

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS MIGRANTES VENEZOLANOS IRREGULARES:  
UNA MIRADA ANALÍTICA SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEY 1751 DE 2015 EN EL  
HOSPITAL ERASMO MEOZ DE CÚCUTA

NIXON ALFREDO URIBE CONTRERAS

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES  
PROGRAMA DERECHO  
VILLA DEL ROSARIO

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS MIGRANTES VENEZOLANOS IRREGULARES:  
UNA MIRADA ANALÍTICA SOBRE A LA APLICACIÓN DE LA LEY 1751 DE 2015 EN EL  
HOSPITAL ERASMO MEOZ DE CÚCUTA

NIXON ALFREDO URIBE CONTRERAS

PRESENTADO A:

JURADOS

ASESOR

NÓRIDA JAIMES DAZA

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE ARTES Y HUMANIDADES  
PROGRAMA DERECHO  
VILLA DEL ROSARIO

2020

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del jurado 1**

---

**Firma del jurado 2**

---

**Firma del jurado 3**

---

## **Dedicatoria**

A mis padres, Martha y Alfredo quienes siempre me impulsan a ser un mejor ser humano.

### **Agradecimientos**

Al equipo jurídico y administrativo del Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, por abrir sus puertas para palpar la realidad del sistema de salud en esta región del país.

## Contenido

	<b>pág.</b>
Introducción	10
Resumen	14
Abstract	15
Capítulo I. Planteamiento del Problema	16
1.1 Descripción del Problema	16
1.2 Formulación del Problema	19
1.3 Objetivos	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 Justificación	21
Capítulo II. Marco Teórico	244
2.1 Estado del Arte	24
2.2 Derecho a la Salud	31
2.3 Migración	35
2.4 Legislación en Colombia	41
2.5 Jurisprudencia sobre el Derecho a la Salud en Colombia	466
Capítulo III. Metodología	59
3.1 Tipo de Investigación	59
3.2 Instrumentos de Recolección de Datos	60
3.3 Análisis de la Información	61
3.4 Población y Muestra	61

3.5 Resultados Esperados	61
Capítulo IV. Resultados	63
4.1 Diagnóstico de la Situación Socio-Jurídica de los venezolanos con Estatus Irregular desde la Vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el Año 2018 en el Hospital Erasmo Meoz de la Ciudad de Cúcuta	63
4.2 Aplicación y Eficacia de la Ley 1751 de 2015 en la Ciudad de Cúcuta Respecto al Acceso al Derecho Fundamental a la Salud de los Migrantes Venezolanos con Estatus Irregular Durante el Periodo 2015-2018	73
4.3 Aspectos Socio-Jurídicos que Determinan el Acceso de los Migrantes Venezolanos con Estatus Irregular al Derecho Fundamental a la Salud	78
5. Conclusiones	83
6. Recomendaciones	85
7. Anexos	86
Referencias Bibliográficas	94

**Lista de Tablas**

	<b>pág.</b>
Tabla 1. Consolidado periodo 2015-2018 Hospital Erasmo Meoz	63
Tabla 2. Resumen facturación población venezolana	64



**Lista de Figuras**

	<b>pág.</b>
Figura 1. Comportamiento facturación población extranjera	65
Figura 2. Marco legal del Hospital Erasmo Meoz	73

**Lista de Anexos**

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencia 2015	86
<b>Anexo B.</b> Facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencia 2016	86
<b>Anexo C.</b> Facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencia 2017	88
<b>Anexo D.</b> Facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencia 2018	89
<b>Anexo E.</b> Resumen facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencias 2015 al 2019	89
<b>Anexo F.</b> Formato Encuesta	89
<b>Anexo G.</b> Encuesta diligenciada	91
<b>Anexo H.</b> Evidencias aplicación encuesta	93

## Introducción

El fenómeno de la migración de venezolanos hacia Colombia y otros países del continente suramericano, viene causando consecuencias en la estructura organizativa, así como en los recursos de las entidades territoriales. En el caso de Cúcuta, uno de los principales pasos fronterizos, la llegada de venezolanos en situación irregular, es decir sin acreditar ningún documento de identidad que legalice su permanencia en el país, ha generado consecuencias en la financiación y las condiciones de la prestación del servicio de salud debido a que, la cantidad de usuarios ha aumentado exponencialmente.

La situación de inestabilidad política, económica y social que ha atravesado Venezuela en los últimos años, ha causado una cruzada masiva por parte de sus habitantes hacia distintos países del continente, entre ellos Colombia. Según los datos de Migración Colombia (2019) hacia noviembre del 2018 ya había un millón de venezolanos radicados en el territorio nacional. La frontera nortesantandereana con Venezuela, especialmente los municipios de Cúcuta y Villa del Rosario se convirtieron en dos de los focos de entrada con mayor afluencia de migrantes, allí los extranjeros generalmente ingresan sin la documentación que les permita contar con un estatus migratorio legal. Estos migrantes, en condiciones deplorables de salud, llegan a las instituciones médicas en Cúcuta, buscando atención de urgencias o para tratamientos de alto costo, pero no cuentan con ningún servicio médico legal reconocido, generando un impacto no solo social, sino económico en las finanzas de la salud de la ciudad.

El Hospital Erasmo Meoz, en sus registros evidencia un incremento cercano al 1.000% en la cantidad de atenciones dirigidas a usuarios extranjeros en el periodo 2015-2018<sup>1</sup>, el aumento se

---

<sup>1</sup> Cifras proporcionadas por el área de cartera del Hospital Erasmo Meoz.

presentó no solo en la atención a: 1). urgencias vitales; 2). consultas externas; 3). Nacimientos e; 4). intervenciones quirúrgicas sino también a; 5). tratamiento de enfermedades de alto costo, entre otras. El Estado colombiano tiene la obligación de cumplir no solo el mandato constitucional, que implica garantizar la vida<sup>2</sup> y el acceso gratuito a la atención básica en salud<sup>3</sup>, también los preceptos jurisprudenciales frente al derecho a la salud, sino que además debe satisfacer el objetivo principal de la Ley 1751 de 2015 que es “(...), *garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección*” (artículo 1), lo cual ha impactado económicamente las finanzas públicas en aras de garantizar este derecho y sus principios como la disponibilidad, accesibilidad, calidad o universalidad, entre otros (Ley 1751, 2015, artículo 7).

En este trabajo se estudiará la problemática derivada del impacto migratorio y la garantía del derecho fundamental a la salud, en el capítulo primero se describe la formulación, la justificación y objetivos que sustentan la monografía, en el capítulo segundo se desarrolla el marco referencial con el estado del arte, las bases teóricas y legales de la temática. Así mismo, en el capítulo tercero se describe el diseño metodológico desarrollado para recolectar y analizar la información.

Entretanto en el capítulo cuarto se describe el diagnóstico socio-jurídico de los migrantes venezolanos con estatus irregular desde la vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el año 2018 en el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta. En el capítulo quinto se examina la aplicación y eficacia de la Ley 1751 de 2015 en la ciudad de Cúcuta respecto al acceso al derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos con estatus irregular durante el periodo 2015-2018. En el capítulo sexto se indaga con los funcionarios del Hospital Erasmo Meoz sobre los aspectos socio-jurídicos que determinan el acceso de estas personas a la atención en salud.

---

<sup>2</sup> Artículo 11, Constitución Política de Colombia.

<sup>3</sup> Artículo 49, Constitución Política de Colombia.

Finalmente se exponen las conclusiones obtenidas con la investigación, correspondientes a la resolución de cada objetivo trazado, y además las recomendaciones para hacer seguimiento del tema en futuras investigaciones. En las últimas páginas se enlistan las referencias consultadas para quien desee profundizar o contextualizar en el estudio del problema.

## Resumen

El objetivo principal de la presente monografía consiste en realizar un análisis socio-jurídico en el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, sobre el acceso al derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos con estatus irregular a partir de la vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el año 2018, más específicamente desde el período comprendido entre Febrero de 2015 y Diciembre de 2018. La metodología aplicada tiene enfoque mixto del tipo descriptivo, las técnicas de recolección de información aplicadas fueron la revisión bibliográfica, la entrevista a profundidad --*con directivos y funcionarios del área de cartera del Hospital Erasmo Meoz, así como con el director del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander*-- y la encuesta con habitantes venezolanos, información que fue sistematizada e interpretada a través de la técnica del análisis de contenido. Los resultados de la monografía muestran que los migrantes en situación irregular, según lo establecido en el Decreto 4747 de 2007, solo tienen garantizado el acceso a los servicios de urgencias iniciales, aunque también han contado con otras atenciones y herramientas que no los dejan desprotegidos en cuanto al cumplimiento de su derecho a la salud.

**Palabras Claves:** derecho fundamental a la salud, acceso a la salud, migración venezolana, estatus irregular, Ley 1751 de 2015.

### **Abstract**

The main goal of this research is to carry out a legal and social analysis at the Erasmo Meoz Hospital in the city of Cúcuta, Norte de Santander about the access to the fundamental right to health of Venezuelan migrants with irregular status from the validity of the law 1751 in a lapsus since 2015 to 2018. The applied methodology has a mixed approach of the descriptive type. The information was collected by techniques such bibliographic review, extended interview with executives in the hospital and the director of the Departmental Institute of Health in the state. Also, the research included a survey with Venezuelan immigrants, information systematized and interpreted through the content analysis technique. The conclusion of the investigation shows that migrants in an irregular situation, as established in Decree 4747 of 2007, have only access guaranteed to the initial emergency services, although, they have other services and tools to complemented them right to received medical attendant.

**Key words:** fundamental right to health, access to health, Venezuelan migration, irregular status, Law 1751 of 2015.

## Capítulo I. Planteamiento del Problema

### 1.1 Descripción del Problema

La situación de inestabilidad política, económica y social que ha atravesado Venezuela en los últimos años, ha causado una migración masiva hacia Colombia, según los datos entregados por el Comunicado Oficial del 19 de Diciembre de Migración Colombia (2018) hacia noviembre del 2018 ya había un millón de venezolanos radicados en el territorio nacional, siendo de especial relevancia los pasos fronterizos de Cúcuta y Villa del Rosario, por los cuales atraviesan diariamente cientos o miles de migrantes, sin acreditar necesariamente un documento legal de ingreso.

Frente a esta realidad el Gobierno nacional ha diseñado mecanismos de registro e identificación transitorios como el Permiso Especial de Permanencia (PEP) o la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF), sin embargo, de acuerdo con las cifras del Comunicado Oficial del 18 de julio de Migración Colombia (2018) al menos el 40% se instalan de forma permanente en el país sin formalizar su estatus, lo cual compromete su acceso a los servicios de salud complejos, reduciendo sus oportunidades de recibir una atención integral.

Por su parte la infraestructura médica de la ciudad de Cúcuta se ha visto desbordada en términos de recursos físicos, humanos y financieros, debido al incremento constante de los migrantes extranjeros que solicitan atención en urgencias de adultos o pediátricas, quirofanos, consulta externa o tratamiento para enfermedades de alta complejidad, solo durante el 2018 fueron 14 mil personas atendidas (Hospital Universitario Erasmo Meoz, 2018). En esa medida Colombia



garantiza la atención integral en Urgencias debido a lo establecido en el artículo 168<sup>4</sup> de la ley 100 de 1993, así como lo definido en el artículo 67<sup>5</sup> de la Ley 715 de 2001 o la Ley 1751 de 2015 que reconocen en el derecho a la salud, otros derechos esenciales como los de la vida y la dignidad, aunque no obstante evitan avanzar hacia otros niveles más complejos de atención, llegando a estar en riesgo la integridad de los migrantes.

La Corte Constitucional se ha pronunciado al respecto, al señalar en la Sentencia T-210 de 2018<sup>6</sup> que el Estado “debe garantizar la atención progresiva a los migrantes”, sin dejar de reconocer que esa meta requiere de grandes esfuerzos según la disponibilidad de recursos que no pongan en riesgo al sistema. Así mismo han surgido reacciones institucionales tales como: el Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio del Ministerio de Salud (2018), los Decretos 780 de 2016 y 1288 de 2018, así como la circular 025 de 2017 del Ministerio de Salud donde se identifica a los migrantes como sujetos de especial protección sin importar la situación de irregularidad que estos ostentan, puesto que la Corte Constitucional ha recomendado que el Estado revise “las normas actuales que exigen que los migrantes formalicen su situación en el país para poder acceder a beneficios y servicios básicos” (Sentencia T-210, 2018).

Por el contrario, en un precedente establecido por la Sentencia SU-677 de 2017<sup>7</sup>, se había definido que “el deber del Estado colombiano de garantizar algunos derechos fundamentales de

---

<sup>4</sup> ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. *La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento (Ley 100, 1993).*

<sup>5</sup> ATENCIÓN DE URGENCIAS. *La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro (Ley 715, 2001).*

<sup>6</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. (i) T-6578193 y (ii) T-6578985, MP: Gloria Estella Ortiz Delgado.

<sup>7</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Expediente T-5.860.548, MP: Gloria Stella Ortiz Delgado.

los extranjeros con permanencia irregular en el territorio es limitado”, frente a esas posiciones encontradas y la presión que ha establecido el fenómeno migratorio sobre el sistema de salud nacional, es necesario profundizar en el análisis del derecho a la salud de los venezolanos que han llegado a Cúcuta en el último trimestre de 2018 y cuentan con estatus irregular.

Algunas de las complicaciones de salud de los migrantes que han llevado a activar el servicio de urgencias o la atención médica dentro del territorio Colombiano y específicamente en el casco fronterizo de Norte de Santander --Cúcuta y Villa del Rosario--, no provienen solamente de virus simples tales como la gripe, la fiebre o las intoxicaciones alimentarias, sino que también involucran brotes epidémicos de malaria, tuberculosis, dengue o sarampión (Secretaría de Salud Municipal, 2018) que representan además de un riesgo de contagio para los Colombianos, un desgaste de los recursos propios del sistema de salud, puesto que, el tratamiento de dichas afecciones demanda no solo una intervención médica compleja sino una inversión económica considerable al estimarse las mismas como patologías de alto costo.

En la misma línea se encuentra que también están quienes son pacientes de enfermedades catastróficas así como el cáncer, leucemia o el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que debieron huir de su país y que ahora buscan la manera de acceder a tratamientos de alto costo que les permita garantizar su supervivencia (Minsalud, 2018).

