAGINA 2 de 7


PLANEAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Procesos institucionales	Capacidad Instalada Normatividad legal Vigente Lineamientos para la atención integral del paciente en hospitalización Rutas de atención	Claros Disponibles	Definir lineamientos de gestión en la atención hospitalaria	Lineamientos de gestión en la atención Hospitalaria Documento de priorización de necesidades y recursos Documentos y metodologías de atención hospitalaria	Atención hospitalaria	Información veraz Oportunidad

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Coordinadores de los servicios	Equipo interdisciplinario	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	ATENCION HOSPITALARIA	CODIGO: HS-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION ATENCION HOSPITALARIA	FECHA: MAR 2019
		PAGINA 3 de 7

HACER						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Todos los procesos	Plan de cuidado integral Documentos y metodologías de atención en salud Orden de interconsulta Orden de cirugía Orden de estudios diagnósticos Actividades de Apoyo de todas las áreas y servicios requeridos para la gestión del proceso Registros de la atención prestada Orden de salida Rutas de Atención (Ruta materno perinatal, ruta paciente quirúrgica y no quirúrgica, ruta pediátrica, ruta de Rehabilitación)	Información veraz Oportunidad	Realizar la prestación de servicios de atención hospitalaria	Historia clínica Orden de salida (Indicaciones médicas y fórmula médica) Orden de interconsulta Manejo de Salida Voluntaria. Información y educación para y paciente y su familia. Orden de control Reportes de eventos adversos Remisión extra hospitalarias Otros Certificados legales Certificado de defunción (Entrega de cuerpo, en caso de fallecimiento). Elementos (Objeto de material probatorio)	Procesos asistenciales	Oportuno con los recursos y tiempo disponible
Elaboró:		Revisó:		Aprobó:		
Coordinadores de los servicios		Equipo interdisciplinario		Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos		

	ATENCIÓN HOSPITALARIA				CODIGO: HS-CA-001	
					VERSION: 4	
	CARACTERIZACIÓN ATENCIÓN HOSPITALARIA				FECHA: MAR 2019	
					PAGINA 4 de 7	
				para cadena de custodia) Reportes antes de control Actualización diaria del censo de pacientes. Información del estado clínico de pacientes. Orden de salida.		
VERIFICAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Atención hospitalaria Entes de control	Porcentajes de adherencia a guías de práctica clínica y procesos institucionales Listas de chequeo de adherencia de procesos Listas de verificación de adherencia a guías de práctica clínica	Acordes con la atención hospitalaria	Evaluación de adherencia de la atención en hospitalización	Informe de gestión clínica	Direccionamiento estratégico y gerencial Entes de control	Cumplimiento de parámetros institucionales Información veraz Oportunidad
Elaboró:		Revisó:		Aprobó:		
Coordinadores de los servicios		Equipo interdisciplinario		Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos		

	ATENCIÓN HOSPITALARIA				CODIGO: HS-CA-001	
					VERSION: 4	
	CARACTERIZACIÓN ATENCIÓN HOSPITALARIA				FECHA: MAR 2019	
					PAGINA 4 de 7	
				para cadena de custodia) Reportes antes de control Actualización diaria del censo de pacientes. Información del estado clínico de pacientes. Orden de salida.		
VERIFICAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Atención hospitalaria Entes de control	Porcentajes de adherencia a guías de práctica clínica y procesos institucionales Listas de chequeo de adherencia de procesos Listas de verificación de adherencia a guías de práctica clínica	Acordes con la atención hospitalaria	Evaluación de adherencia de la atención en hospitalización	Informe de gestión clínica	Direccionamiento estratégico y gerencial Entes de control	Cumplimiento de parámetros institucionales Información veraz Oportunidad
Elaboró:		Revisó:		Aprobó:		
Coordinadores de los servicios		Equipo interdisciplinario		Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos		

	ATENCION HOSPITALARIA	CODIGO: HS-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION ATENCION HOSPITALARIA	FECHA: MAR 2019
		PAGINA 5 de 7

ACTUAR						
PROVEEDORES	ENTRADAS	EXPECTATIVAS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	CLIENTES	REQUISITOS
Atención hospitalaria Entes de control	Informe de gestión clínica Hallazgos de auditoria internas y externas Normatividad legal vigente	Acordes con la atención hospitalaria	Identificar e implementar planes de mejoramiento	Planes de mejoramiento	Atención hospitalaria Procesos institucionales	Información veraz Oportunidad


Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Coordinadores de los servicios	Equipo interdisciplinario	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	ATENCION HOSPITALARIA	CODIGO: HS-CA-001
		VERSION: 4
	CARACTERIZACION ATENCION HOSPITALARIA	FECHA: MAR 2019
		PAGINA 6 de 7

INFORMACION DEL PROCESO			
QUE INFORMA	A QUIEN INFORMA	COMO INFORMA	QUIEN INFORMA
Informe de Gestión Clínica	Direccionamiento estratégico y gerencial Partes interesadas	Comunicación interna Correo electrónico	Coordinadores de Servicios hospitalarios
Historia clínica	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Personal asistencial
Turno quirúrgico	Atención quirúrgica	Sistema de información institucional	Médico especialista
Pedido de farmacia	Apoyo diagnóstico y terapéutico (Farmacia)	Sistema de información institucional	Médico general Médico especialista Profesional de enfermería Auxiliar de enfermería
Pedido de almacén	Gestión de ambiente y recursos físicos	Sistema de información institucional	Médico general Médico especialista Profesional de enfermería Auxiliar de enfermería
Traslado de pacientes	Procesos asistenciales EPS o IPS	Sistema de información institucional Correo electrónico	Profesional de enfermería
Solicitud de ayudas diagnosticas	Apoyo diagnóstico y terapéutico	Sistema de información institucional	Médico general Médico especialista Profesional de enfermería Auxiliar de enfermería
Orden de hospitalización	Procesos asistenciales	Sistema de información institucional	Médico especialista
Certificados de defunción	Gestión de información y comunicación (Estadística vital) Partes interesadas	Plataforma RUAF	Médico general Médico especialista Profesional de enfermería
Solicitud de referencia y contra referencia	Apoyo diagnóstico y terapéutico	Sistema de información institucional	Médico general Médico especialista Profesional de enfermería

INDICADORES	RIESGOS	NORMATIVIDAD
Ver manual de indicadores	Ver mapa de riesgos	Ver normograma

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Coordinadores de los servicios	Equipo interdisciplinario	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

	ATENCION HOSPITALARIA	CODIGO: HS-CA-001
		VERSION: 4
		FECHA: MAR 2019
		PAGINA 7 de 7
	CARACTERIZACION ATENCION HOSPITALARIA	

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAGINA	APROBÓ	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
3	21 de Diciembre de 2011	1-15	Comité de control interno	
4	23 de Marzo de 2019	1-7	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos	Se actualiza documento por mejoramiento continuo

Elaboro:	Revisó:	Aprobó:
Coordinadores de los servicios	Equipo interdisciplinario	Comité de calidad, seguridad del paciente y eventos adversos

Anexo 4 Capacidad instalada 2019-2020. Elaborado por ESE HUEM.