Otro de los aspectos problemáticos es que el Estado según el marco legal vigente debe propender por la atención en salud preventiva con enfoque de salud pública, un objetivo ideal que no ofrece cobertura a los migrantes sin documentación legal, quienes acceden de forma fragmentada a las campañas de vacunación o de examinación, pero que permanecen en un estado incierto frente al cumplimiento de sus derechos, mientras la Corte Constitucional<sup>8</sup> sigue

---

<sup>8</sup> Sentencia C-767 de 2014, Ref.: Expediente D-10145, MP: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

requiriendo la aplicación del principio constitucional de solidaridad respecto a los casos que afectan la vida, la dignidad y el acceso a la salud de los migrantes.

## 1.2 Formulación del Problema

¿Qué impacto socio-jurídico se ha generado como consecuencia de garantizar el derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos con estatus irregular en Colombia, en el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta?

## 1.3 Objetivos

**1.3.1 Objetivo general.** Efectuar un análisis socio-jurídico desde la vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el año 2018 respecto al impacto que ha generado en el territorio Colombiano y específicamente en el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, el garantizar el acceso al derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos con estatus irregular.

**1.3.2 Objetivos específicos.** Diagnosticar la situación socio-jurídica de los migrantes venezolanos con estatus irregular desde la vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el año 2018 y su incidencia en la atención ofrecida por el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta.

Examinar la aplicación y eficacia de la Ley 1751 de 2015 en la ciudad de Cúcuta respecto al acceso al derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos con estatus irregular durante el periodo 2015-2018 en el Hospital Erasmo Meoz.

---

*(...) el principio de solidaridad “impone una serie de “deberes fundamentales” al poder público y a la sociedad para la satisfacción plena de los derechos”. Por lo tanto, este principio se manifiesta como deber del Estado Social de Derecho a través de estos “deberes fundamentales” que en ciertos escenarios se refuerzan, cuando se trata de asegurar a sujetos en condiciones desfavorables, la protección de todas las facetas de sus garantías fundamentales. La Carta proyecta este deber de solidaridad, de manera específica, a partir de los mandatos constitucionales que establecen una obligación de especial protección para personas y grupos humanos en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta.*

Analizar la experiencia de los funcionarios del Hospital Eramos Meoz sobre los aspectos socio-jurídicos que han sido empleados para determinar el acceso de los migrantes venezolanos con estatus irregular al derecho fundamental a la salud.

## 1.4 Justificación

El análisis de la jurisprudencia y las leyes que amparan el derecho a la salud en los migrantes venezolanos con estatus irregular en la ciudad de Cúcuta, especialmente a partir de la vigencia de la Ley 1751 de 2015<sup>9</sup>, se proyecta como una base jurídica para que las entidades territoriales y descentralizadas conozcan cuál es el límite de atención establecido para los migrantes en esta condición.

La importancia de profundizar en esta nueva realidad social radica en conocer su incidencia en la calidad y el acceso del servicio; por citar un ejemplo, entre abril y junio de 2018 el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos tras consolidar la información de 442.462 venezolanos que ingresaron irregularmente al país sostuvo que:

De éstos, tan solo 4.945 (un poco más del 1%) están afiliados al sistema de salud. Además, 16.817 (casi el 4%) presentan enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes y cáncer; y hay 8.209 mujeres embarazadas, de las cuales 6.304 (el 77%) no han tenido controles prenatales (RAMV, 2018, párr. 3).

En esa medida la magnitud de la problemática es alta y ha seguido creciendo, puesto que según ha informado Fedesarrollo (2018), en su informe titulado “*Elementos para una política pública frente a la crisis de Venezuela*”, el Estado ha destinado apropiadamente \$4 billones para la atención de las necesidades básicas de los migrantes venezolanos, es decir un 0,42% del PIB nacional de acuerdo sus cálculos, siendo la salud uno de los rubros más altos representando el 60% del gasto.

---

<sup>9</sup> Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015.

En el caso de Cúcuta la situación es igual de compleja porque al ser una ciudad fronteriza la llegada constante de migrantes venezolanos y su mudanza definitiva a la ciudad, ejercen mayor presión sobre la infraestructura de salud, en esta dirección surgen preguntas acerca de la condición de éstos como sujetos de especial protección, el cumplimiento a nivel local de los planes establecidos por el Gobierno para su atención y los mecanismos jurídicos a los que pueden recurrir para obtener una respuesta que trascienda la relación costo-beneficio y garantice sus derechos humanos.

En la perspectiva de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2018) ofrecer atención en salud a los migrantes solo en urgencias incrementa el gasto público puesto que, se desatiende la prevención así como la detección temprana y el tratamiento de condiciones simples que pueden agravarse. Por su parte un estudio de la Organización Mundial de la Salud OMS (2013) denominado *“Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal”* evidencia que, patologías complejas como la hepatitis o la hipertensión pueden generar ahorros para los sistemas de salud cuando son detectadas desde el comienzo. En general esta población tiene escaso acceso a los controles tempranos o la prevención (Rozo, 2018) y eso genera mayor presión en los servicios de atención vital.

Esta investigación se presenta como un aporte para explicar de manera fundamentada la situación actual del Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta en materia de atención en salud respecto de las personas venezolanas con permanencia irregular en el territorio Colombiano y trazar tanto los límites como las opciones que tienen éstos migrantes --*que arribaron durante el periodo 2015-2018--*, para recibir un trato de igualdad y dignidad. Así mismo representa una experiencia académica valiosa para consolidar un estudio que contribuya a la sociedad, pues al enfocarse éste análisis a una problemática actual permite que se aseguren datos y alternativas que

van a permitir con posterioridad la toma de decisiones más informadas y acordes con el contexto local.

## Capítulo II. Marco Teórico

### 2.1 Estado del Arte

En la construcción del presente estado del arte se recopilan y analizan investigaciones del orden internacional, nacional y regional que abordan temas relacionados con los objetivos trazados como son: el derecho a la salud, los migrantes y sus derechos, así como las características o los efectos de la Ley 1751 de 2015, en esa medida es posible profundizar a nivel teórico, conceptual y metodológico en el tratamiento que se le ha dado a la problemática durante los últimos cinco (5) a diez (10) años.

El artículo de investigación de González (2017) denominado “*Límites a la Universalidad de los Derechos Humanos: Representaciones Sociales en el Sistema Judicial sobre los Migrantes Internacionales como Titulares de Derechos*” de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro y publicado en la Revista de Ciências Sociais, presenta como objetivo principal “analizar las representaciones sociales existentes en el sistema judicial del Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina) acerca de los migrantes internacionales llegados desde mediados del siglo XX hasta hoy, en su dimensión vinculada a los derechos humanos” (p. 47). La metodología desarrollada consiste en un estudio cualitativo y descriptivo con la aplicación de entrevistas a profundidad, destinadas tanto a los funcionarios públicos como a los migrantes. Los resultados evidencian que el concepto de igualdad es generador de debate entre los locales y extranjeros, puesto que se parte de la idea de la escases de recursos, lo cual limita el desarrollo de una política de atención integral e inclusiva en países como Argentina.

El aporte del documento se materializa en las variables propuestas para el análisis: “política migratoria anhelada, competencia entre nativos y migrantes en el acceso a derechos económicos y



sociales y concepción de ciudadanía restringida” (p. 47) porque a nivel metodológico funcionan como una orientación clave para exponer los hallazgos y describir las conclusiones alcanzadas.

Por su parte el artículo de Santos, Limón y Martínez (2016) titulado “La atención de los migrantes Centroamericanos en los servicios de Salud en Tabasco, 2012-2014” de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México, publicado en la revista Horizonte Sanitario, el cual tiene como propósito “ proveer información sobre la atención médica que recibieron los migrantes centroamericanos en su tránsito por el estado de Tabasco, entre los años 2012-2014” (p. 143), se refiere metodológicamente a un estudio cualitativo de revisión bibliográfico, entrevistas a informantes claves y recolección de cifras oficiales. Los resultados muestran que hay una deficiencia en la actualización de las normas, así como en la información disponible para los migrantes, quienes desconocen sus posibilidades, alcances o limitaciones.

La contribución se ve expresada en la discusión de las cifras recolectadas, en la que se contextualizan con autores y análisis de los autores la temática, logrando entregar una visión más específica del problema de interés, además de abrir posibles vías de acción que son sugeridas a las autoridades. Esta forma de desarrollo parece oportuna para la parte final de la presente monografía.

Así mismo, en el artículo de Cornelio (2015) denominado “Los derechos humanos de los inmigrantes de la frontera sur de México” de la Asociación Castellano Manchega de Sociología de Toledo, España, describe como interés el “conocer cuáles son las Normas Internacionales y mexicanas que protegen a los inmigrantes en el tránsito por la Frontera Sur de México, analizar cuáles son los derechos con los que cuenta la persona considerada como inmigrante” (p. 139). La metodología se enfoca en la descripción cualitativa y la interpretación hermenéutica de los tratados internacionales que protegen a los migrantes como personas. Los hallazgos señalan que las políticas de atención requieren un seguimiento que exceda la viabilidad económica de las mismas

para reenfocarse en el trato digno y la recuperación del valor que sienten perdido, quienes deben abandonar su país de origen.

Su visión permite conocer mejor, bajo la perspectiva del derecho comparado, la dirección que ha tomado la regulación internacional a los migrantes, puesto que este fenómeno social tiene lugar en todos los continentes y para todos los países receptores se convierte en un desafío, para el que requieren la mayor cantidad de herramientas y recursos.

Finalmente para culminar con la revisión de los estudios extranjeros se identifica el artículo de Burgos y Parvic (2011) “Atención en salud para migrantes: un desafío ético” de la Asociación Brasileña de Enfermería que destaca la vulnerabilidad sanitaria en la que permanecen los migrantes mientras su estatus sea irregular. En ese sentido reporta una metodología cualitativa de revisión documental que les permite reconocer como “La atención en salud del migrante representa un reto para la salud pública, no solo considerando políticas de acceso y de información, sino que sobre todo por la atención basada en un trato humanizado respetando las creencias, valores y expectativas” (p. 587). Además entre las conclusiones afirma que para una atención sanitaria humanizada es tan importante la información como el acceso porque es necesario ofrecer pautas de orientación que representen valor y ayuda para los migrantes.

El aporte del artículo se encuentra especialmente en su marco teórico que profundiza en la humanización del sistema de salud, considerando conceptos como la vulnerabilidad y la dignidad, los cuales son poco mencionados restando dimensiones y rigurosidad a los estudios que se interesan por el sistema de salud, pero sin reflejar las necesidades o las características de los seres humanos que lo integran.

En el ámbito nacional la investigación de Fernández, Vásquez, Flórez, Rojas, Luna, Navarro, Acosta y Rodríguez (2018) titulada *Modos de vida y estado de salud de migrantes en un*

*asentamiento de Barranquilla, 2018* expone como objetivo principal “Describir los modos de vida y el estado de salud de migrantes venezolanos y colombianos de retorno asentados en Villa Caracas, Barranquilla, en el año 2018” (p. 8). El diseño de la metodología se caracteriza por ser un “estudio descriptivo de corte transversal con muestreo sistemático de viviendas. Fueron incluidas 229 personas mayores de 15 años procedentes de 90 viviendas” (p. 11). Los resultados comparten que la atención recibida en urgencias es óptima para los migrantes, pero en casos más complejos como cáncer o depresión clínica enfrentan un abandono generalizado.

El proyecto hace dos aportes importantes, el primero es un diagnóstico sobre el nivel de incidencia de ciertos síntomas y enfermedades en la población analizada, el segundo es la configuración de la ruta de atención que siguen los migrantes habitualmente, detectando sus fortalezas y debilidades. Este documento constituye un primer acercamiento hacia la realidad focalizada de un asentamiento informal de venezolanos, razón por la cual retrata cómo es la realidad para aquellos que no tienen los papeles en regla y es de gran relevancia para la investigación actual.

En la monografía de Mejía (2017) *Los compromisos de Colombia frente a los migrantes venezolanos en virtud del Derecho Internacional de los Refugiados* presentada para optar al título de Abogado, Universidad Católica de Colombia. Donde el objetivo central es “estudiar cuáles son los compromisos de Colombia en virtud del Derecho Internacional de los Refugiados, frente a los inmigrantes venezolanos producto de una migración forzada por la emergencia humanitaria compleja que vive Venezuela” (p. 6). El método consiste en la revisión documental que compara las rutas de atención definidas por el Estado respecto a lo determinado por el derecho internacional. Los resultados concluyen que aunque se han desarrollado herramientas jurídicas como leyes o

decretos, en la realidad todavía persisten varios vacíos institucionales que cada hospital y entidad territorial llena según sus capacidades.

La contribución que hace la monografía se encuentra en su revisión de los tratados internacionales, así como de su relación con las normas aprobadas recientemente en Colombia para abordar la crisis migratoria, incluso el documento cuenta con un apartado dedicado a la salud que permite conocer nuevas cifras de la dinámica de atención en el territorio nacional, las cuales sirven como referente frente a las obtenidas del Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta.

En la tesis de investigación de Ramírez (2017) titulada *Migración de venezolanos en el periodo 2016-2017: una mirada desde los derechos humanos vs el marco jurídico migratorio en Colombia frente a los asentamientos humanos en la zona fronteriza*, realizada para obtener el título de Abogado, Fundación Universitaria del Área Andina. El objetivo central presenta como propósito “analizar el proceso de migración de venezolanos en el periodo 2016 -2017 hacia la zona fronteriza desde una mirada de los derechos humanos Vs el marco jurídico de migración en Colombia” (p. 17). La metodología es del orden cualitativo y descriptivo con la aplicación de la revisión documental bibliográfica. Los hallazgos evidencian que es oportuno reorganizar los aspectos jurídicos del régimen migratorio, actualizarlos de acuerdo con las necesidades de las ciudades fronterizas, las cuales enfrentan la mayor presión en sus centros hospitalarios.

Los aportes identificados en el documento son dos, por una parte analiza los instrumentos legales establecidos por el Estado como el Permiso Especial de Permanencia (PEP) y su incidencia para la atención en salud, por otro lado los impactos financieros que han tenido y siguen teniendo. De esa forma se comprende el alcance de las soluciones humanitarias y legales promovidas hasta la actualidad.

Entretanto en la investigación de Barajas (2013) denominada *Salud y derechos en el contexto de la ley, no de la vida*, tesis de la Universidad Central. El objetivo central del estudio es “aportar aquí una visión sobre la forma como se articulan elementos sociales y culturales que determinan la equidad en salud, la salud y el bienestar de mujeres migrantes” (p. 255). La metodología consiste en un diseño correlacional que vincula el contexto, las relaciones sociales y el sistema de salud. Las conclusiones señalan que “el cuerpo es el primer lugar al cual los derechos humanos hacen referencia y en donde se puede registrar el respeto o la violación de éstos: el derecho a la vida, el respeto a la dignidad humana” (p. 264).

El aporte del estudio se evidencia en el análisis de los discursos sociales que propone, para eso se interesa no solo por la perspectiva de los funcionarios, sino también por la de los actores comunitarios, en ese contraste se logran identificar algunas falencias y debilidades que deben ser incorporadas en el presente análisis.

La tesis de grado de González (2018) denominada *El derecho a la salud de los migrantes venezolanos en Colombia*, presentada para optar al título de Abogado, Universidad Externado de Colombia. El propósito de la investigación es presentar el contexto colombiano de acogida de los venezolanos migrantes en el sistema de salud: disposiciones normativas y jurisprudencia. La metodología consiste en un estudio cualitativo, exploratorio y de revisión documental. Las conclusiones describen que la situación irregular en el tema de los papeles y la identificación es una gran limitante para acceder al sistema de salud, más allá del servicio de urgencia prioritaria.

El aporte de la investigación radica en que no solo enlista sino que analiza una por una las dificultades, en ese sentido las caracterizan y se convierten en material de consulta para comparar con la situación que se vive en el Hospital Erasmo Meoz, de esa forma es posible dimensionar y priorizar la importancia de las problemáticas identificadas.

En el entorno regional el artículo de Fernández (2018) titulado *Migración venezolana en Colombia: retos en Salud Pública* de la Revista de la Universidad Industrial de Santander. El objetivo principal que describe señala la necesidad de analizar el escenario inédito que se está presentando en el país debido a la llegada masiva y no planeada de los migrantes venezolanos. La metodología consiste en la revisión bibliográfica y el análisis de contenido de diferentes fuentes consultadas. Los resultados reflejan que:

En este proceso, una crítica constante será que esta atención en salud de calidad no ha sido del todo garantizada primero a los migrantes colombianos, pero esto es una falsa dicotomía, primero porque ambas demandas no son excluyentes, al contrario, la atención a los venezolanos revela las fallas de nuestro sistema de salud, cuya mejoría impactaría a todos, y segundo, porque lo que le suceda a una población impactará necesariamente en la otra. La frontera colombiano-venezolana siempre ha sido borrosa, es hora de que el discurso políticamente correcto de la hermandad, se traduzca en hechos tangibles (2018, p. 4).

El aporte de este documento se traduce en el enfoque reflexivo con el que se desarrolla, a partir del cual se da contexto a las cifras, se narran historias de vida o ejemplos de casos que permiten fundamentar el tema. Una modalidad de la cual se desea seguir el tono para lograr una monografía correcta a nivel académico, pero con suficientes argumentos como para resultar una fuente valiosa de consulta. Del mismo modo a nivel local se han encontrado escasas investigaciones sobre el tema.

## 2.2 Derecho a la Salud

Este derecho hace parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25, inciso 1), asimismo para la Organización Mundial de la Salud (OMS):

El derecho a la salud para todas las personas significa que todo el mundo debe tener acceso a los servicios de salud que necesita, cuando y donde los necesite, sin tener que hacer frente a dificultades financieras. Nadie debería enfermar o morir solo porque sea pobre o porque no pueda acceder a los servicios de salud que necesita. Es evidente que la salud también se ve condicionada por otros derechos humanos fundamentales, como el acceso a agua potable y saneamiento, a alimentos nutritivos, a una vivienda digna, a la educación y a condiciones de trabajo seguras (2017, p. 1).

Del mismo modo por ser un derecho de ese nivel significa que es inalienable y tiene fuerza vinculante, incluso cuando es denominado como de segunda generación, exige una protección y acceso integral. Sin embargo en la actualidad se considera que ya se ha superado la etapa filosófica donde se buscaba justificar su existencia como derecho de primer nivel para centrarse en las dificultades que impiden su protección:

El respeto de la autonomía, de la dignidad, de la integridad y, particularmente, la protección y promoción del Derecho Humano a la Salud física, mental y social, representan el gran desafío al cual deben hacer frente con holgura los profesionales en sus diferentes prácticas (Nicoletti, 2008, p. 56).

En Colombia a partir de la Constitución de 1991, al asumir como forma de organización política el Estado Social de Derecho, se estableció como horizonte de acción “el respeto a la dignidad, el trabajo, la solidaridad y la prevalencia del interés general sobre el particular” (Rocha, 2012, p. 62), lo cual se convierte en un marco de referencia para defender y priorizar la salud como un derecho.

No obstante su ejecución y cumplimiento ha sido accidentada, así lo analiza Rocha (2012) al establecer que:

la constitución política colombiana en el artículo 49 producto de la reforma a la ley 10/90 consagra que el derecho a la salud es un derecho por jurisprudencia establecido con el elemento de conexidad, para hacer respetar la salud como derecho fundamental de todos los habitantes; por lo tanto no es el que protege la propiedad privada y sus derechos adquiridos, creando el marco legal para concentrar aun mas la riqueza, como ha sucedido desde la creación de la ley 100 y ahora con su reforma en el congreso (p. 62).

Los cambios sucedidos en el país y también a nivel global, frente a garantizar o no el Derecho a la Salud, se han visto originados en la implantación del Neoliberalismo, el cual ha marcado la senda del desarrollo legislativo y ha reducido la responsabilidad estatal en la administración del sistema. En ese sentido según explica Arrow (1963):

La salud es una industria diferente a las demás que hacen parte del sector privado, pues no se ajusta a un modelo competitivo porque la demanda en salud es



determinada por acontecimientos irregulares e impredecibles como la enfermedad y la curación de la misma. La salud entonces es considerada como un proceso biológico que cesa, si y solo si, se recurre a recursos existentes para unas actividades (tratamiento), sin tener en cuenta los determinantes y condicionantes socioeconómicos, sociopolíticos y sociohistóricos del proceso salud-enfermedad (p. 12).

Sin embargo, cuando se desarrolla como un negocio se aparta de la universalidad que lo caracteriza como un derecho humano, eso según Nicoletti (2008) se ve manifestado en tres aspectos fundamentales al indicar que:

Se trata de un derecho que los seres humanos, cualesquiera que sean las circunstancias en que se encuentren, son poseedores de este, simplemente, por su condición humana y por la esencial igualdad de todos. A los efectos de la titularidad de este derecho, los nombres propios y las descripciones definidas son perfectamente irrelevantes. Es decir, nadie es poseedor del derecho a la salud por ser quién es, por llamarse como se llama o por ocupar una posición definida en cualquier relación social. La obligación de promover este Derecho Humano, el deber de no violarlo o conculcarlo, es de todos. Se trata de un deber positivo y general (p. 52).

En esa medida los migrantes venezolanos sin discriminar su situación legal deben poder recibir atención en salud, sin que importe su nombre o estatus migratorio, y eso debe ser impulsado,

protegido y defendido por los funcionarios públicos en general. Aunque, no obstante, no es posible escapar de los obstáculos que ya enfrenta el sistema a nivel interno, entre los cuales están:

las imperfecciones del sistema de salud, los desafíos impuestos por cambios demográficos y epidemiológicos y la desigualdad en el acceso a los servicios no son una realidad para la atención en salud, ya que esta mercantilizada inspirada en una lógica de mercado que da cuenta de un carácter mercantil a expensas de la fragmentación del acto médico, a expensas de las superespecializaciones de los profesionales para las cuales también hay un respectivo mercado de la educación y a expensas de la incorporación de las nuevas tecnologías (Rocha, 2012, p. 68).

Conformando una realidad donde la accesibilidad y la calidad son parte de la problemática, puesto que el servicio puede presentar grandes diferencias entre el régimen privado y el subsidiado, razón por la que se cree se encuentra dominado por la desigualdad y la discriminación. Una característica que se ve profundizada por el fenómeno migratorio analizado en el presente documento.

De tal forma que se reconoce que “hay una clara ruptura entre la comprensión del derecho a la salud a partir de los principios constitucionales -valga decir en perspectiva de derechos humanos- y el tipo de modelo elegido para la prestación del servicio” (Maya, 2008, p. 498). Una situación donde se emplea continuamente la acción de tutela como mecanismo y que ha impulsado a las Altas Cortes a su reconocimiento como un derecho fundamental.

## 2.3 Migración

La migración es un fenómeno que ha cobrado mayor intensidad y relevancia durante el siglo XXI, aunque su estudio es reciente y plantea desafíos como los identificados por Gómez (2010) que sostuvo que:

Quizá la mayor dificultad del estudio de la migración sea su extremada diversidad en cuanto a formas, tipos, procesos, actores, motivaciones, contextos socioeconómicos y culturales, etc. No es de extrañar que las teorías tengan dificultades para explicar tal complejidad. Como dice Anthony Fielding, “quizá la migración sea otro “concepto caótico”, que necesite ser “desempaquetado” para que cada parte pueda verse en su propio contexto histórico y social de modo que su importancia en cada contexto pueda entenderse por separado”. Ese “desempaquetamiento” requiere una mejor integración de la teoría y la investigación empírica (p. 20).

En ese sentido las teorías se ven moldeadas por sus diversas causas y efectos, pero esencialmente tiene dos componentes: “la salida o emigración y la entrada o inmigración, puede ocurrir dentro de las fronteras nacionales o fuera de ellas, y, además, puede darse de manera voluntaria o forzada” (Gómez, 2010, p. 84). En el caso venezolano y colombiano, suceden ambos aspectos del fenómeno, puesto que salen del vecino país por obligación, debido a la inestabilidad política y económica, para ingresar a Colombia por las diferentes zonas de frontera, predominando los pasos de Norte de Santander y la Guajira.

Los efectos o consecuencias para el país receptor, en este caso en materia social, incluyen según Vicens (2006) una mirada progresiva teniendo en cuenta que:

En un principio es posible que los trabajadores inmigrantes soliciten más servicios sociales que los nativos y esto es debido a que se encuentran en su fase de instalación y sencillamente son más pobres, pero con el paso del tiempo se vuelven contribuyentes netos, ya que son más jóvenes que la población nativa y, además de trabajadores, pueden convertirse en empresarios y desarrollar toda su capacidad de invención (p. 31).

Aunque para la perspectiva de la teoría del enfoque de sistemas, no se puede ser demasiado optimista, puesto que es un fenómeno multidimensional que desencadena diferentes problemáticas sociales porque:

Las leyes y reglas de la migración por lo general ignoran la naturaleza social del proceso migratorio y fragmentan a las comunidades en individuos a los que se les asigna una categoría burocrática específica, cada una con reglas sobre ingreso, residencia, empleo, unidad familiar y otros derechos. Estas categorías pueden no corresponder con realidades sociales. En esos casos, la migración y la residencia irregulares tienden a incrementarse. La gente con suerte suficiente para gozar de una posición de clase media en los países desarrollados tiende a tener una visión positiva del Estado y de la ley. La gran mayoría de la población mundial, que vive en Estados ineficientes, corruptos y a veces violentos, puede ver las cosas de

diferente manera. Tienen que arreglárselas a pesar del Estado, no gracias a él. Desde esta perspectiva, las reglas de migración se convierten, simplemente, en otra barrera por superar para sobrevivir (Castles, 2010, p. 59).

La situación irregular de los migrantes deteriora su bienestar y reduce sus posibilidades de acceder a los servicios ofrecidos por el Estado del nuevo país al que se integran, asimismo la nación receptora puede tener una visión limitada de estos actores sociales a quienes analizan desde el desarraigo y no desde la dignidad que requieren, por lo cual permanecen durante largos periodos de tiempo en situación de vulnerabilidad, esto con fundamento en que:

La probabilidad de convertirse en migrante irregular varía según los criterios de origen, situación social, capital humano, sexo y edad. Los ciudadanos de los países altamente desarrollados, que tienen pasaportes universalmente reconocidos y poseen un considerable capital humano (es decir, calificaciones educativas y profesionales), tienen una bajísima probabilidad de convertirse en irregulares, dado que la mayor parte de los Estados de destino les da la bienvenida y les procura ingreso legal y un estatus seguro de residencia. La gente proveniente de los países más pobres, pero que pertenece a las clases medias y posee un elevado capital humano, con frecuencia también son capaces de migrar de manera regular. Pero la gente afectada por múltiples formas de vulnerabilidad tiene una probabilidad mucho más alta de encontrar bloqueadas las rutas legales de migración y de convertirse en migrante irregular. Los migrantes con escasa calificación provenientes de países menos desarrollados con frecuencia se encuentran con que

necesitan visas para traspasar las fronteras internacionales, y que estas visas no están disponibles (Castles, 2010, p. 62).

En América del Sur son cada vez mayores los flujos migratorios dentro del mismo continente, no obstante a nivel de políticas públicas estas son escasas y se reflejan en el desgaste que experimentan las instituciones públicas, especialmente en materiales cruciales de atención como la salud, justicia o educación. En el país desde el 2012 se ha invertido en la renovación de Migración Colombia, la cual tiene entre sus propósitos:

Apoyar al Ministerio de Relaciones Exteriores (mre) y a otras instituciones estatales en la formulación y ejecución de la política migratoria; llevar el registro de identificación de extranjeros y efectuar en el territorio nacional la verificación migratoria de los mismos; ejercer funciones de policía judicial; capturar, registrar, procesar, administrar y analizar la información de carácter migratorio y de extranjería; expedir los documentos relacionados con cédulas de extranjería, salvoconductos y prórrogas de permanencia y salida del país, certificado de movimientos migratorios, permiso de ingreso, registro de extranjeros y los demás trámites y documentos relacionados con migración y extranjería que sean asignados a la entidad, dentro de la política que para tal efecto establezca el Gobierno nacional (García y Gainza, 2014, p. 85).

De esa forma se ha avanzado pero todavía persisten las falencias relacionadas con la actualización normativa, el enfoque de derechos humanos y la transversalidad entre las diferentes

dependencias u organizaciones que atienden a los migrantes, quienes de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Agencia de la ONU para los refugiados (ACNUR) *“Los migrantes eligen trasladarse no a causa de una amenaza directa de persecución o muerte, sino principalmente para mejorar sus vidas (...)”* (2018, p. 1), lo cual sigue siendo una tarea pendiente para los migrantes venezolanos radicados en Colombia.