[E.S.E. Hospital Universitario Erasmo](#) | [ESE Hospital Universitario Herasmo](#) | [Prestadores de Servicios de Salud](#) | [Untitled Page](#)

[prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/capacidad_departamental.aspx?pageTitle=Detallado+capacidad+instalada&pageHlp=](#)

[Aplicaciones](#) | [Inicio de sesión en el...](#) | [ESE Hospital Univers...](#) | [GLPI - Autenticación](#) | [Sistema de Gestión...](#) | [www.consultorsalud.c...](#) | [sintranordessa](#) | [Gnosoft Sigame Sintr...](#) | [www.heel.es/pdfs/B.p...](#) | [https://www.omnilife...](#)

[Grabar](#) | [Nuevo](#) | [Buscar](#) | [Continuar](#) | [Ayuda](#)

Departamento: **Norte de Santander**
 Tipo de Persona: **JURIDICO**
 Naturaleza Jurídica: **Pública**
 Clase de Prestador: **Instituciones - IPS**
 Empresa Social del Estado: **SI**
 Nivel: **3**
 Caracter Territorial: **DEPARTAMENTAL**

[Excel](#) | [Word](#) | [Texto](#)

(1) registros encontrados.

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 29 de septiembre de 2020 (6:36 p. m.)

Departamento	Camas Pediátricas	Camas Adultos	Camas Obstetricia	Camas Cuidado Neonatal	Camas Cuidado Neonatal	Camas Cuidado Pediátrico	Camas Cuidado Pediátrico	Camas Cuidado Intermedio Adulto	Camas Cuidado Intensivo Adulto	Camas Quemados Adulto	Camas Quemados Pediátrico	Camas Psiquiatría	Camas Agudo Mental	Camas Intermedio Mental	Camas Farmaco- dependencia	Camas Institución Paciente Crónico	Camas Salud Mental	Camas Trasplante Progenitores Hematopoyéticos	Camas Cuidado Básico Neonatal	Salas Quirófano	Salas Partos	Salas Procedimientos	Apoyo Terapéutico - Sillas Quimioterapia	Apoyo Terapéutico - Sillas Hemodiálisis	Ambulancias básicas	Ambulancias Medi...
Norte de Santander	73	231	44	8	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	6	2	4	5	0	2	
Totales:	73	231	44	8	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	6	2	4	5	0	2	

[Grabar](#) | [Nuevo](#) | [Buscar](#) | [Continuar](#) | [Ayuda](#)

Windows Taskbar: 06:36 p.m. 29/09/2020

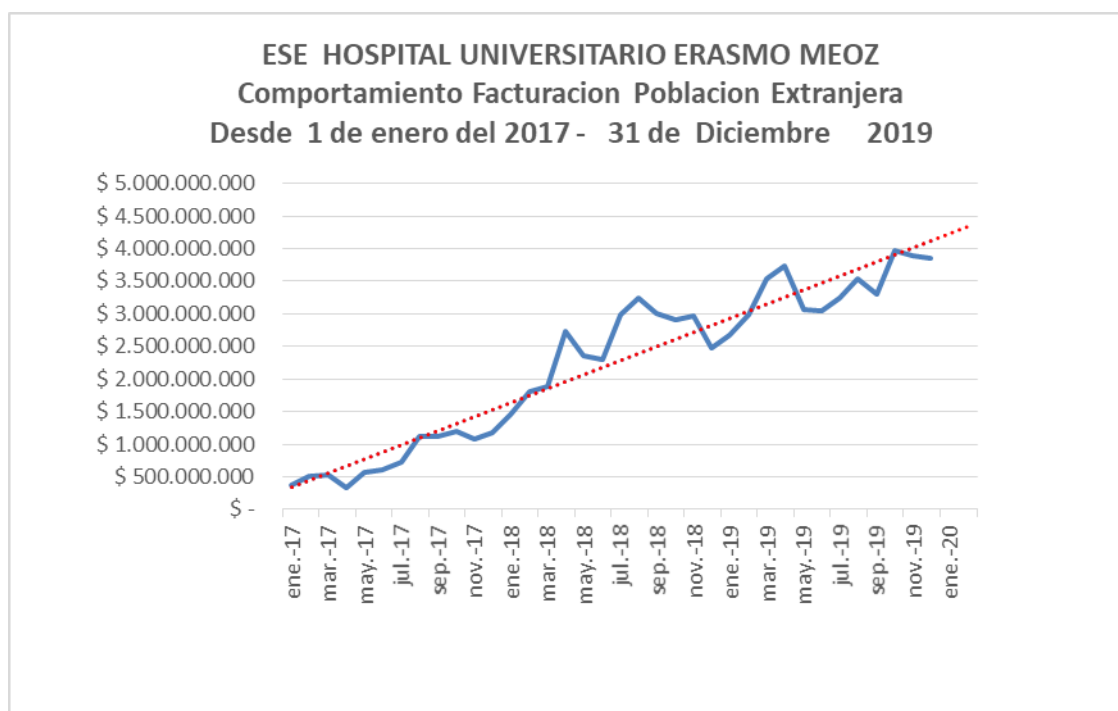
Anexo 5 Resumen venezolanos 2019. Elaborado por ESE HUEM.

	I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
2017	986	1227	1793	1572
2018	3430	4532	4776	4096
2019	4.640	4.064	4.858	5.090

RESUMEN FACTURACION - POBLACION VENEZOLANA AÑO 2019				
MES	VALOR FACTURADOR	%	VARIACION POR MES	% ACULADO
ENERO	\$ 2.672.553.816	7%	190.053.773	7%
FEBRERO	\$ 2.976.630.808	7%	304.076.992	10%
MARZO	\$ 3.543.311.353	9%	566.680.545	16%
ABRIL	\$ 3.731.580.684	9%	188.269.331	5%
MAYO	\$ 3.071.417.569	8%	-660.163.115	-21%
JUNIO	\$ 3.035.836.940	7%	-35.580.629	-1%
JULIO	\$ 3.248.201.397	8%	212.364.457	7%
AGOSTO	\$ 3.528.795.922	9%	280.594.525	8%
SEPTIEMBRE	\$ 3.293.972.630	8%	-234.823.292	-7%
OCTUBRE	\$ 3.974.307.104	10%	680.334.474	17%
NOVIEMBRE	\$ 3.898.121.028	10%	-76.186.076	-2%
DICIEMBRE	\$ 3.846.950.849	9%	-51.170.179	-1%
TOTAL	\$ 40.821.680.100	100%	113.704.234	3%

RESUMEN FACTURACION - POBLACION VENEZOLANA			
VIGENCIA - AÑO	VALOR FACTURADO	GIROS REALIZADOS	SALDO PENDIENTE
VIGENCIA 2015	\$ 655.549.405	\$ -	\$ -
VIGENCIA 2016	\$ 2.124.608.933	\$ -	\$ -
VIGENCIA 2017	\$ 9.318.481.297	\$ 2.188.943.183	\$ -
VIGENCIA 2018	\$ 30.148.187.507	\$ 3.642.755.689	\$ -
VIGENCIA 2019	\$ 40.821.680.100	\$ 21.446.538.856	\$ -
TOTALES	\$ 83.068.507.242,00	\$ 27.278.237.728,00	\$ 55.790.269.514,00

Informacion Generada (Facturacion y Pagos) con corte 31 de Diciembre del 2019 - Facturas Radicada al IDS y reportada a SISPRO con corte 30 de Noviembre 2019.
Pendiente radicar al IDS facturacion mes de diciembre 2019



Anexo 6 Comportamiento y proyección 2019. Elaborado por ESE HUEM.