En las investigaciones de Martínez (2014) las repercusiones de la migración en intereses estatales como la salud refleja una dinámica con relación a la legislación internacional, puesto que mientras los organismos multilaterales abordan la temática, los países hacen su propia interpretación y generan marcos regulatorios donde intentan proteger su viabilidad, mientras no incumplen los acuerdos globales. De esa lectura, surge su defensa de las clasificaciones migratorias, una visión según la cual:

(...), no son pocos aquellos que aducen que la clasificación migratoria es un elemento de exclusión y que una adecuada formulación de las mismas no resuelven los problemas del tratamiento “justo” al migrante, porque los irregulares quedan al margen de las mismas y son por lo general los más desprotegidos. Sin embargo, en la opinión de esta autora, un sistema de clasificaciones migratorias bien construido jurídicamente, la protección al migrante irregular, sumado a un sistema legal de autorización de entrada que contemplen mecanismos que permitan regularizar a los extranjeros que se encuentren en situación de irregularidad (Martínez, 2014, p.86).

En esa línea un desafío esencial es hallar un equilibrio entre “la protección de los derechos, deberes y garantías de las personas naturales y los intereses económicos, políticos y sociales del

Estado” (2014, p. 87). De tal forma el estatus migratorio es el eje de cualquier clasificación con la intención de regular el fenómeno, pero a grandes rasgos consiste en:

La forma jurídica por la cual los Estados a partir de las declaraciones realizadas sobre los propósitos de viaje de un extranjero, autorizan a los individuos un conjunto de actividades para realizar en un tiempo de estancia estipulado. Es así, que la condición migratoria, se convierte en declaración tácita de capacidad, como expresión de la posibilidad de autoabastecerse ante determinadas necesidades personales que pudieran surgir durante el tiempo de estancia en los territorios, o sea, es expresión de determinada capacidad económica y social en los sujetos. Justamente, por estas razones se erigen en la praxis legislativa, como criterio de atribución para el establecimiento de los derechos (2014, p. 88).

En general su clasificación identifica a los extranjeros en tránsito que están por razones de turismo o exploración comercial, también a los extranjeros a que habitan en el país como parte de una delegación diplomática internacional, además los extranjeros refugiados protegidos por el Derecho Internacional y los extranjeros residentes permanentes a quienes describe como legales e ilegales, según la tramitología.

Por su parte Franco Castro (2010) aborda una dimensión de las migraciones que resulta reiterativa como es la discriminación, la cual es resultado de considerar que los migrantes afectan el acceso de los migrantes a los servicios o necesidades básicas, en la revisión que expone “La actitud de los países receptores de migrantes es de desconfianza y rechazo. Los migrantes son



acusados de los peores males que aquejan a dichas civilizaciones: ladrones, perezosos, saturadores del mercado laboral” (2010, p. 74).

Posteriormente en su publicación titulada “La Gobernanza Internacional de las Migraciones” profundiza en un elemento diferenciador que es clasificar y regular desde la noción traidicional, anacrónica de soberanía para empezar la transición hacia los conceptos de cooperación y coordinación, una opción que ha sido acogida por Colombia de forma paulatina frente a la llegada masiva de los migrantes venezolanos.

En la misma dirección en las ideas de Villar Borda y Rosales (2005) la inclusión de los migrantes en los países receptores es relatado como un proces histórico de largo aliento que todavía no termina y que sigue siendo un reto, puesto que no sucede de manera amena, sino que es una dinámica compleja, donde no solo importa el marco normativo nacional sino también el contexto y la vigilancia internacional.

En conjunto, la temática migratoria es un asunto de interés investigativo y académico que permanece en constante desarrollo, considerando sus diferentes dimensiones, características o manifestaciones como puntos de partida para problematizar y profundizar la forma en la que se vive en los entornos cercanos o más próximos, siendo el caso de la migración venezolana en la ciudad de Cúcuta y su incidencia en la atención en salud.

## **2.4 Legislación en Colombia**

El acceso al derecho fundamental a la salud se encuentra establecido en Colombia en las siguientes normas:

En primer lugar la Constitución Política Nacional de 1991 en el artículo 48 establece que:

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social (1991, p. 11).

Por su parte en el artículo 48 define que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (...)”. Del mismo modo en la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral, se intentó garantizar los mandatos sobre la salud y la seguridad social en el país desarrollados en el título 2 de la Constitución, además de configurar los sistemas de atención al clasificarlos en subsidiado y contributivo.

Posteriormente la Ley fue modificada con la Ley 1122 del 2007 que tenía como objetivo realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud enfocada en mejorar el servicio ofrecido a los usuarios, el cual ha sido un reto permanente para su funcionamiento. En ese sentido interviene en diferentes aspectos que iban desde el financiamiento y la sostenibilidad hasta la universalización, así como el fortalecimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.

Otra de las reformas significativas corresponde con la aprobación de la Ley Estatutaria o Ley 1751 de 2015 que regula el derecho fundamental a la salud, al definirlo como:

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la

salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (artículo 2).

Asimismo esta Ley constituye el foco de la presente investigación porque caracteriza los elementos claves del derecho a la salud como son: la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad para todos los habitantes en el territorio colombiano, el principio *pro homine* que señala la interpretación de las normas vigentes de la manera más favorable para proteger este derecho en las personas, la equidad, continuidad, oportunidad, la prevalencia y progresividad del derecho, la eficiencia, la interculturalidad, la protección a las minorías (indígenas, afrocolombianos, raizales y palenqueras).

En ese sentido la misma norma establece entre los derechos de las personas “Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno (...)” (artículo 10). La atención en urgencias también está respaldada por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, además de estar establecida en el artículo 67 de la Ley 715 de 2001.

En general la Ley 1751 de 2015 es el referente para el análisis socio-jurídico propuesto frente al acceso de los migrantes venezolanos, puesto que como se observa en la regulación en algunos casos no se les deben solicitar documentos ni mayores exigencias, puesto que se trata de derecho

universal y fundamental. No obstante esto será profundizado en los siguientes capítulos de este documento.

Posteriormente la Ley fue reglamentada por el Decreto 780 de 2016, denominado Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, del cual se destaca la creación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) que centraliza la administración de los recursos de la salud en el país.

Del mismo modo se destaca el Decreto 866 de 2017 que profundiza en la noción y los alcances de la atención inicial en urgencias, este continúa siendo para el Hospital Eramos Meoz de Cúcuta la normativa clave que orienta sus acción y decisiones en torno a la atención de la población migrante.

Por su parte el acceso a la salud de los migrantes en situación irregular ha sido regulado en las siguientes normas:

Dentro del documento elaborado por el Ministerio de Salud y denominado ‘Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio’ y publicado en el 2017, se pretende:

Profundizar en estas disposiciones y políticas colombianas para contar con fronteras incluyentes, seguras y sostenibles, en lo de competencia del Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los demás agentes del sector. Las acciones contenidas en el Plan, se orientan fundamentalmente hacia la atención en territorio colombiano a personas que ingresan en calidad de migrantes al país, ya sean estos nacionales de otros países, o bien, a colombianos de origen que están retornando a su patria (Minsalud, 2017, p. 3).

En el plan se recuerdan los compromisos internacionales que ha adquirido Colombia como su adhesión a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares, el Reglamento Sanitario Internacional y el Instrumento Andino de Seguridad Social de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) que instan a garantizar la atención básica en salud.

En ese orden de ideas son varias normas que ha aprobado el Gobierno para atender a los migrantes venezolanos, primero el Decreto 1770 de 2015 o declaratoria de emergencia, la Resolución 5797 de 2017 sobre la creación del Permiso Especial de Permanencia (PEP), seguidamente el Decreto 542 de 2018 que se encargó de la creación del Registro Administrativo de Migrantes (RAMV) y finalmente a partir de los resultados alcanzados con un mayor conocimiento y caracterización de la población se aprobó la ampliación del PEP a las personas inscritas en el RAMV mediante el Decreto 1288 de 2018 que además los habilita para “regularizarse temporalmente, acceder a empleo, afiliarse al SGSSS, entre otros beneficios” (2018, p. 1).

Frente a los sujetos de especial protección como lo es la infancia, la Ley 1098 de 2016 o el Código de Infancia y Adolescencia, establece que “(...) toda niña, niño o adolescente tiene derecho a la salud integral, y que ningún prestador de servicios de salud puede abstenerse a proporcionar la atención en salud” (artículo 27).

Una mención especial corresponde al Decreto 1978 de 2015:

Por medio del cual se establece la habilitación excepcional de Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado-EPSS intervenidas, en los municipios de

frontera, como una medida para garantizar el aseguramiento al régimen subsidiado de esta población, así como también, su atención en salud (p. 1).

También se considera el contenido de los Decretos 1768 de 2015, 1495 de 2016 y 2228 de 2017 que buscaban proteger a los colombianos que venían desde Venezuela para definirlos “como población especial y prioritaria y donde se ordena su afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS a través de listados censales a cargo de los municipios o distritos donde se encuentren ubicados” (Minsalud, 2017, p. 29).

Finalmente se tienen en cuenta las circulares publicadas por el Ministerio de Salud como la 012 modificada por la 029 de 2017 que exige a las IPS de todo el país presentar reportes mensuales de los extranjeros atendidos. Entretanto la circular 025 de 2017 “fortalecer la gestión de salud pública en las entidades territoriales receptoras de población migrantes desde República Bolivariana de Venezuela” (Minsalud, 2017, p. 30). Se han publicado más de 14 circulares en el periodo 2014-2018, pero las mencionadas son las más significativas para los fines de esta investigación monográfica.

## **2.5 Jurisprudencia sobre el Derecho a la Salud en Colombia**

### **Sentencia T-1204 de 2000<sup>10</sup>**

La Corte Constitucional, ha descrito que, aunque cierto tipo de exámenes, en caso concreto como el de Hepatitis C, no se resulta ser un tratamiento vital, si resulta ser un elemento de diagnóstico imprescindible para determinar el tratamiento de una enfermedad, que de no ser

---

<sup>10</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. T-306592 , MP: Alejandro Martínez Caballero.

atendida adecuadamente traerá consecuencias graves para la vida e integridad personal del paciente.

Esta Corporación se encargó de reunir numerosos conceptos sobre la hepatitis C, estableciendo que:

*En la actualidad, han sido descritos cinco virus de hepatitis denominados A,B,C,D y F, los cuales se diferencian unos de otros por su constitución química. Por ello, conforme a esas respuestas, existen distintas formas de hepatitis, que tienen cada una una característica propia, en cuanto a su impacto sobre la salud de la persona y sobre sus formas de transmisión. En particular, la llamada hepatitis C presenta casos que pueden ser agudos o crónicos. En los primeros, en general no hay síntomas aparentes, pero la forma crónica puede ocasionar con el tiempo cirrosis del hígado, que se calcula puede presentarse en un 20% de los casos, aproximadamente a los 20 años después de iniciada la infección. Además, una proporción indeterminada de estos enfermos con cirrosis desarrolla un tumor maligno. En tales circunstancias, mientras no se desarrollen la cirrosis y el carcinoma, la calidad de la vida probablemente no se vea afectada por la infección del virus.*

En virtud a esta reunión de conceptos la Corte determinó, que la aplicación de las pruebas correspondientes para determinar si existe una hepatitis C, y de esta manera determinar el tratamiento necesario para esta enfermedad y evitar así poner en riesgo la vida e integridad de un

paciente; debido a esto la Corte tutela el derecho a la Salud, *--que inicialmente se consideró en conexidad a la vida pero con el paso del tiempo la misma corporación lo estableció como derecho fundamental autónomo--*, y ordenó a las EPS autorizar el examen de carga vital y los demás tratamientos que puedan ser requeridos, así mismo ordenó repetir contra el FOSYGA, por los gastos suplementarios en que se incurran.

Es así como esta sentencia se convirtió en un antecedente clave para ordenar a él Plan Obligatorio de Salud (POS) que no puede ser aplicado desde perspectivas rígidas o absolutas impidiendo que reglamentos administrativos eviten el goce de garantías constitucionales como el derecho a la integridad, la salud y a la vida.

### **Sentencia T-197 de 2003<sup>11</sup>**

Sobre este tema la Corte señaló las reglas jurisprudenciales aplicables para la asunción de costos de transporte de pacientes, los cuales resultan ser los mismos que se utilizan para la inaplicación de las disposiciones del Plan Obligatorio de Salud.

Dice la Corte que:

*(...), las normas que establecen la obligatoriedad de las entidades promotoras de salud en el pago del traslado de sus usuarios restringen la cobertura a los casos de urgencia debidamente certificada, la movilización de los pacientes internados que requieran atención complementaria y, en todo caso, en las zonas donde se paga una unidad de pago por capitación diferencial mayor.*

---

<sup>11</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. T-666.375, MP: Jaime Córdoba Triviño.



La Corte Constitucional ha señalado las reglas jurisprudenciales aplicables para la asunción de los costos del transporte de pacientes, criterios que comparten la misma justificación de los utilizados para la inaplicación de las disposiciones del Plan Obligatorio de Salud. Así, se parte de considerar que, de manera general, la normatividad se aplica íntegramente y que el transporte debe ser asumido por el afectado o, en razón del principio de solidaridad consagrado en el artículo 95-2 de la Carta, por su familia. Igualmente, la responsabilidad es trasladada a las entidades promotoras únicamente en los eventos concretos donde se acredite que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario.

Es por esto que la corte, manifestó que cuando se compruebe que ni el paciente ni su familia tienen los recursos económicos para cubrir el costo del tratamiento, del medicamento, de la cirugía o del transporte en ambulancia, corresponde al Estado brindar el servicio que requiera la persona por medio de la entidad de salud vinculadas a éste.

### **Sentencia T-760 de 2008**<sup>12</sup>

La corte constitucional aborda varios temas que invocan la protección del derecho a la salud, específicamente el acceso a servicios de salud que se requieren, la cual ha sido clara y reiterada en la jurisprudencia de esta Corporación; los análisis realizados mediante esta sentencia se enfocan en temas como: el acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud, POS,

---

<sup>12</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. T-1281247, T-1289660, T-1308199. MP: Manuel José Cepeda Espinosa.

acceso de servicios de salud no incluidos dentro de POS, acceso de servicios de salud que requiere un menor para su correcto desarrollo, reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno, acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como exámenes y diagnósticos, acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores; acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a lugar distinto a aquel en que reside la persona.

Surge entonces como problema jurídico: ¿Desconoce el derecho a la salud una entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios ordenados por el médico tratante, cuando no autoriza a una persona un servicio que requiere y no puede costearlo por sí misma, por el hecho de que no se encuentra incluido en el plan obligatorio de salud? Diciendo la corte que una entidad de salud viola este derecho fundamental cuando no autoriza un servicio que requiere, ya que toda persona tiene el derecho constitucional de acceder a los servicios de salud que inste con necesidad.

La Corte, desde su inicio ha reconocido que la salud es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo. La salud, por tanto, no es una condición de la persona que se tiene o no se tiene. Es por eso que se cita a la OMS, se dice entonces que la salud es un estado complejo de bienestar físico, mental y social, lo que, en el bloque de constitucionalidad, comprende el nivel más alto de salud posible dentro de cada Estado.

Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho

subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 y reitero en esta que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho, así mismo establece que no se pueden negar los negocios POS y los no POS a ninguna persona alegando la falta de pago y que en su defecto estas deben ser reportada y repetidas ante el FOSYGA.

### **Sentencia T-104 de 2010**<sup>13</sup>

*Este Tribunal ha expresado que el derecho a la salud debe protegerse conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad del sistema de seguridad social consagrados en el artículo 49 de la Constitución Política. En consecuencia, esta Corporación ha señalado de manera reiterada que la acción de tutela protege el derecho fundamental a la salud en su dimensión de acceso a los servicios en salud que se requieren con necesidad, en condiciones dignas. En otras palabras, la garantía básica del derecho fundamental a la salud consiste en que todas las personas deben tener acceso efectivo a los servicios que requieran.*

Dentro de esta sentencia se resalta la importancia de la protección al derecho fundamental a la salud y se especifica que esta no se limita al reconocimiento de los servicios que se requieren con

---

<sup>13</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. T-2360690, T-2393995, T-2404164 y T-2417209. MP: Jorge Ivan Palacio.

necesidad, sino que además implica el acceso rápido, eficiente y de calidad a estos; resaltando que una prestación es rápida y oportuna cuando se recibe en el momento que corresponde, eficiente cuando los tramites administrativos para acceder a estos servicios son razonables y de calidad cuando las entidades prestan el servicio a sus usuarios tienen los recursos estatales disponibles y se pueden evitar impactos negativos.

Consideró entonces la corte Constitucional que, si una persona necesitaba un servicio excluido del plan obligatorio de salud, pero carecía de la capacidad económica para asumir su costo, la entidad prestadora de servicios en salud estaba obligada a autorizar el servicio médico requerido, teniendo derecho al reintegro por parte del Estado del costo derivado del servicio no cubierto por el Plan obligatorio. Para fundamentar dicha posibilidad, esta Corporación consideró que la normativa reglamentaria del sistema de seguridad social en salud no podía ser un obstáculo para el goce efectivo de derechos de rango constitucional como la vida, la dignidad y la salud. Así, en aras de salvaguardar el derecho fundamental a la salud de las personas, la Corte consideró admisible la inaplicación de la reglamentación que excluía los servicios requeridos del catálogo de beneficios, permitiendo en consecuencia el acceso a los denominados “servicios no POS”, siempre y cuando se cumplieran con los siguientes criterios:

“(i) que la falta del servicio médico que se requiere vulnere o amenace los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo necesita;

(ii) que el servicio no pueda ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio o cuando esté científicamente comprobado que el sustituto no tenga el mismo nivel de efectividad que el excluido;

(iii) que el servicio haya sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo, o aun no siendo así, la entidad no haya desvirtuado con razones científicas la necesidad de un tratamiento ordenado por un facultativo de carácter particular”

(iv) la falta de capacidad económica del peticionario para costear el servicio requerido.

### **Sentencia T-974 de 2011**<sup>14</sup>

La Corte Constitucional analiza si Salud Total E.P.S., vulneró los derechos fundamentales de la accionante, al interrumpirle la realización de terapias, y no suministrarle pañales desechables y autorizar el servicio de enfermera domiciliaria. La Corte, manifestó que como el derecho a la salud era de carácter social, estaba sujeto a un desarrollo progresivo, es decir no era un derecho del cual se pudiera exigir su aplicación inmediata, sin embargo, el Estado Colombiano, tiene la obligación de proteger el nivel más alto posible de acuerdo a su capacidad institucional y a los recursos económicos.

Al pasar el tiempo esto fue revaluado, y el derecho a la salud era protegido vía tutela como derecho fundamental por vía de conexidad, teniendo que demostrar entonces que existía una afectación a un derecho fundamental, posteriormente, este tribunal constitucional sostuvo que el derecho a la salud, independientemente de su naturaleza de derecho económico, social y cultural, ostenta la condición de fundamental, debido a que se relaciona de manera directa con la vida y la

---

<sup>14</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. T-3.171.911. MP: Mauricio González Cuervo.

dignidad de las personas, lo que permite que se use la acción de tutela como mecanismo de protección. En la sentencia T-859 de 2003, la Corte dejó de lado el argumento de la conexidad y dijo que la salud era por sí solo un derecho fundamental, concluyendo que.

*(...) aun cuando no se evidencia orden médica en la que se prescriba el servicio de enfermería 24 horas y teniendo en cuenta que la EPS accionada está en la obligación constitucional y legal de prestarle al peticionario los servicios que requiere; la Sala se limitará a ordenar a la Nueva EPS S.A. que dentro de la semana siguiente a la notificación de esta providencia, valore la condición del paciente y determine si aquél requiere el servicio de enfermería 24 horas, tal y como la señora Camacho de Pinilla lo solicita, o la atención médica domiciliaria que le ha prestado la entidad accionada en anteriores oportunidades. De determinarse la necesidad de cualquiera de los dos servicios, se dispondrá su suministro dentro de las cuarenta y ocho horas (48) siguientes a la valoración, de acuerdo con los lineamientos prescritos por el médico tratante.*

### **Sentencia T-161 de 2013**<sup>15</sup>

En esta sentencia la Corte establece el Derecho a la Salud como Derecho Fundamental Autónomo, ya que, al definirse los contenidos precisos de este derecho, se genera un derecho subjetivo a favor de los beneficiarios del sistema de salud, por lo que, las entidades prestadoras no

---

<sup>15</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. T-3.714.929. MP: Jose Ignacio Pretelt.

pueden negarse a suministrar tratamientos, medicamentos o procedimientos incluidos en el POS o POS-S, ya que estarían vulnerando el derecho a la salud, el cual es un derecho fundamental autónomo.

Esta autonomía del derecho se acoge a su vez a lo establecido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), al sostener que:

*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...) considerada como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad.*

Se pregunta entonces la corte dentro de esta sentencia si se esta vulnerando el derecho fundamental a la salud, de la accionante al no prestar un servicio de transporte como un servicio integral de salud, que permita conservar y procurar la dignidad, salud y vida de la accionante.

En este caso específico la Sala estima procedente el amparo del servicio de transporte, dado que se considera que cumple con los parámetros y los requisitos establecidos por la corte alrededor de la línea jurisprudencial, para poder establecer el servicio de transporte como parte de un servicio integral de salud.

### **Sentencia C-313 de 2014**<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. PE-040. MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

En esta Sentencia la Alta Corporación sostuvo que:

*El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente; b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida.*

Para esto se remite al principio de solidaridad el cual exige la ayuda mutua entre personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico a que pertenezcan y sin importar el orden generacional en que se encuentran, teniendo entonces que cumplir dos subreglas:

- En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten



- En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia.

Consideró la Corte de manera oficiosa que el proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, que la ley estatutaria cumplía entonces con todos los requisitos y no violaba de manera alguna el derecho fundamental a la salud contenido en la Carta Magna.

### **Sentencia T-010 de 2019**<sup>17</sup>

En esta sentencia se analiza la superioridad del derecho a la salud y más aún cuando esta tiene que ver con menores de edad, y que tal como se percibe la Carta Magna en su artículo 44 y otros organismos internacionales los derechos de estos prevalecen sobre los derechos de todos.

El orden constitucional y legal vigente ha sido claro en reconocer que la salud reviste la naturaleza de derecho fundamental autónomo e irrenunciable, susceptible de ser protegido por vía de acción de tutela. Este derecho, ha establecido la jurisprudencia, debe ser interpretado de forma amplia, de manera que su ejercicio solo no se predica cuando peligra la vida como mera existencia, sino que, por el contrario, ha considerado la propia jurisprudencia que “(...) *salud comporta el goce de distintos derechos, en especial el de la vida y el de la dignidad*”. Resaltando que la misma es “*esencial para el mantenimiento de la vida en condiciones dignas, adquiriendo esto mayor y particular relevancia*” tratándose de niños, niñas y adolescentes puesto que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 44 de la Carta Política son derechos fundamentales de los mismos “*la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social*”, precisando además que la familia, la

---

<sup>17</sup> Corte Constitucional de Colombia, Ref.: Exps. T- 6897156. MP: Cristina Pardo Schlesinger.

sociedad y el Estado tienen el deber de *“asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”*. Así mismo, esta disposición constitucional indica que *“los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás, por lo que se debe garantizar a estos el acceso al servicio integral de salud.*

Por lo que dentro de esta sentencia ordena a la NUEVA EPS garantizar los servicios de salud y procedimientos quirúrgicos necesitados por el menor de edad.

## Capítulo III. Metodología

### 3.1 Tipo de Investigación

La presente monografía se desarrolla a partir del enfoque mixto de investigación que “representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014, p.546). En ese sentido se quiere profundizar en el acceso al derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos con estatus irregular en el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta en el periodo 2015-2018, tomando como referencia del análisis socio-jurídico lo establecido en la Ley 1751 de 2015 e implementando diferentes técnicas de recolección de la información.

En esa línea se propone un estudio inductivo, flexible y holístico que pretende interpretar la problemática desde su complejidad, reconocimiento las diferentes dimensiones, así como los elementos que la constituyen. En esa medida se interesa por la experiencia de los seres humanos más allá de las cifras o estadísticas obtenidas. De ese modo se desarrolla bajo el tipo descriptivo, este según Arias (2012):

La investigación de tipo descriptiva trabaja sobre realidades de hechos, y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta. Para la investigación descriptiva, su preocupación primordial radica en descubrir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o

comportamiento. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan a la realidad estudiada (p. 17).

En esa medida se trabaja con el presente como principal recurso, mientras se profundiza en las diferentes realidades que la conforman, una posibilidad que no solo beneficia al análisis sino también a la reflexión y discusión de los hallazgos alcanzados, lo cual aporta a un mejor desarrollo de la presente monografía.

### **3.2 Instrumentos de Recolección de Datos**

El documento se construyó a partir del uso de las siguientes técnicas: revisión bibliográfica, entrevista y encuesta. La primera “es considerada como un estudio detallado, selectivo y crítico que integra la información esencial en una perspectiva unitaria y de conjunto. En sí la revisión tiene como finalidad examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva” (Ramos y Romero, 2003, p. 12). De esa forma se configura a nivel teórico y legislativo el fundamento de la presente investigación, interrelacionando diferentes autores y actualizaciones normativas que permiten identificar el estado actual del acceso a la salud en los migrantes venezolanos con estatus irregular.

La segunda técnica consiste en “seguir el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista” (Taylor y Bogdan, 1992, p. 100). Se asemeja a la observación porque se aproxima lo suficiente a la realidad social, logrando captar las sutilezas y características que la conforman, fue aplicada con el director y el jefe de cartera del Hospital Erasmo Meoz, así como con el director del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander (IDS).

La tercera técnica es la encuesta, la cual se adelanta “utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, con el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población” (García, 1993, p. 12). Esta técnica va dirigida a los migrantes venezolanos en condición irregular usuarios del Hospital.

### **3.3 Análisis de la Información**

La información es procesada con la técnica de análisis de contenido, puesto que la revisión documental, las entrevistas realizadas con directivos del Hospital, director y jefe de cartera respectivamente, así como con el director del IDS y la encuesta con los migrantes, exigen una revisión donde se establezcan los aspectos comunes, los elementos con mayor influencia y su relación con el entorno “para conseguirlo se seleccionan determinadas palabras o frases. De esta forma, será su frecuencia de aparición lo que sirve de base para las conclusiones” (López, 2002, p.170).

### **3.4 Población y Muestra**

Esto se relaciona a su vez con la población definida para el estudio, conformada por los venezolanos migrantes instalados en Cúcuta y por quienes hacen parte de la muestra, es decir los migrantes venezolanos en situación irregular que han sido atendidos por el Hospital en el periodo 2015-2018.

### **3.5 Resultados Esperados**

Los resultados esperados incluyen la realización del diagnóstico sobre la situación socio-jurídica de los migrantes venezolanos con estatus irregular desde la vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el año 2018 en el Hospital Erasmo Meoz. También un análisis de la aplicación y eficacia de la Ley 1751 de 2015 en la ciudad de Cúcuta y una revisión sobre los instrumentos o recursos

normativos empleados por los funcionarios para definir quiénes y en qué circunstancias pueden ser atendidos.

## Capítulo IV. Resultados

### 4.1 Diagnóstico de la Situación Socio-Jurídica de los venezolanos con Estatus Irregular desde la Vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el Año 2018 en el Hospital Erasmo Meoz de la Ciudad de Cúcuta

Según los datos registrados por el Hospital, mientras en el 2015 se ofrecieron 782 atenciones a venezolanos, en el 2016 fueron 2.552 atenciones para 2.294 usuarios, en el 2017 brindaron 6.576 atenciones para 5.856 pacientes y en el 2018 16.834 atenciones para 14.349 usuarios (Hospital Erasmo Meoz, 2019), es preciso aclarar que para un solo usuario se pueden ofrecer varias atenciones y por eso se hace la distinción en los datos (ver Anexo A/Anexo E). También se debe destacar que se percibe un incremento exponencial anual que supera el 200% y en el periodo señalado se alcanzó un crecimiento en las atenciones que se aproxima al 1000%, algo inédito para esa entidad prestadora del servicio de salud.

**Tabla 1. Consolidado periodo 2015-2018 Hospital Erasmo Meoz**

<b>Año</b>	<b>Cantidad de usuarios</b>	<b>Cantidad de atenciones</b>
2015	743	782
2016	2.294	2.558
2017	5.856	6.576
2018	14.349	16.834
<b>TOTAL</b>	<b>23242</b>	<b>26.750</b>

Fuente: Hospital Erasmo Meoz (2019)

En ese sentido la facturación generada por el hospital también se ha elevado de manera incontrolable, puesto que mientras en el 2015 la atención a los migrantes venezolanos reportó un valor de seiscientos cincuenta y cinco millones quinientos cuarenta y nueve mil cuatrocientos cinco pesos (\$ 655.549.405), para el 2016 se elevó hasta los dos mil ciento veinticuatro millones

seiscientos ocho mil novecientos treinta tres pesos (\$ 2.124.608.933), mientras que en el 2017 fue de nueve mil trecientos dieciocho millones cuatrocientos ochenta y un mil doscientos noventa y siete pesos (\$9.318.481.297) y en el 2018 fue de treinta mil ciento cuarenta y ocho millones ciento ochenta y siete mil quinientos siete pesos (\$30.148.187.507) (Hospital Erasmo Meoz, 2019).