Variable	TRIMESTRE 2019			
	I	II	III	IV
Dosis de biológico aplicadas	3.007	3.117	3.320	3.383
Controles de enfermería (Atención prenatal / crecimiento y desarrollo)				0
Citologías cervicovaginales tomadas				0
Consultas de medicina general electivas realizadas				0
Consultas de medicina general urgentes realizadas	19.910	21.639	20.681	19.790
Total de consultas de medicina especializada electivas realizadas	25.160	27.170	26.617	26.062
Total de horas medicas destinadas a consultas especializadas	4.689	4.139	8.387	10.311
total de trajes que no trascendieron	4.787	6.292	6.524	3.264
Total de consultas de odontología				1
Total de tratamientos terminados				0
Sellantes aplicados				0
Superficies obturadas (cualquier material)				0
Exodoncias (cualquier tipo)				4
Partos vaginales	875	1.122	1.171	1.153
Partos por cesárea	560	603	683	777
Total de egresos	7.893	8.502	8.745	8.910
... Egresos obstétricos (Partos,cesáreas y otros egresos obtétricos)	1.828	2.132	2.202	2.377
... Egresos quirúrgicos (Sin incluir partos ni cesáreas)	1.971	2.045	2.314	2.277
... Egresos NO quirúrgicos	4.094	4.325	4.229	4.256
Pacientes en Observación	8.516	8.775	9.073	9.318
Pacientes Unidad Cuidados Intermedios	555	490	347	245
Pacientes Unidad Cuidados Intensivos	300	177	0	0
Total de días estancia de los egresos	44.432	43.763	44.101	46.099
.. Días estancia de los egresos obstétricos (Partos,cesáreas y otros egresos obtétricos)	3.880	4.597	4.502	4.965
... Días estancia de los egresos quirúrgicos (Sin Incluir partos ni cesáreas)	17.444	17.257	20.385	20.379
... Días estancia de los egresos No quirúrgicos	23.108	21.909	19.214	20.755
... Días estancia Cuidados Intermedios	3.534	2.782	1.734	1.300
... Días estancia Cuidados Intensivos	2.881	1.748	0	0
Total de días cama ocupados	43.618	41.394	41.274	44.724

Total de días cama disponibles	46.965	44.791	45.177	47.319
Total de cirugías (Sin incluir partos ni cesáreas)	13.555	14.968	18.553	17.205
... Cirugías grupos 2-6 (incluye legrados)	2.852	3.155	6.393	3802
... Cirugías grupos 7-10 (Sin incluir partos ni cesáreas)	6.835	7.408	6.597	6.993
... Cirugías grupos 11-13	3.169	3.646	4.792	2.231
... Cirugías grupos 20-23	699	759	771	701
... Cirugías grupos 30-34				
Exámenes de laboratorio	194.379	176.940	148.486	137.248
Imágenes diagnósticas tomadas	25.406	23.775	21.635	18.376
Terapias respiratorias	31.037	29.263	18.757	19.731
Terapias físicas	8.191	11.252	4.722	2.895

* = PROYECCIONES general	Promedio días estancia	5,6	5,1	5,0	5,2
	Promedio días estancia obstétricos	2,1	2,2	2,0	2,1
	Promedio días estancia quirúrgico	8,9	8,4	8,8	8,9
	Promedio días estancia no quirúrgico	5,6	5,1	4,5	4,9
	Promedio días estancia UCI	6,4	5,7	5,0	5,3
	Promedio días estancia UCINTENSIVOS	9,6	9,9		
	Porcentaje de ocupación	92,87	92,42	91,36	94,52
	Porcentaje de cirugías grupo 2-6	21,0	21,1	34,5	22,1
	Porcentaje de cirugías grupo 7-10	50,4	49,5	35,6	40,6
	Porcentaje de cirugías grupo 11-13	23,4	24,4	25,8	13,0
	Porcentaje de cirugías grupo 20-23	5,2	5,1	4,2	4,1
		100,0	100,0	100,0	79,8
	Porcentaje de ocupación	92,9	92,4	91,4	94,5

Anexo 8 Modelo de Entrevistas

	Fecha (DD/MM/YYYY)				
Entrevista de Investigación Sobre Efectos en la Atención Especializada en Salud en el Hospital Universitario Erasmo Meoz.					
1. Datos Generales.					
Entrevistador (a)					
Entrevistado (a)					
Cargo					
Tiempo de Labor				Edad	
2. Pasos a seguir.					
<p>Por favor tenga en cuenta que las presentes entrevistas se desarrollaran en medio de la pandemia COVID-19, por tanto, se deben utilizar todas las medidas de bioseguridad, se debe tratar de realizar actividades de campo paralelo a su realización así mismo, a pesar de que deben realizarse bajo normas de distanciamiento, usando el equipo de bioseguridad, sin embargo, se pueden seguir las demás pautas recomendadas por sampieri (2010), el cual plasma que: En primer lugar, se hace una presentación personal el entrevistador, donde se le resalte gratitud por la oportunidad de participación en el proyecto, en busca que la otra persona se presente y se sienta cómoda, seguidamente se dan los datos del proyecto, recordándoles el fin y el para que estamos hablando con ellos (en busca de la objetividad de las charlas), luego se entrega el consentimiento informado para que lo firme, y se inicia con la entrevista, prendiendo la grabadora o activando la función de grabación, no olvide registrar las debidas observaciones, acerca de los puntos importantes que detalla el entrevistado.</p>					
3. Acerca de la información del proyecto.					
<p>El presente proyecto de investigación busca determinar los efectos en el área Especializada del ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz producto de la migración masiva de venezolanos, puesto que gracias a que los tratados internacionales firmados y ratificados por Colombia, así como a los convenidos que hace parte, debe propender por brindar una atención integral e inclusión social de esta población vulnerable, sin embargo, las leyes nacionales disponen reglas específicas que delimitan quienes pueden acceder a la AES, vulnerando sus derechos, así mismos, a quienes si pueden recibir atención, se le condiciona a portar el PEP, por tanto la crecida exponencial de obliga a una mayor destinación de recursos para la mitigación del fenómeno migratorio en salud, por tanto, la presente investigación está encaminada a determinar los efectos dentro de en la AES del Municipio de San José de Cúcuta.</p>					
4. Ejes Centrales.					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Factor Social. 2. Factor Económico. 3. Factor Estructural. 4. Factor de Recursos Humanos. 5. Planeación Futura. 					
5. Entrevista.					

Factor Social

1. ¿Podría describir como ha sido el funcionamiento del área Especializada del hospital con la atención de migrantes venezolanos?
2. ¿Podría describir si existen cambios en las políticas de atención con la atención de migrantes venezolanos?
3. ¿Podría describir como se han llevado a cabo la recolección de la información de los migrantes venezolanos?
4. ¿Ha participado activamente la alcaldía y/o la gobernación dentro de los planes de acción que busca la protección del derecho a la salud de los migrantes venezolanos?

Factor Económico

5. Teniendo en cuenta el presupuesto destinado para la atención, ¿usted cree que es necesario mayor presupuesto para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?
6. De acuerdo a la capacidad operación del área Especializada, ¿usted cree posible la atención de migrantes venezolanos irregulares que no estén afiliados al SGSSS?
7. ¿Cómo se realizan los Procesos de sustitución de acuerdo a la necesidad de recursos debido a la atención de migrantes venezolanos? ¿Cómo cree que debería llevarse?

Factor Estructural

8. ¿Cuáles son los servicios ofertados en el área Especializada? ¿De qué tipo? ¿Existe integración vertical y horizontal?
9. ¿Cómo se han establecido los indicadores hospitalarios en el área Especializada?
10. ¿Cree usted que existe trabajo intersectorial entre los distintos centros de salud con el hospital respecto a la atención de migrantes venezolanos?

Factor de Recursos Humanos

11. Teniendo en cuenta la capacidad operativa, ¿usted cree que es necesario un mayor número de personal para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?
12. ¿Han recibido carga laboral de los otros niveles de atención que maneja el hospital? ¿Qué tan seguido?

Planeación Futura.

13. Teniendo en cuenta que se pronostica siga en aumento la llegada de migrantes venezolanos, ¿Qué medidas cree usted que se deberá implementar el hospital para seguir brindando Atención?

14. ¿Qué medidas cree usted debe tomar la administración municipal en cuanto a las redes de Atención Hospitalaria?

6. Observaciones.

Anexo 9 Consentimiento Informado



PROCESO DE EJECUCION DEL PROYECTO DE GRADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTA

FECHA		
14	12	20

Yo, MARIA DEL CARMEN JIMENEZ O., identificado(a) con el documento de identidad 60361108 de CUCUTA por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en la entrevista llevada a cabo dentro del proceso de investigación **"EFECTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN DE VENEZOLANOS (2019)"**. Por el cual los jóvenes **KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMIZAR Y MANUEL ALEJANDRO PEREZ VILLAN**, buscan optar por el título de **ABOGADO**, expedido por la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de entrevista y el propósito de su realización, además de ello recibí la información sobre la filmación y forma en que se utilizaran los resultados.

Doy mi consentimiento expreso para que los resultados sean conocidos por parte de la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** de Cúcuta.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Maria del Carmen Jimenez O.
FIRMA DEL PARTICIPANTE

Aviso Legal: La información contenida en este documento, será para el uso exclusivo de la Universidad Francisco de Paula Santander, quien será responsable por su custodia y conservación en razón de que contiene información de carácter confidencial o privilegiado. Esta información no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa de la Oficina de Organización y Métodos de Universidad Francisco de Paula Santander.

FECHA		
14	12	20

Yo, MARIA MERCEDES GARCIA identificado(a) con el documento de identidad 41781990 de BOGOTA por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en la entrevista llevada a cabo dentro del proceso de investigación **"EFECTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZ DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN DE VENEZOLANOS (2019)"**. Por el cual los jóvenes **KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMIZAR Y MANUEL ALEJANDRO PEREZ VILLAN**, buscan optar por el título de **ABOGADO**, expedido por la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de entrevista y el propósito de su realización, además de ello recibí la información sobre la filmación y forma en que se utilizaran los resultados.

Doy mi consentimiento expreso para que los resultados sean conocidos por parte de la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** de Cúcuta.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Maria Mercedes Garcia
FIRMA DEL PARTICIPANTE

Aviso Legal: La información contenida en este documento, será para el uso exclusivo de la Universidad Francisco de Paula Santander, quien será responsable por su custodia y conservación en razón de que contiene información de carácter confidencial o privilegiado. Esta información no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa de la Oficina de Organización y Métodos de Universidad Francisco de Paula Santander.

FECHA		
14	12	20

Yo, Glacis Serrano Goluez identificado(a) con el documento de identidad 60311468 de Cúcuta por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en la entrevista llevada a cabo dentro del proceso de investigación **"EFECTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZO DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN DE VENEZOLANOS (2019)"**. Por el cual los jóvenes **KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMZAR Y MANUEL ALEJANDRO PEREZ VILLAN**, buscan optar por el título de **ABOGADO**, expedido por la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de entrevista y el propósito de su realización, además de ello recibí la información sobre la filmación y forma en que se utilizaran los resultados.

Doy mi consentimiento expreso para que los resultados sean conocidos por parte de la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** de Cúcuta.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.



FIRMA DEL PARTICIPANTE

Aviso Legal: La información contenida en este documento, será para el uso exclusivo de la Universidad Francisco de Paula Santander, quien será responsable por su custodia y conservación en razón de que contiene información de carácter confidencial o privilegiado. Esta información no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa de la Oficina de Organización y Métodos de Universidad Francisco de Paula Santander.

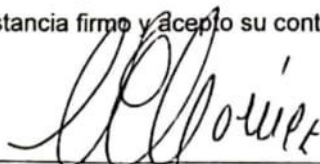
FECHA		
14	12	20

Yo, Carlos Eduardo Gomez Franco identificado(a) con el documento de identidad 13447569 de Cúcuta por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en la entrevista llevada a cabo dentro del proceso de investigación **"EFECTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZ DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN DE VENEZOLANOS (2019)"**. Por el cual los jóvenes **KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMIZAR Y MANUEL ALEJANDRO PEREZ VILLAN**, buscan optar por el título de **ABOGADO**, expedido por la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de entrevista y el propósito de su realización, además de ello recibí la información sobre la filmación y forma en que se utilizaran los resultados.

Doy mi consentimiento expreso para que los resultados sean conocidos por parte de la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** de Cúcuta.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.



FIRMA DEL PARTICIPANTE

Aviso Legal: La información contenida en este documento, será para el uso exclusivo de la Universidad Francisco de Paula Santander, quien será responsable por su custodia y conservación en razón de que contiene información de carácter confidencial o privilegiado. Esta información no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa de la Oficina de Organización y Métodos de Universidad Francisco de Paula Santander.

FECHA		
14	12	20

Yo, Fraida Alma Gomez P. S. identificado(a) con el documento de identidad 97601779 de Cúcuta por voluntad propia doy mi consentimiento para la participación en la entrevista llevada a cabo dentro del proceso de investigación **"EFECTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZO DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA PRODUCTO DE LA MIGRACIÓN DE VENEZOLANOS (2019)"**. Por el cual los jóvenes **KRISNED ANDREA BERNAL VILLAMZAR Y MANUEL ALEJANDRO PEREZ VILLAN**, buscan optar por el título de **ABOGADO**, expedido por la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**.

Manifiesto que recibí una explicación clara y completa del objeto del proceso de entrevista y el propósito de su realización, además de ello recibí la información sobre la filmación y forma en que se utilizaran los resultados.

Doy mi consentimiento expreso para que los resultados sean conocidos por parte de la **UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** de Cúcuta.

Hago constar que he leído y entendido en su totalidad este documento, por lo que en constancia firmo y acepto su contenido.

Fraida Alma Gomez P.
FIRMA DEL PARTICIPANTE

Erika Gómez P.
ENFERMERA PROFESIONAL
UDES
C.C. 27.601.779

Aviso Legal: La información contenida en este documento, será para el uso exclusivo de la Universidad Francisco de Paula Santander, quien será responsable por su custodia y conservación en razón de que contiene información de carácter confidencial o privilegiado. Esta información no podrá ser reproducida total o parcialmente, salvo autorización expresa de la Oficina de Organización y Métodos de Universidad Francisco de Paula Santander.

Anexo 10 Transcripción Protocolar.

S1 – María del Carmen Jiménez Osorio

Entrevistador (a): ¿Podría describir cómo ha sido el funcionamiento del área de Consulta Especializada del hospital con la atención de migrantes venezolanos?

María del Carmen: Cambios que yo sepa se siguen el procedimiento estándar, a ellos se les llama y se les asignan cita siempre a lo que necesiten, también con la disponibilidad que presenta, en tesorería, y con los jefes.