**Tabla 2. Resumen facturación población venezolana**

<b>Vigencia-Año</b>	<b>Valor facturado</b>	<b>Valor pagado</b>	<b>Saldo</b>
2015	\$ 655.549.405	-	
2016	\$ 2.124. 608.933	-	
2017	\$ 9.318.481.297	\$ 2.188.943.183	
2018	\$ 30.148.187.507	\$ 3.642.755.689	
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 42.246.827.142</b>	<b>\$ 5.831.698.872</b>	<b>\$36.415.128.270</b>

Fuente: Hospital Erasmo Meoz (2019)

En esa medida se identifica que la deuda del hospital ha aumentado significativamente y que eso ha llevado a que se produzcan cambios, inicialmente en el 2015 los venezolanos recibían consulta externa, en ese año fueron 148, posteriormente en el 2016 hasta el mes de septiembre se mantuvo con un total de 137, pero luego de eso se empezó a controlar y priorizar al recibirlos solamente en urgencias de adultos o de pediatría, así como en quirofanos y sala de partos.

En ese sentido son las urgencias y la sala de partos los servicios de los que se benefician y tienen acceso en mayor medida los migrantes, en el caso de la sala de partos se reporan 10.764 atenciones y en las urgencias 15.364 atenciones, ambas durante el transcurso del periodo 2015-2018. En la vigencia del 2019 se mantiene la tendencia con una facturación a corte del 30 de junio de este año de diecinueve mil treinta y uno millones (\$ 19.031.331.170), lo cual evidencia que los migrantes han contado con acceso a la salud, especialmente en las urgencias y no se les ha discriminado por la regularidad o irregularidad de sus documentos.



En la figura 1 se encuentra representada la facturación del hospital, pero también en esos datos ascendentes, se refleja que la institución no ha cerrado sus puertas, incluso cuando la ciudad de Cúcuta no cuenta con una red hospitalaria a la que se puedan transferir los pacientes extranjeros y la capacidad instalada en urgencias esté totalmente superada, puesto que según datos mientras antes se funcionaba con 75 camillas habilitadas y declaradas en urgencia, ahora se trabaja con 200, las cuales tampoco dan abasto.



**Figura 1. Comportamiento facturación población extranjera**

Fuente: Hospital Erasmo Meoz (2019)

En esa línea desde el 2015, el hospital identificó la necesidad de comenzar a regular y priorizar los procesos de atención, adoptando lo señalado por el Decreto 4747 de 2007 en lo referente al artículo 10, donde se dispuso la incorporación de un sistema de selección y clasificación de los pacientes en urgencias, denominado *Triage*, este mismo método fue regulado seguidamente por la Resolución 5596 de 2015, la cual en el artículo 5 lo categoriza, en el nivel I se requiere atención inmediata porque la condición del paciente entraña un riesgo vital, en el nivel II la condición del

paciente puede evolucionar rápidamente hacia la muerte o la pérdida de alguna función u órgano, el nivel III requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas, su situación es estable pero puede empeorar en el caso de no recibir tratamiento.

En el nivel IV el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente, finalmente el nivel V se refiere a una condición clínica aguda o crónica que no afecta el estado general del paciente. De esa forma el Erasmo Meoz ha adoptado dicha clasificación y en esa dirección los migrantes son valorados según su prioridad clínica y los recursos de la institución, consideran los siguientes pasos:

Asegurar una valoración rápida y ordenada de todos los pacientes que llegan a los servicios de urgencias, identificando a aquellos que requieren atención inmediata. Seleccionar y clasificar los pacientes para su atención según su prioridad clínica y los recursos disponibles en la institución, disminuir el riesgo de muerte, complicaciones o discapacidad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia. Brindar una comunicación inicial con información completa que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste su clasificación de Triage, los tiempos de atención o de espera que se proponen y así disminuir su ansiedad (artículo 4, Resolución 5596 de 2015).

No obstante para los migrantes venezolanos ha sido difícil aceptar esas disposiciones, especialmente cuando llegan al país con patologías denominadas catatróficas como el cáncer, en esos casos han optado por entutelar al ente territorial, es decir el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander (IDS), para solicitar la atención de servicios complejos.

Un ejemplo de esto es la Sentencia T-210 de 2018, resultado de la demanda promovida por Natty Yeraldín Sanguino Ruiz, migrante venezolana, quien consideró vulnerados sus derechos a la vida digna y la salud, en cuanto a que el Hospital Erasmo Meoz y el Instituto Departamental de Salud se negaban a autorizar los servicios de quimioterapia, medicamentos y tratamientos que requería por su padecimiento de cáncer de útero.

Inicialmente el juzgado en Cúcuta negó la tutela por considerar que los servicios de urgencia oblogatorios por la Ley, ya habían sido debidamente prestados, y que su situación irregular en el país no la habilitaban para recibir servicios de alto costo por no estar inscrita en el Sistema de Seguridad Social. Entretanto, posteriormente, el fallo de la corte se resolvió a favor de la migrante, ordenando autorizar el tratamiento completo, por su parte el IDS entre sus argumentos declaraba que “día a día este fenómeno aumenta y a la fecha el departamento está desbordado frente a la prestación de servicios de salud, sin que haya solución que mitigue el impacto de las migraciones” (Sentencia T-210-18).

Por su parte, la Corte Constitucional hizo énfasis en que “los Estados deben garantizar a todos los migrantes, incluidos aquellos que se encuentran en situación de irregularidad, no solo la atención de urgencias con perspectiva de derechos humanos, sino la atención en salud preventiva con un enérgico enfoque de salud pública” (Sentencia T-210-18). Aunque también delcaraba que “las políticas en esta materia deben ser progresivas, teniendo en cuenta que las limitaciones para acceder a servicios de salud es un problema generalizado que ya venían sufriendo los colombianos” (Sentencia T-210-18).

Otra sentencia es la contenida en el Expediente T-6578985, interpuesta por la señora Francys Deriannys Rodríguez López, quien actuó como representante de su hijo de dos años de edad Miguel Arcángel Márquez Rodríguez, quien presentaba una hernia escrotal gigante y otra

umbilical desde el nacimiento, pero no era atendido por no tratarse de una urgencia médica y por no estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En un primer momento fue autorizada la atención por el el Juzgado 4 Civil del Circuito de Oralidad de Cúcuta, pero luego la decisión fue impugnada por el IDS y aprobada por la Sala Civil de Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta, al afirmar:

(...) debido a que el menor de edad no se encuentra afiliado al SGSSS y no cuenta con ningún documento que valide su permanencia legal en el país, y que le permita realizar su afiliación. Así mismo, exhortó al ICBF para que brinde el acompañamiento necesario a la madre del niño durante el trámite del Permiso Especial de Permanencia (PEP en adelante), el cual le permitirá afiliarse a su hijo al Sistema de Seguridad en Salud (Expediente T-6578985, 2017, p. 12).

En la revisión del fallo por parte de la Corte se solicitó el concepto de la Asociación de Migrantes de Venezuela (Asovenezuela) quienes se pronunciaron sobre la situación irregular de los migrantes venezolanos y el derecho a la salud:

En escrito del 23 de abril de 2018, la organización señaló que el trato del migrante en materia de salud, no ha sido equitativo con el resto de los habitantes del territorio nacional, y agregó que no puede haber integración sin acceso equitativo a los servicios públicos. Indicó que existe una desinformación de los prestadores de servicios de salud los cuales constantemente asimilan irregularidad migratoria con ilegalidad, pese a que la ilegalidad necesariamente hace referencia a una figura que

enfrenta la ley. Además, agregó que los mismos no se encuentran familiarizados con la documentación que puede tener una persona extranjera o un migrante (PEP, visa, salvoconducto de refugiado, entre otros), lo cual ha resultado en negativas para la prestación del servicio, incluso en los casos que existe el derecho a la atención integral (Expediente T-6578985, 2017, p. 18).

Dentro de la misma Sentencia el Centro de Estudios Derecho, Justicia y Sociedad (DeJusticia) se pronunció frente al acceso a la salud de los migrantes menores de edad:

(...) en el caso de los niños, quienes son sujetos de especial protección cuyos derechos prevalecen sobre los de los demás (artículo 44), esta atención debe extenderse a todos los servicios médicos que sean necesarios para garantizar el máximo nivel de bienestar físico, mental y social, tal como lo establece el derecho internacional de los derechos humanos. De otra parte, la misma Constitución establece que las personas con enfermedades terminales y crónicas debido a su grave situación de salud se encuentran en una situación de debilidad manifiesta y está en riesgo su vida e integridad personal (artículo 11 de la Constitución) (Expediente T-6578985, 2017, p. 18).

De la misma manera, DeJusticia también se refiere a la situación irregular de los venezolanos como un argumento poco justo o inclusivo para negarles el derecho a la salud:

Sobre este punto, sostuvo que una de las grandes barreras de los migrantes es su acceso a las rutas de regularización en Colombia, las cuales a su vez les permiten acceder al SGSSS. Señaló que las posibilidades de acceder a la regularización dependen del tipo de migración, de los recursos económicos con los que cuentan los migrantes y de las barreras institucionales y económicas que presentan en ambos países. En Venezuela, los documentos oficiales, como pasaportes o documentos apostillados son difíciles de obtener por los migrantes, no solo por sus costos inasequibles para una persona en situación de pobreza, sino por el deterioro institucional al que se enfrenta el país. Aseguró que estas exigencias constituyen una carga desproporcionada para acceder al derecho a la salud, y van en contra de los principios de accesibilidad, equidad, continuidad, y solidaridad y contra el derecho de las personas de no ser obligados a soportar sufrimiento evitable ni obligados a padecer enfermedades para las que existe tratamiento (artículos 6 y 10 de la Ley 1751 de 2015). Estas cargas pueden llevar a consecuencias inconstitucionales al violar el derecho a la vida digna (artículos 1 y 11 C.P) (Expediente T-6578985, 2017, p. 20).

Finalmente el fallo fue a favor de la madre y su hijo, ordenando autorizar la valoración y respectiva cirugía. No obstante en las tutelas se ve reflejado que los migrantes venezolanos, debido al estado generalizado de su país de origen, no encuentran atención o tratamientos para los casos más sencillos, en esa medida mucho menos para las patologías de complejidad y continúan las tutelas contra la entidad territorial, en este caso el IDS, puesto que los juzgados de la ciudad continúan fallando a su favor aduciendo principalmente dos argumentos: la carga fiscal y la

inviabilidad financiera del sistema a nivel local, así como la no vinculación legal de los migrantes con el SGSSS, debido a que no cuentan con un documento que los identifique y establezca su permanencia legal en el territorio colombiano.

Por su parte las entidades y organizaciones nacionales e internacionales siguen demandando la protección integral de los migrantes, así como el cumplimiento de la clasificación *Triage* sobre los niveles de atención en urgencias. Mientras que para las autoridades locales como el director del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander (IDS), Carlos Martínez, quien fue entrevistado para la presente monografía y señaló lo siguiente:

La interpretación de la universalidad en la Ley 1751 es clara en condición regular deben las IPS asumir y garantizar la atención de los migrantes y a través de su Red garantizarles la atención, sin embargo para tener esta población en cuenta es importante que por el decreto 866 de 2017 establece que la atención a la población migrante que ingresa de manera irregular al país, la atención básica importante es la urgencia vital.

Así mismo, se realizó una encuesta (Anexo F) aplicada con 10 migrantes venezolanos en condición irregular presentes en la zona de urgencias del Hospital, por medio de la cual fue posible establecer que el 70% de ellos considera que se le ha garantizado el derecho a la salud en el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta, por su lado el 30% restante describe que para sus dificultades de salud de mayor complejidad no han recibido la atención que necesitan, ni se les han ofrecido alternativas.

También precisaron en un 100% de los casos que no conocen el contenido de la Ley 1751 de 2015, en ese sentido Martínez (2014) explicaba que los movimientos migratorios van acompañados de vulnerabilidad y prisas, en esa línea es poco probable que por sus condiciones y desafíos puedan contar con el espacio para acceder a la información y conocer el contenido de la norma vigente para regular el derecho a la salud. Aunque también se observa que el 60% de ellos ha interpuesto una acción legal, tutela, para acceder al servicio de salud, lo cual indica que si han recurrido a algún tipo de asesoría para superar una difícil situación en materia de bienestar físico.

Por su parte el 90% de los migrantes encuestados considera que el Estado debe garantizar el derecho a la salud de los migrantes, una perspectiva que de acuerdo con Rocha (2012) es un reto porque los sistemas de salud se encuentran mercantilizados, razón por la cual lo público, cada vez ha cedido más su responsabilidad e injerencia en su gestión, no obstante el Gobierno Nacional cuenta con el conocimiento de la situación y aunque persiste la deuda entre ambas partes, se evidencia con un 80% de las respuestas que si consideran se ha garantizado el derecho a la salud a través de la atención en urgencias, un servicio esencial al cual ya han asistido previamente el 100% de la muestra no aleatoria intencional definida (Anexo G).

Por el contrario solo el 10% de los migrantes irregulares ha recibido atención en una consulta especializada, lo cual no consiguen dimensionar completamente porque apenas el 60% de ellos ha sido informado acerca de como por Ley solo están obligados a ofrecer el servicio de atención en urgencias vitales, de los cuales únicamente el 10% han recibido asesoría legal por parte del Hospital o alguna otra institución sobre sus derechos y deberes en el área de la salud como migrante.