Entrevistador (a): ¿Podría describir si existen cambios en las políticas de atención con la atención de migrantes venezolanos?

María del Carmen: No ninguno, se han manejado los mismos métodos de atención, un poco más apretado con los horarios pero tratando de brindar la mejor atención tanto mis compañeras como yo.

Entrevistador (a): ¿Podría describir como se han llevado a cabo la recolección de la información de los migrantes venezolanos?

María del Carmen: los que se encuentran hospitalizados quedan guardados en el sistema y después se llaman y se les agenda cita, también los que son enviados por las EPS se les atiende, incluidos los que ponen tutela, también hay otros que son remitidos por fundaciones, o unas ONG`S que les hacen acompañamiento.

Entrevistador (a): ¿Ha participado activamente la alcaldía y/o la gobernación dentro de los planes de acción que busca la protección del derecho a la salud de los migrantes venezolanos?

María del Carmen: si, para que les brinden atención, a veces vienen fundaciones que están pendientes de las condiciones, hacen controles pero en general es el hospital que se encarga de todo.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta el presupuesto destinado para la atención, ¿usted cree que es necesario mayor presupuesto para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

María del Carmen: Si, más recursos, porque a veces son cosas que no cubre el hospital, ya que son tratamientos más caros y hay medicamentos y tratamientos que en Venezuela no se consiguen y entonces vienen a Colombia por dichas atenciones.

Entrevistador (a): De acuerdo a la capacidad operación del área de Consulta Especializada, ¿usted cree posible la atención de migrantes venezolanos irregulares que no estén afiliados al SGSSS?

María del Carmen: creo que no porque estamos con demasiados en este momento, ha habido reuniones donde lo hemos hablado, pero dicen que es la cantidad del trabajo que el gobierno ordena.

Entrevistador (a): ¿Cómo se realizan los Procesos de sustitución de acuerdo a la necesidad de recursos debido a la atención de migrantes venezolanas? ¿Cómo cree que debería llevarse?

María del Carmen: faltan algunos implementos en el hospital, pero en Consulta Especializada pues no se necesitan medicamentos, solo se les da la consulta y ya.

Entrevistador (a): ¿Cuáles son los servicios ofertados en el área de Consulta Especializada? ¿De qué tipo? ¿Existe integración vertical y horizontal?

María del Carmen: Ginecología, pediatría, oncología, la parte de curación, traumatología, existe integración con las demás sectores del hospital pues porque todos los pacientes son remitidos.

Entrevistador (a): ¿Cómo se han establecido los indicadores hospitalarios en el área de Consulta Especializada?

María del Carmen: no poseo mucho conocimiento acerca del tema, de eso se encarga las jefes, yo solo me ocupo de la atención y del soporte sobre los pacientes que me envían, para luego ser revisados y también ingresar la información en el sistema.

Entrevistador (a): ¿Cree usted que existe trabajo intersectorial entre los distintos centros de salud respecto a la atención de migrantes venezolanos?

María del Carmen: pues el trabajo se realiza de forma individual, el hospital trabaja por su cuenta, y de acuerdo a lo que nos envían atendemos.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta la capacidad operativa, ¿usted cree que es necesario un mayor número de personal para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

María del Carmen: No, por el momento no, hay días en los que estamos al tope de gente, de usuarios, y esto se vuelve muy estresante también porque entendemos que necesitan la ayuda, pero cada vez todo está peor, mire esto (señala fila de persona), por el Covid, por la pandemia se mantiene reducido, pero apenas se levante esas medidas será peor.

Entrevistador (a): ¿Han recibido carga laboral de los otros niveles de atención que maneja el hospital? ¿Qué tan seguido?

María del Carmen: si claro, bastante a veces, pues los usuarios son remitidos de urgencias y también los de neonatología y de las demás lados donde se requiere los servicios de Consulta Especializada.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta que se pronostica siga en aumento la llegada de migrantes venezolanos, ¿Qué medidas cree usted que se deberá implementar el hospital para seguir brindando Atención?

María del Carmen: si, que controle un poco las entradas de los migrantes para que no colapse el sistema de salud, porque si no se toman medidas que ayuden a que se organice la atención, porque como son tantos es difícil, y a nosotras nos toca un trabajo muy pesado.

Entrevistador (a): ¿Qué medidas cree usted debe tomar la administración municipal en cuanto a las redes de Atención Hospitalaria?

María del Carmen: creo que debería dar más presupuestos y manejar mejor la entrada de los migrantes a nuestro país, o que en ultimas se creen más centros de atención porque también siento que se le pide mucha gestión al hospital cuando hacemos hasta lo imposible, créame que sí.

S2 – Gladys Serrano Gelvez

Entrevistador (a): ¿Podría describir como ha sido el funcionamiento del área de Consulta Especializada del hospital con la atención de migrantes venezolanos?

Gladys Serrano: Excelente, se les presta toda la atención necesaria, aquí estamos a disposición y para ayudarlos.

Entrevistador (a): ¿Podría describir si existen cambios en las políticas de atención con la atención de migrantes venezolanos?

Gladys Serrano: No han cambiado, los venezolanos son atendidos de la misma manera que atendemos a los pacientes colombianos.

Entrevistador (a): ¿Podría describir como se han llevado a cabo la recolección de la información de los migrantes venezolanos?

Gladys Serrano: Muy buena, se les hace historia clínica con su respectiva carpeta, respecto a los recién nacidos se les pide el certificado de nacido vivo y en caso de no tenerlo, se hacen los tramites posibles, en general todo responde a procesos que planeación nos ordena para la caracterización.

Entrevistador (a): ¿Ha participado activamente la alcaldía y/o la gobernación dentro de los planes de acción que busca la protección del derecho a la salud de los migrantes venezolanos?

Gladys Serrano: Al contrario, se les ha ofrecido un servicio muy amplio, muy completo, la alcaldía ha estado a disposición incluso hay veces que se les prioriza más a ellos que a los mismos colombianos, pues esos son tramites más administrativos que realiza la alcaldía que permite que de alguna manera se les dé prioridad.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta el presupuesto destinado para la atención, ¿usted cree que es necesario mayor presupuesto para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

Gladys Serrano: Pienso que debería revisarse a quien se está beneficiando, más recursos para los venezolanos cuando nosotros acá necesitamos también no sé, pero la

verdad yo no sé, aunque hay mucha gente que necesita tanto colombianos como venezolanos, pero no sé cómo manejaran esa parte, pero pues toca revisar el tema en materia con los encargados de presupuesto.

Entrevistador (a): De acuerdo a la capacidad operación del área de Consulta Especializada, ¿usted cree posible la atención de migrantes venezolanos irregulares que no estén afiliados al SGSSS?

Gladys Serrano: Aunque no estén afiliados se les atienden, aunque ellos a veces deben pagar alguna consulta con un especialista y eso ya es un precio fijo para todos, pues el derecho a la salud es para todos.

Entrevistador (a): ¿Cómo se realizan los Procesos de sustitución de acuerdo a la necesidad de recursos debido a la atención de migrantes venezolanas? ¿Cómo cree que debería llevarse?

Gladys Serrano: El proceso está bien y en los casos que ocurre, se busca algún medicamento con la misma composición pero de otro laboratorio ya sea genérico o no y se les otorga porque de verdad lo necesitan.

Entrevistador (a): ¿Cuáles son los servicios ofertados en el área de Consulta Especializada? ¿De qué tipo? ¿Existe integración vertical y horizontal?

Gladys Serrano: se les ofrece de todo, en cualquier tipo de consulta, ya sea para una cirugía de mano, cirugía general y en estos momentos más que todo están ginecología y lo de pediatría y medicina general.

Entrevistador (a): ¿Cómo se han establecido los indicadores hospitalarios en el área de Consulta Especializada?

Gladys Serrano: En estos momentos se han implementado algunos nuevos, como un área especial para los pacientes con COVID 19, que es una zona roja donde se les aísla para que no contagien a los demás, los indicadores están divididos por las especialidades que aquí se encuentran, se atienden, se registran los pacientes de pediatría, ginecología, cardiología y así y las horas atendidas.

Entrevistador (a): ¿Cree usted que existe trabajo intersectorial entre los distintos centros de salud respecto a la atención de migrantes venezolanos?

Gladys Serrano: Si claro, cuando son remitidos al hospital por urgencias, sobre todo de La Parada, generalmente aquí en el hospital llega todo el flujo de venezolanos atendidos en los centros de salud de las comunas.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta la capacidad operativa, ¿usted cree que es necesario un mayor número de personal para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

Gladys Serrano: No, por el momento estamos bien, días como hoy por el covid esta baja la atención, pero la mayoría del tiempo estamos al tope en cuanto a la atención, por eso considero que no, mejor no.

Entrevistador (a): ¿Han recibido carga laboral de los otros niveles de atención que maneja el hospital? ¿Qué tan seguido?

Gladys Serrano: A veces, no todos los días, pero de igual manera se responde entre todos, las auxiliares nos repartimos el trabajo, los jefes también muchas veces ayudan, los médicos también tienen disposición de ayudar atendiendo más pacientes.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta que se pronostica siga en aumento la llegada de migrantes venezolanos, ¿Qué medidas cree usted que se deberá implementar el hospital para seguir brindando Atención?

Gladys Serrano: Podría ser en la parte estructural más espacios y más personal en el dado que eso llegue a ocurrir, porque si nos hemos llegado a quedar pequeños, muchas veces, bueno, no en todos los casos, pero si por especialidades como en obstetricia, es muy complicado la atención y conseguir un cita, peor ni le digo.

Entrevistador (a): ¿Qué medidas cree usted debe tomar la administración municipal en cuanto a las redes de Atención Hospitalaria?

Gladys Serrano: Personalmente creo que debería cerrar la frontera, porque nos estamos contagiando de muchas enfermedades y darle más importancia a la salud de los colombianos que también necesitan la atención y sobre todo a la niñez colombiana, a la mujeres que están gestación.

S3 – María Mercedes García Olarte

Entrevistador (a): ¿Podría describir como ha sido el funcionamiento del área de Consulta Especializada del hospital con la atención de migrantes venezolanos?

María Mercedes: Se les están dando bastantes beneficios, les han pagado todo, el instituto los colabora con los exámenes en lo que es urgencias, Consulta Especializada, y en estos momentos hay una ONG para los venezolanos, a las madres que están gestación se les colabora en todo.

Entrevistador (a): ¿Podría describir si existen cambios en las políticas de atención con la atención de migrantes venezolanos?

María Mercedes: siempre está en prioridad el venezolano más que el colombiano, debido a la gestión de ayudas que se realizan, llegan más para venezolanos y por eso son más atendidos, pero en general también está bien los colombianos.

Entrevistador (a): ¿Podría describir como se han llevado a cabo la recolección de la información de los migrantes venezolanos?

María Mercedes: Es el mismo proceso para todos de ingreso, lo que necesiten, cualquier examen se manda interconsultas o correos al instituto y ellos colaboran en todo lo que es posible, al crear las carpetas los médicos señalan los procedimientos clínicos necesarios que los pacientes necesitan.

Entrevistador (a): ¿Ha participado activamente la alcaldía y/o la gobernación dentro de los planes de acción que busca la protección del derecho a la salud de los migrantes venezolanos?

María Mercedes: pues la representante de los usuarios del hospital está muy pendiente de las quejas, porque eso si ellos llegan exigiendo que aquí se les debe dar, también existen varias ONG para las madres gestantes y se les brinda toda la atención.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta el presupuesto destinado para la atención, ¿usted cree que es necesario mayor presupuesto para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

María Mercedes: creería que si porque a veces necesitan varios exámenes el instituto no puede con todos, no se si no alcanza el dinero o no los cubren, sobre todo en la parte de urgencias, aquí en Consulta Especializada tratamos de defendernos con lo que nos dan, pero casi siempre quedamos en apuros.

Entrevistador (a): De acuerdo a la capacidad operación del área de Consulta Especializada, ¿Usted cree posible la atención de migrantes venezolanos irregulares que no estén afiliados al SGSSS?

María Mercedes: se les atienden también a los que tienen ARS, así que si, deberían afiliarse más para que se les pueda brindar la atención requerida, pero claro el instituto Departamental de Salud debe realizar los pagos de todas esas atenciones para que el hospital no decaiga económicamente.

Entrevistador (a): ¿Cómo se realizan los Procesos de sustitución de acuerdo a la necesidad de recursos debido a la atención de migrantes venezolanas? ¿Cómo cree que debería llevarse?

María Mercedes: los procesos de sustitución más que todo se llevan a cabo de farmacología, nosotros solo remitimos, casi siempre hay disponibilidad de medicamentos, cuando no los hay es porque son caros o son de esos medicamentos para el tratamiento de enfermedades muy graves.

Entrevistador (a): ¿Cuáles son los servicios ofertados en el área de Consulta Especializada? ¿De qué tipo? ¿Existe integración vertical y horizontal?

María Mercedes: Todas las especialidades, ginecología, ortopedia, cirugía pastica, traumatología, psicología, psiquiatría, dermatología, neurocirugía, todos los especialistas, la integración es bajo mando de la jefe de Consulta Especializada y la subgerencia de salud.

Entrevistador (a): ¿Cómo se han establecido los indicadores hospitalarios en el área de Consulta Especializada?

María Mercedes: los indicadores son sacados a partir de la gestión realizada, mejor dicho de las planillas como esta (señala una), en donde se escriben el total de pacientes y médicos que atendieron, así como del personal de apoyo, funciona también de reporte para el sistema a los jefes acerca de la gestión.

Entrevistador (a): ¿Cree usted que existe trabajo intersectorial entre los distintos centros de salud con el hospital respecto a la atención de migrantes venezolanos?

María Mercedes: pues de manera general creería que sí porque a ellos se les remite, pero en realidad muchos se aprovechan del apoyo o se aceleran y deciden entrar por urgencias para que los remitan aquí, y pues el trabajo que puede que realicen los centros de salud no se ve aquí porque los usuarios no lo demuestran.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta la capacidad operativa, ¿usted cree que es necesario un mayor número de personal para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

María Mercedes: claro, ya que a veces no se da abasto con el personal actual, mire aquí como estamos, estoy respondiéndole y llega una tras de otra niña a preguntarme sobre papeleo y a donde ir, yo estoy a cargo en esta jornada de 6 consultorios, cada uno atendiendo a 15 o 20 pacientes, es complejo, si se necesita más.

Entrevistador (a): ¿Han recibido carga laboral de los otros niveles de atención que maneja el hospital? ¿Qué tan seguido?