Finalmente solo el 20% de ellos tiene un problema de salud que necesita atención especial y no la ha recibido. En general se identificó que los migrantes desconocen el contenido y los alcances

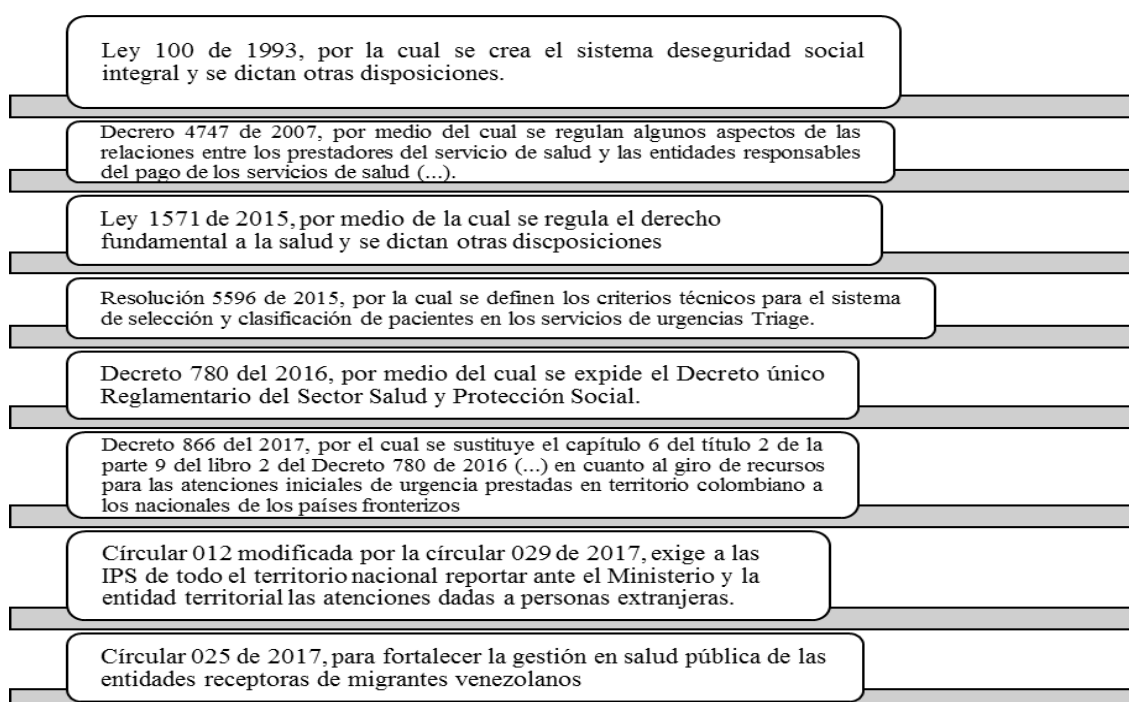


de la Ley 1751 de 2015, tampoco reciben la información pertinente de parte del hospital, solo acuden a otras fuentes como profesionales en Derecho para buscar opciones como lo son las acciones legales, cuando ya enfrentan complicaciones de salud extremas.

Los resultados de la encuesta evocan lo señalado por Villar Borda y Rosales (2005) en lo referente a los procesos de adaptación y asentamiento, especialmente en el acceso a los derechos básicos, puesto que el país ha realizado unos esfuerzos sin precedentes que apenas se encuentran en desarrollo, para lo cual sería importante que se habiliten más canales e instancias dedicadas a ofrecer asesoría responsable a los migrantes.

#### **4.2 Aplicación y Eficacia de la Ley 1751 de 2015 en la Ciudad de Cúcuta Respecto al Acceso al Derecho Fundamental a la Salud de los Migrantes Venezolanos con Estatus Irregular Durante el Periodo 2015-2018**

En la aplicación de las entrevistas con el gerente, Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya y el jefe de cartera del Hospital Erasmo Meoz, se identificó el marco legal aplicado por la institución para prestar el servicio de salud a los migrantes venezolanos:



## **Figura 2. Marco legal del Hospital Erasmo Meoz**

Fuente: Elaboración propia (2019)

En ese sentido para los funcionarios de la IPS la norma rectora es la Ley 100 de 1993, aunque reconocen en la Ley 1751 de 2015 una actualización del sistema que aporta nuevas líneas de acción y claridad, también se guían para la toma de decisiones cotidianas en lo referente a la atención de los migrantes por lo establecido en el Decreto 4747 de 2017. Mientras que para pronunciamientos más recientes y actualizados atienden lo señalado en las circulares del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la Ley Estatutaria 1751 de 2015, objeto de análisis en la presente monografía, se encuentran algunas fortalezas y debilidades relacionadas con lo que ha significado el fenómeno migratorio masivo como una prueba decisiva frente al cumplimiento del objetivo principal de esta norma como es “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (artículo 1).

Asimismo en el artículo 2, la misma ley, define el derecho a la salud como autónomo e irrenunciable, basándose además en los tratados internacionales a los que se encuentra adherido y ratificado Colombia, entre esos: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención Internacional Sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares, el Instrumento Andino de Seguridad Social, entre otros.

La norma tiene dentro de su ámbito de aplicación “a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud” (artículo 3). Sin embargo entre las obligaciones del Estado, algunas no se están cumpliendo con

relación a los migrantes, específicamente en lo relacionado con “formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema” así como en “velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población” (artículo 5).

Una de las falencias más destacadas es que en la IPS solo se atienden las urgencias vitales, en la clasificación *Triage* va del nivel I al III, del resto cuando no está en riesgo la vida del paciente, se exige su afiliación al SGSSS y eso contradice lo señalado por la Ley 1751 de 2015 frente a que las diferentes dependencias estén coordinadas para “el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población” (artículo 5).

En los elementos de la salud como derecho fundamental, tampoco se están cumpliendo algunos con los migrantes venezolanos en situación irregular, aunque la Ley habla de todos los habitantes, sin discriminar por su situación migratoria, especialmente en lo relacionado con la accesibilidad que se dirige esencialmente a los grupos vulnerables, pero que no se cumple en la actualidad, no al menos antes de entutelar o en los fallos de primera instancia. Entre sus principios la Ley establece la universalidad: “los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida” (artículo 6), como ya se ha mencionado tampoco se cumple de manera efectiva.

En la actualidad tampoco se está cumpliendo con el principio de progresividad, en otros casos como por ejemplo:

Países como Costa Rica y Chile han incorporado ajustes normativos y presupuestales para avanzar desde la atención de urgencia, hacia la atención de eventos y/o poblaciones prioritarias, hasta llegar al aseguramiento en salud de la población irregular, a quienes incorporaron como grupo vulnerable. Esas políticas de integración de los migrantes al desarrollo de los países receptores, se han vinculado con el logro de mejores resultados de salud en esta población (OMS, 2016, p. 13).

Asimismo en la norma se reconocen al menos dos principios que en la realidad entran en contradicción, por una parte el principio *pro homine* que busca una interpretación de las normas que sea favorable a la protección y el acceso del derecho a la salud, por el otro está el principio de la sostenibilidad que ha llevado a la entidad territorial, en este caso el Instituto Departamental de Salud, a negar la autorización de medicamentos y tratamientos complejos, debido al considerable déficit y la deuda que tiene el Hospital hasta junio del 2019.

También hay dificultades con el principio de prevalencia de derechos, puesto que inicialmente se ha apoyado la atención prenatal, incluso excediendo los recursos humanos y físicos disponibles, pero luego con los niños que han llegado con patologías clínicas, han sido rechazados por no estar afiliados al SGSSS, como se vio reflejado en el caso del expediente T-6578985.

En general, fuera de garantizar la atención en urgencias vitales y en las salas de partos (Decreto 4747 de 2007) son pocas las acciones afirmativas que se han emprendido para aportar al bienestar de los migrantes, aunque sin duda los esfuerzos ya han dejado al hospital en saldo rojo con una deuda que supera los cincuenta y tres mil millones de pesos (\$53.046.459.440), puesto que han hecho todo lo que han podido hasta el momento.

Un aspecto que persiste es la necesidad de profundizar en los determinantes sociales de la salud, abordados en el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, puesto que en el caso de los migrantes venezolanos al desconocer que la vulnerabilidad es un elemento de mayor peso dentro de la norma que el estatus migratorio, y que la irregularidad en los documentos no puede impedir el goce efectivo de este derecho, se aleja de lo aprobado en esta Ley Estatutaria.

De acuerdo con Burgos y Parvic (2011) “ La atención en salud del migrante representa un reto para la salud pública, para lo cual se debe incorporar políticas de acceso y estrategias de información; así como también, promover un trato humanizado en los servicios de salud” (p. 91). En esa medida los determinantes sociales que aborda la ley incluyen factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, educación, acceso a los servicios públicos, entre otros que dentro de una población vulnerable se reducen drásticamente.

No obstante hay derechos y aspectos de la norma que se vienen cumpliendo a cabalidad, como:

Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno (...) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley (...) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito (artículo 10).

En esa línea no se identifica discrepancia entre los deberes y derechos porque se aclara que se deben cumplir las normas del sistema de salud, las cuales en líneas generales priorizan la atención

en urgencias, esa es la única obligación irrenunciable y agrega en el artículo 10 que se debe “Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio” (artículo 11). Lo mismo fue recalcado por el director del IDS para quien “nosotros asumimos la responsabilidad establecida por la Ley y nos esforzamos para garantizar el derecho a la vida de los pacientes en las urgencias vitales, sin discriminar la condición regular o irregular del migrante”.

No obstante en el capítulo anterior se identificó que el Hospital Erasmo Meoz va un poco más allá al brindar atención en consulta externa, unidad de cuidados intensivos (adultos, neonatal y pediátrica), intermedio neonatal y sala de partos, incluidas las urgencias adultas y de pediatría. Lo cual evidencia que en conjunto se aplica lo señalado en la Ley 1751 de 2015 porque se ofrece el servicio inicial y vital que permite salvar vidas. Sin embargo algo que si le falta al Hospital es ser más expedito en la asesoría y la orientación dada a los migrantes porque el 100% de ellos, recordando los resultados de la encuesta, desconoce lo definido en la Ley 1751 de 2015, por lo cual tienen demandas que no solo desbordan los recursos humanos y financieros del sistema sino que además crean expectativas poco realizables en los migrantes.

#### **4.3 Aspectos Socio-Jurídicos que Determinan el Acceso de los Migrantes Venezolanos con Estatus Irregular al Derecho Fundamental a la Salud**

En el análisis de los capítulos anteriores se han mencionado algunos aspectos que determinan el acceso de los migrantes en situación irregular al derecho a la salud, en este apartado es preciso caracterizar cada uno de ellos. El primero de ellos es el estatus migratorio, puesto que el Sistema de Salud en Colombia tiene unos procesos de afiliación y aseguramiento que implican acciones

administrativas, las cuales definen el acceso de los migrantes más allá de la atención vital en urgencias.

Sin embargo, se han generado algunas vías de acción como es el caso de los familiares con origen colombiano, que viviendo en Venezuela retornaron al país, y para ellos se aprobó el Decreto 2228 de 2017 que les permitió afiliarse en el régimen subsidiado al SGSSS al ser definidos como población especial, a partir de la realización de censos por parte de las alcaldías y gobernaciones, cuando no están habilitados los censos las personas pueden acudir al SISBEN para recibir valoración socioeconómica y saber si pueden optar a dicho régimen.

No obstante, ese no es el caso de todos, el gobierno nacional también reconoce a los migrantes en situación pendular, es decir quienes solo contaban con la Tarjeta de Movilidad Fronteriza (TMF) como documento de identificación, quienes solo podían optar a la atención gratuita en urgencias. Por su parte quienes cuenten con el Permiso Especial de Permanencia (PEP) si pueden afiliarse al régimen contributivo o subsidiado, según sus condiciones de vida.

Para los migrantes que definitivamente se encuentran en situación irregular, solo se asegura la atención inicial en urgencias, sin embargo también cuentan con la opción de presentar una tutela:

Puede darse un caso donde una entidad en materia de salud no lo atienda por motivos procedimentales, en el escenario donde su vida se pueda ver extremadamente comprometida. En este tipo de situaciones, puede acceder a la acción de tutela solicitando a un Juez que reconozca su derecho que se encuentra en peligro y así, se ordene a la entidad a prestar el servicio en salud. (...) El Estado colombiano sólo le reconoce el derecho al mínimo vital y el acceso a la tutela cuando su vida se puede ver realmente lesionada. Si hay una afectación a su vida

pero que no compromete su vida, no puede iniciar una acción de tutela (Universidad del Rosario, 2017, p. 35).

También, más allá de lo jurídico, es importante aclarar las condiciones sociales de los migrantes, según el diagnóstico presentado en el Conpes 3950 de 2018, la población del RAMV:

Es mayoritariamente joven. En particular, se observa que se encuentran contabilizados casi 230.000 personas entre los 20 y 39 años. Este segmento corresponde a aproximadamente el 52 % del total del registro. También hay un importante volumen de niños entre los 0 y 9 años que conforma el 18 % de la muestra. En contraste, el grupo de adultos mayores de 50 años no alcanza los 26.000 registros (i.e. el 6 % del fenómeno migratorio comprendido por el RAMV) (Tabla 2). Respecto a la distribución entre hombres y mujeres, se puede observar que para todos los grupos etarios la distribución es similar. En términos globales, la población masculina es ligeramente superior a la femenina (2018, p. 36).

En general son personas que desconocen la normatividad colombiana y cuando se instalan en el territorio comienzan a buscar información en las diferentes dependencias del Estado presentes en Cúcuta, desde Migración hasta la Alcaldía, aunque pocas veces encuentran una ruta unificada que les permita seguir una secuencia de pasos efectivos para regularizar su situación.

Asimismo viven en condiciones precarias, sin vivienda y empleo, lo cual los orienta hacia la supervivencia diaria, razón por la cual descuidan la solución de sus documentos migratorios, no



cuentan con los documentos requeridos para afiliarse al SGSSS y no cumplen con los requisitos de legalidad establecidos para acceder a la salud o educación.

También se han presentado eventos epidemiológicos asociados con la población venezolana, de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (Sivigila) se ha notado un incremento en los casos que “corresponden a malaria (36,8 %), violencias de género (12,6 %), desnutrición aguda en menores de 5 años (6,6 %), VIH/SIDA/mortalidad por SIDA (6,2 %) y tuberculosis (4,0 %)” (2018, p. 48), donde Norte de Santander es el departamento con mayores notificaciones de incidencia al respecto.

Una de las metas centrales definidas en el Conpes 3950, destaca lo siguiente:

Se hace necesario realizar dos acciones principales: la primera es afiliar a la población migrante regular y retornados en su totalidad, y la segunda es generar rutas de atención vía oferta para la población migrante irregular y pendular. La primera opción resulta más eficiente, ya que trasfiere el riesgo financiero a la EPS, en particular cuando se presentan enfermedades crónicas o de alto costo que requieren garantizar frecuencia e integralidad en las atenciones; y la segunda opción organiza la prestación de servicios de salud en donde no es posible el aseguramiento en el corto plazo y será necesario contar con sistemas de identificación que permitan realizar seguimiento sobre esta población (2018, p. 47).