María Mercedes: sí claro, hay un poco más trabajo que antes, ahora con la pandemia ha sido un respiro pues porque por las medidas de bioseguridad no podemos atenderlos a todos, pero

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta que se pronostica siga en aumento la llegada de migrantes venezolanos, ¿Qué medidas cree usted que se deberá implementar el hospital para seguir brindando Atención?

María Mercedes: Si, ampliar la capacidad, recursos, concientizar a os venezolanos que no es obligatorio prestar ciertos servicios, ya que ellos llegan a veces exigiendo de mala forma medicamentos cirugías, controles, cuando el hospital carece de algunas áreas específicas y es imposible brindar esas atenciones o medicamentos.

Entrevistador (a): ¿Qué medidas cree usted debe tomar la administración municipal en cuanto a las redes de Atención Hospitalaria?

María Mercedes: Que trabajen o pongan atención a la gente colombiana, ya que a vece se prioriza la atención a los migrantes dejando de lado a la población nacional.

S4 – Carlos Eduardo Gómez Franco

Entrevistador (a): ¿Podría describir como ha sido el funcionamiento del área de Consulta Especializada del hospital con la atención de migrantes venezolanos?

Carlos Eduardo: En lo que mi especialidad de ginecobstetricia y mi atención de maternas de parto o de cesarea en migrantes yo considero que en el Hospital Erazmo Meoz, la atención a este grupo de personas es muy bueno, es muy humano, es muy afectivo y es de un alto nivel especialista los que los atendemos y realmente el Hospital Erasmo Meoz casi que es la casa de los migrantes en Cúcuta y en Colombia.

Entrevistador (a): ¿Podría describir si existen cambios en las políticas de atención con la atención de migrantes venezolanos?

Carlos Eduardo: Realmente desde el punto de vista hablar de políticas de migrantes realmente no es mi espacio, ni es pertinente en mí, yo le puedo hablar de la parte medica en el hospital el migrante es atendido muy bien y el hospital tiene el compromiso de cumplir con dicha población tanto es así que mi trabajo es muy agradable y me prestan todo lo que yo necesito para este tipo de atención de maternas que han tenido nuestra atención en el hospital

Entrevistador (a): ¿Podría describir como se han llevado a cabo la recolección de la información de los migrantes venezolanos?

Carlos Eduardo: Si, desde el punto de vista médico, el ejercicio se hace de manera completa, historia clínica, antecedentes, exámenes de diagnóstico y tratamientos pertinentes de acuerdo a la necesidad y de acuerdo a la patología, realmente se les presta un tratamiento integral desde el punto de vista médico sin ningún tipo de restricciones, la verdad yo no tengo limitaciones en lo de mi trabajo ni en lo que el paciente necesita igual después tiene que hacer los trámites administrativos para lograr lo que yo cómo medico solicito porque lo necesita.

Entrevistador (a): ¿Ha participado activamente la alcaldía y/o la gobernación dentro de los planes de acción que busca la protección del derecho a la salud de los migrantes venezolanos?

Carlos Eduardo: pues yo he asistido a charlas donde se menciona la atención que la alcaldía y también la gobernación le está dando a la migración, también se están vinculando fundaciones internacionales que ayudan económicamente a los migrantes, pero oficialmente si puedo manifiesta que la atención en salud se está dando, están adelantando planes de acción en zonas como la parada.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta el presupuesto destinado para la atención, ¿usted cree que es necesario mayor presupuesto para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

Carlos Eduardo: Se supone que el alto flujo de pacientes necesitados de nuestra atención y que crece cada día más a partir de las mayores dificultades de Venezuela cada día pues me imagino que los recursos en últimas siempre faltaran o siempre se necesitaran más recursos porque la demanda es cada día mayor, pero hasta el momento lo que yo he vivido como ginecólogo es que he tenido lo de desarrollar mi trabajo perfectamente.

Entrevistador (a): De acuerdo a la capacidad operación del área de Consulta Especializada, ¿usted cree posible la atención de migrantes venezolanos irregulares que no estén afiliados al SGSSS?

Carlos Eduardo: Pues lo ideal es que si los atendemos y consideramos que requieren un tratamiento pues lo ideal sería darle el tratamiento completo, sin embargo entendemos que también tenemos una gran población colombiana necesitada y qué a veces pues los recursos no alcanzan pa' cubrir nuestra verdadera obligación colombiana, también adolecerán de ciertas cosas para la población migrante pero lo ideal sería todos los colombianos y que todos los migrantes tengan todo lo que necesitan de salud por que la salud es un bien que hay que darlo y es una obligación del estado.

Entrevistador (a): ¿Cuáles son los servicios ofertados en el área de Consulta Especializada? ¿De qué tipo? ¿Existe integración vertical y horizontal?

Carlos Eduardo: No conozco detalles exactos de la estructura del hospital en este tipo de atención, lo que yo le puedo decir es que ginecología y obstetricia hace su trabajo y atiende los migrantes y cumple lo que se ha comprometido.

Entrevistador (a): ¿Cómo se han establecido los indicadores hospitalarios en el área de Consulta Especializada?

Carlos Eduardo: Igual como todo hay estadísticas de todo, entonces pues de acuerdo a la población a los números de acuerdo a los diagnósticos, pues se van haciendo los diferentes conceptos acerca de lo que se está atendiendo lo más frecuente, lo más delicado lo que produce más morbilidad, más mortalidad, más gastos etc., etc. por eso lo van dando día a día y la atención de los pacientes más los diagnósticos y tratamientos.

Entrevistador (a): ¿Cree usted que existe trabajo intersectorial entre los distintos centros de salud con el hospital respecto a la atención de migrantes venezolanos?

Carlos Eduardo: Sí señor, pues lógicamente hay en algunos momentos ciertos tipos de trabas, cierto tipo de dificultades, el hospital Erasmo meoz, atiende a la población migrante que lo necesita pero una vez solucionada la dificultad el paciente no debe volver al hospital excepto en un caso de verdadera urgencia de resto es devuelto o para la unidad básica o para la IPS o EPS que tiene la obligación de atenderlo a los puestos de migrantes que han sido creados realmente para ellos con toda la ayuda nacional e internacional, es decir, el hospital le presta la atención hospitalaria de relativa urgencia y de resto van a la red externa que tiene menos riesgo y que atiende a los pacientes ambulatorios.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta la capacidad operativa, ¿usted cree que es necesario un mayor número de personal para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

Carlos Eduardo: Igual el personal que se necesita estará directamente ligado en el volumen hay momentos donde el volumen es más alto, o el volumen es un poco menor todo dado por las condiciones de la frontera, el puente, de la trocha, etc., etc. pero en los canales de atención en salud dependiendo de los números se debe contratar más o menos personajes adiestrados en la atención en salud de los pacientes entonces hay momentos en los que usted ve que no hay tanta congestión que no se necesita tanta gente como hay momentos donde hay mucha congestión y falta personal humano calificado para atenderlo, pero muy dinámico eso es como del día a día.

Entrevistador (a): ¿Han recibido carga laboral de los otros niveles de atención que maneja el hospital? ¿Qué tan seguido?

Carlos Eduardo: por ejemplo, hoy ha sido un día de trabajo intermedio no es saturado, pero tampoco ha estado fácil, simplemente se atiende de acuerdo a la demanda, pero aquí estamos, sino hubo trabajo hasta las 10 aquí tenemos que estar hasta las 12 o 1, esperando que llegará otro paciente. El Hospital Erasmo Meoz realmente es la casa de los migrantes de Cúcuta esto aquí a pesar de las necesidades de la pandemia del COVID, etc, hay espacio para ellos.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta que se pronostica siga en aumento la llegada de migrantes venezolanos, ¿Qué medidas cree usted que se deberá implementar el hospital para seguir brindando Atención?

Carlos Eduardo: Se supone que por las condiciones de nuestro vecino Venezuela que aparentemente no han mejorado, sino que tienden a empeorar pues lógicamente que de manera natural los vecinos donde ellos van a resultar va a ser Colombia y en particular Cúcuta que es la puerta de entrada, lógicamente se supone que con el tiempo va a aumentar la necesidad de atención para este tipo de población migrante, qué tendrá qué hacer el hospital deberá ir lenta y progresivamente creciendo, en los puntos de atención principal, en la parte de pediatría, la parte de ginecología, la Consulta Especializada etc, pero eso crecerá de acuerdo a la demanda pero si nos tenemos que preocupar porque vamos a tener que crecer ese problema yo no creo que tenga una solución a muy corto plazo.

Entrevistador (a): ¿Qué medidas cree usted debe tomar la administración municipal en cuanto a las redes de Atención Hospitalaria?

Carlos Eduardo: Control de todos los ingresos de migrantes que requieran nuestra ayuda, pero que por venir a beneficiarse de nuestra ayuda y no haber un verdadero control sanitario nos puedan traer enfermedades de ellos para contaminar a nuestra gente colombiana, entonces, yo pienso que la alcaldía debe tener mucho más control de los ingresos de migrantes, deben tener más orden en las calles con respecto a los migrantes y a la población flotante cucuteña y con base en eso disminuir todos los riesgos de salud de ellos mismos y de nosotros los cucuteños.

S5 – Erika Alina Gómez Pérez

Entrevistador (a): ¿Podría describir como ha sido el funcionamiento del área de Consulta Especializada del hospital con la atención de migrantes venezolanos?

Erika Alina: La consulta se puede describir de una manera oportuna y excelente diría yo, ya que se le brinda la cita de Consulta Especializada de manera casi de inmediata de acuerdo a la normatividad y procedimiento que maneja la subgerencia administrativa.

Entrevistador (a): ¿Podría describir si existen cambios en las políticas de atención con la atención de migrantes venezolanos?

Erika Alina: Si hubo un tipo de ajustes para la prestación de atención de acuerdo a la visita del ministro de la protección social, donde se delegó responsabilidad a la alcaldía, a las EPS, y se ordenó mejor trabajo intersectorial, a grandes rasgos eso, pero cambio en métodos de atención no se presentaron.

Entrevistador (a): ¿Podría describir como se han llevado a cabo la recolección de la información de los migrantes venezolanos?

Erika Alina: Pues la base de nosotros es una sola, el sistema de información dinámica que queda en el hospital queda registrado absolutamente toda la prestación del servicio a migrantes venezolanos, la cual se construye a partir de los informes elaborados en las consultas, con la cual también se realizan los procesos de caracterización y en los informes trimestrales, las proyecciones respecto a la atención.

Entrevistador (a): ¿Ha participado activamente la alcaldía y/o la gobernación dentro de los planes de acción que busca la protección del derecho a la salud de los migrantes venezolanos?

Erika Alina: las medidas de atención solo se realizan de acuerdo a la normatividad y a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social,

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta el presupuesto destinado para la atención, ¿usted cree que es necesario mayor presupuesto para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

Erika Alina: No manejo presupuesto, entonces no podría responder esta pregunta, pero creería que se debe reorganizarse.

Entrevistador (a): De acuerdo a la capacidad operación del área de Consulta Especializada, ¿usted cree posible la atención de migrantes venezolanos irregulares que no estén afiliados al SGSSS?

Erika Alina: Sí, la instalación está capacitada para la atención de grandes grupos poblacionales, aunque en este momento estemos en alerta roja producto de la pandemia COVID-19, si poseemos capacidad operativa para atender a más usuarios.

Entrevistador (a): ¿Cómo se realizan los Procesos de sustitución de acuerdo a la necesidad de recursos debido a la atención de migrantes venezolanas? ¿Cómo cree que debería llevarse?

Erika Alina: respecto a los procesos de sustitución esa función principalmente es de farmacología, lo que nosotros hacemos es de acuerdo a lo que ordene el Galeano, bueno, lo que ordene el médico especialista pasar los informes y pues ellos allá tiene sus procedimientos para actuar.

Entrevistador (a): ¿Cuáles son los servicios ofertados en el área de Consulta Especializada? ¿De qué tipo? ¿Existe integración vertical y horizontal?

Erika Alina: Servicios de objetivizada, ginecología, obstetricia, gastrointestinal, cirugía vascular, cirugía pediátrica, neurocirugía, neurología e infinidad casi que tenemos

todas las especialidades y sub especialidades, y como centro hospitalario de nivel tres, la tecnología para brindar diagnósticos certeros.

Entrevistador (a): ¿Cómo se han establecido los indicadores hospitalarios en el área de Consulta Especializada?

Erika Alina: Se establece de acuerdo al aplicativo dinámico dentro de la plataforma del Hospital, y ahí uno adquiere toda la información para la socialización para la fijación en indicadores, y sí manejamos indicadores de Consulta Especializada y demás servicios, enfocados a los factores necesarios para su funcionamiento, como de recursos humanos, de estructura y demás.

Entrevistador (a): ¿Cree usted que existe trabajo intersectorial entre los distintos centros de salud con el hospital respecto a la atención de migrantes venezolanos?

Erika Alina: No, en conjunto en algún momento se debe trabajar ya que ellos son, los que referencian al hospital y el hospital hace la prestación del servicio, ellos solo remiten al servicio de urgencias, a nosotros nos referencian las EPS junto con las autorizaciones para la prestación del servicio, pero unidades básicas de atención es por urgencias.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta la capacidad operativa, ¿usted cree que es necesario un mayor número de personal para el cumplimiento en la atención en migrantes venezolanos?

Erika Alina: En este momento no, por la alerta roja entonces no demanda tanto funcionario porque no hay tanta demanda de usuarios, sin embargo, hay trimestres donde hay más cantidad de usuarios y pocos médicos especialistas disponibles, entonces toca

cuadrar y establecer horarios tanto para los usuarios como para los médicos y las auxiliares de Consulta Especializada.

Entrevistador (a): ¿Han recibido carga laboral de los otros niveles de atención que maneja el hospital? ¿Qué tan seguido?

Erika Alina: No, está establecido de acuerdo a la norma del servicio, en Consulta Especializada se brindan servicios ambulatorios especializados.

Entrevistador (a): Teniendo en cuenta que se pronostica siga en aumento la llegada de migrantes venezolanos, ¿Qué medidas cree usted que se deberá implementar el hospital para seguir brindando Atención?

Erika Alina: yo creo que se está desarrollando un buen trabajo, brindamos el servicio hasta donde podemos y nuestra capacidad lo permite, si hablamos de medidas, creo que eso es más revisión de la subgerencia administrativa.

Entrevistador (a): ¿Qué medidas cree usted debe tomar la administración municipal en cuanto a las redes de Atención Hospitalaria?

Erika Alina: que en lo posible sean más afiliados los migrantes al Sistema de Salud, pues porque nos facilitaría más los trámites, realizándolos por paciente con las EPS, que a través de un conglomerado por trimestre con la alcaldía.