No obstante los mecanismos habilitados por el gobierno no han sido transversales sino coyunturales, primero con la TMF, luego con el PEP, posteriormente con la implementación del RAMV, asimismo los migrantes han encontrado unas instituciones que no estaba preparadas para

un fenómeno de estas dimensiones, en esa medida la capacidad para accionar y articular la verificación de los documentos o los procesos de atención es salud es limitada:

No existe un mecanismo de enrolamiento o validación de la plena identidad. Es decir, en escenarios como el acceso a diferentes servicios del Estado, no es posible verificar si la persona que utiliza el permiso en efecto corresponde a quien lo solicitó. A la fecha estos permisos fueron otorgados para quienes ingresaron por PCM y por la información que, de manera voluntaria, fue recolectada a través de encuestas (RAMV), sin que se haya recolectado ningún tipo de información biométrica (huellas dactilares o datos de iris) (2018, p. 76).

Lo mismo sucede con la entrega de información, como ya se había mencionado anteriormente, enfrentan grandes dificultades porque las entidades territoriales no tienen la experiencia técnica para brindar la asesoría necesaria y dinamizar la afiliación de los migrantes, quienes al ser irregulares se encuentran en un punto de incertidumbre, solo con la certeza de poder recibir atención inicial en los servicios de urgencias de la ciudad de Cúcuta.

## 5. Conclusiones

Es oportuno destacar que se tomo como referencia la Ley 1751 de 2015 porque es el regimen vigente en el país encargado de regular el acceso a la salud como derecho fundamental, sin embargo cuando fue aprobado apenas estaba iniciado el fenómeno migratorio de Venezuela y posteriormente se ha visto complementada o adaptada por decretos posteriores. La situación socio-jurídica de los migrantes venezolanos con estatus irregular desde la vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el año 2018 en Cúcuta deja en evidencia que se les ha garantizado la atención de urgencias, en la actualidad no solo están respaldados por la Ley 1751 sino también por el Decreto 866 de 2017.

La incidencia de la norma en el Hospital Erasmo Meoz ha sido total porque han acatado e implementado la normatividad, incluso al costo de su operatividad, puesto que pasaron de funcionar con 75 camas en urgencias hasta las 200 camas, sin embargo continuan presentando un déficit en los recursos físicos, humanos y financieros que no ha sido impedimento para garantizar la atención básica.

En cuanto a la aplicación específica de la Ley 1751 de 2015 en la ciudad de Cúcuta respecto al acceso al derecho fundamental a la salud de los migrantes venezolanos con estatus irregular durante el periodo 2015-2018, se reconoce que en líneas generales se ha cumplido, puesto que garantiza el acceso a la salud de los migrantes en los momentos que más los necesitan, aunque también encierra una contradicción porque resalta la necesidad de cumplir la normativa del Sistema de Salud, es decir atender a quienes estén afiliados al regimen subsidiado o contributivo, no ofrecer ninguna atención cuando no esté en peligro la vida del paciente y eso es algo que excede la realidad, puesto que diariamente llegan al hospital migrantes con situaciones de emergencia que

no pueden ser ignoradas por el personal médico. Convirtiéndose en un desafío la interpretación de la norma, puesto que confronta no solo a la IPS sino también a la entidad territorial con los aspectos de viabilidad financiera, los cuales no son respaldados ni resueltos por el gobierno nacional.

En la indagación con los funcionarios del Hospital Eramos Meoz sobre los aspectos socio-jurídicos que determinan el acceso de los migrantes venezolanos, con estatus irregular al derecho fundamental a la salud, se encontró que sus condiciones de vida, así como la infraestructura y la capacidad de las instituciones públicas para responder al nuevo contexto de frontera son elementos fundamentales, puesto que por un lado los migrantes tienen desconocimiento sobre el marco legal, pero también deben ocuparse de sobrevivir antes de regularizar su estatus en el país y por el otro las dependencias gubernamentales se contradicen entre sí, tienen una interpretación fragmentada de las normas y su nivel de coordinación no beneficia a los migrantes, además que no ofrecen la asesoría pertinente para que ellos puedan conocer sus alcances y limitaciones.

La confusión mencionada anteriormente, se extiende hacia la información y la asesoría que se ofrece a los migrantes desde el Hospital y otras instituciones, puesto que se da por hecho que ellos conocen y comprenden que por Ley, en su condición irregular, solo se les debe garantizar la atención en urgencias, pero en realidad no lo saben y aunque se encuentran satisfechos con poder resolver las urgencias vitales, todavía falta un largo proceso para minimizar su impacto, el cual aunque es principalmente financiero, también guarda relación con la entrega oportuna de información.

## 6. Recomendaciones

Es oportuno enfatizar que se debe hacer un seguimiento de los efectos y desafíos del fenómeno migratorio en Cúcuta en el ámbito de la salud, puesto que es uno de los sectores más afectados, especialmente en su sostenibilidad a mediano y largo plazo, sin embargo también es necesario que desde la academia se realicen investigaciones que reflexionen en torno al mercado laboral o el sector educativo porque todos son componentes valiosos de la seguridad y el bienestar social.

También se recomienda no desestimar lo social al priorizar lo jurídico, debido a que es razonable sustentar las normas que dan forma a la realidad, pero de la misma forma se debe profundizar en los modos de vida de la población estudiada, encontrar en sus vivencias y circunstancias motivos de análisis que hacen posible ver el marco legal desde nuevas perspectivas.

Finalmente es pertinente incentivar una comprensión más humana de la migración, ahora que se vive en el territorio, cuando ya no es un fenómeno lejano que sucede en otras naciones o continentes, sino que tiene como protagonista a Colombia y Cúcuta, se requiere que el conocimiento aporte hacia un entendimiento más respetuoso con las tragedias y más constructivo para generar acciones intencionales que puedan promover el cambio en la vida de estos migrantes.

## 7. Anexos

### Anexo A. Facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencia 2015

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEUZ			
FACTURACION DE PACIENTES VENEZOLANOS			
VIGENCIA 2015			
MES - AREA DE SERVICIO	CANTIDAD DE USUARIOS	CANTIDAD DE ATENCIONES	VALOR FACTURADOR POR SERVICIO
CONSULTA EXTERNA		148	\$ 13.379.500,00
SALA DE PARTOS		145	\$ 97.949.756,00
URGENCIAS ADULTOS		229	\$ 361.327.379,00
URGENCIAS PEDIATRIA		260	\$ 182.892.770,00
<b>TOTAL ENERO 2018</b>		<b>782</b>	<b>\$ 655.549.405,00</b>

Fuente: Información proporcionada por Ludwing Suarez, apoyo del equipo de prensa del Hospital Universitario Erasmo Meoz. La facturación se encuentra reportada a SISPRO con reporte de circular 013 y circular 027.

### Anexo B. Facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencia 2016

	A	B	C	D	E	F
1	E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEUZ					
2	FACTURACION DE PACIENTES VENEZOLANOS					
3	CORTE 31 DE DICIEMBRE DEL 2016					
4						
5	<b>MES - AREA DE SERVICIO</b>	<b>CANTIDAD DE</b>	<b>CANTIDAD DE</b>	<b>VALOR FACTURADOR</b>		
6	<b>ENERO</b>	<b>85</b>	<b>101</b>	<b>\$ 82.731.460,00</b>		
7	CONSULTA EXTERNA	26	26	\$ 1.901.300,00		
8	SALA DE PARTOS	22	28	\$ 22.093.529,00		
9	URGENCIAS PEDIATRIA	14	19	\$ 25.435.438,00		
10	URGENCIAS ADULTOS	23	28	\$ 33.301.193,00		
11	<b>FEBRERO</b>	<b>96</b>	<b>116</b>	<b>\$ 61.266.949,00</b>		
12	CONSULTA EXTERNA	18	20	\$ 1.637.000,00		
13	QUIROFANOS	2	2	\$ 1.687.600,00		
14	SALA DE PARTOS	26	32	\$ 14.115.873,00		
15	URGENCIAS PEDIATRIA	31	35	\$ 7.567.862,00		
16	URGENCIAS ADULTOS	19	27	\$ 36.258.614,00		
17	<b>MARZO</b>	<b>103</b>	<b>124</b>	<b>\$ 133.718.044,00</b>		
18	CONSULTA EXTERNA	16	20	\$ 1.389.000,00		
19	SALA DE PARTOS	28	33	\$ 15.145.928,00		
20	URGENCIAS PEDIATRIA	22	27	\$ 9.276.376,00		
21	URGENCIAS ADULTOS	37	44	\$ 107.906.740,00		
22	<b>ABRIL</b>	<b>94</b>	<b>111</b>	<b>\$ 86.577.051,00</b>		
23	CONSULTA EXTERNA	8	11	\$ 853.000,00		
24	SALA DE PARTOS	13	16	\$ 11.226.272,00		
25	URGENCIAS PEDIATRIA	36	41	\$ 20.543.244,00		
26	URGENCIAS ADULTOS	37	43	\$ 53.954.535,00		
27	<b>MAYO</b>	<b>127</b>	<b>152</b>	<b>\$ 55.431.041,00</b>		
28	CONSULTA EXTERNA	15	18	\$ 1.546.200,00		
29	SALA DE PARTOS	24	29	\$ 12.489.457,00		
30	URGENCIAS PEDIATRIA	42	50	\$ 21.708.683,00		
31	URGENCIAS ADULTOS	46	55	\$ 19.686.701,00		
32	<b>JUNIO</b>	<b>173</b>	<b>208</b>	<b>\$ 150.877.730,00</b>		
33	CONSULTA EXTERNA	23	27	\$ 1.647.500,00		

32	<b>JUNIO</b>	<b>173</b>	<b>208</b>	<b>\$ 150.877.730,00</b>
33	CONSULTA EXTERNA	23	27	\$ 1.647.500,00
34	SALA DE PARTOS	36	43	\$ 28.734.706,00
35	URGENCIAS PEDIATRIA	62	78	\$ 60.787.310,00
36	URGENCIAS ADULTOS	52	60	\$ 59.708.214,00
37	<b>JULIO</b>	<b>142</b>	<b>162</b>	<b>\$ 158.584.548,00</b>
38	CONSULTA EXTERNA	5	5	\$ 253.500,00
39	SALA DE PARTOS	26	32	\$ 21.903.637,00
40	URGENCIAS PEDIATRIA	68	77	\$ 66.072.147,00
41	URGENCIAS ADULTOS	43	48	\$ 70.355.204,00
42	<b>AGOSTO</b>	<b>283</b>	<b>301</b>	<b>\$ 247.137.097,00</b>
43	CONSULTA EXTERNA	25	26	\$ 583.800,00
44	QUIROFANOS	2	2	\$ 3.493.017,00
45	SALA DE PARTOS	79	85	\$ 54.359.228,00
46	URGENCIAS PEDIATRIA	86	96	\$ 89.248.850,00
47	URGENCIAS ADULTOS	91	92	\$ 99.452.202,00
48	<b>SEPTIEMBRE</b>	<b>263</b>	<b>290</b>	<b>\$ 315.821.969,00</b>
49	CONSULTA EXTERNA	1	1	\$ 33.400,00
50	SALA DE PARTOS	78	88	\$ 68.356.805,00
51	URGENCIAS PEDIATRIA	81	89	\$ 40.254.091,00
52	URGENCIAS ADULTOS	103	112	\$ 207.177.673,00
53	<b>OCTUBRE</b>	<b>363</b>	<b>388</b>	<b>\$ 302.421.186,00</b>
54	CONSULTA EXTERNA	0	0	\$ -
55	SALA DE PARTOS	106	112	\$ 57.358.249,00
56	URGENCIAS PEDIATRIA	114	125	\$ 77.454.065,00
57	URGENCIAS ADULTOS	142	150	\$ 166.641.867,00
58	QUIROFANOS	1	1	\$ 967.005,00
59	<b>NOVIEMBRE</b>	<b>275</b>	<b>294</b>	<b>\$ 214.292.652,00</b>
60	CONSULTA EXTERNA	0	0	\$ -
61	SALA DE PARTOS	92	96	\$ 75.104.084,00
62	URGENCIAS PEDIATRIA	89	96	\$ 48.868.121,00
63	URGENCIAS ADULTOS	94	102	\$ 90.320.447,00
64	QUIROFANOS	0	0	\$ -
65	<b>DICIEMBRE</b>	<b>290</b>	<b>311</b>	<b>\$ 315.749.206,00</b>
66	CONSULTA EXTERNA	0	0	\$ -
67	SALA DE PARTOS	78	87	\$ 81.262.132,00
68	URGENCIAS PEDIATRIA	127	133	\$ 113.017.479,00
69	URGENCIAS ADULTOS	84	90	\$ 121.072.425,00
70	QUIROFANOS	1	1	\$ 397.170,00
71	<b>Total general</b>	<b>2294</b>	<b>2558</b>	<b>*****</b>
72		2.294	2.558	2.124.608.933
73		-		
74	<b>TOTAL AÑO 2016</b>			
75	<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>137</b>	<b>154</b>	<b>\$ 9.844.700</b>
76	<b>SALA DE PARTOS</b>	<b>608</b>	<b>681</b>	<b>\$ 462.149.960</b>
77	<b>URGENCIAS PEDIATRIA</b>	<b>772</b>	<b>866</b>	<b>\$ 580.233.666</b>
78	<b>URGENCIAS ADULTOS</b>	<b>771</b>	<b>851</b>	<b>*****</b>
79	<b>QUIROFANOS</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>\$ 6.544.792</b>
80	<b>Total general</b>	<b>2294</b>	<b>2558</b>	<b>2124608933</b>

Fuente: Información proporcionada por Ludwing Suarez, apoyo del equipo de prensa del Hospital Universitario Erasmo Meoz. La facturación se encuentra reportada a SISPRO con reporte de circular 013 y circular 027.

**Anexo C.** Facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencia 2017

<b>E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ FACTURACION DE PACIENTES VENEZOLANOS DE 1 DE ENERO DEL 2017 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2017</b>			
MES - AREA DE SERVICIO	CANTIDAD DE PACIENTES	CANTIDAD DE ATENCIONES	VALOR FACTURADOR POR SERVICIO
URGENCIAS PEDIATRIA	296	325	\$ 302.898.638,00
URGENCIAS ADULTOS	345	379	\$ 604.796.749,00
<b>TOTAL CORTE 31 DICIEMBRE 2017</b>	<b>5856</b>	<b>6576</b>	<b>\$ 9.318.481.297,00</b>
CONSULTA EXTERNA	49	90	\$ 19.387.536,00
QUIROFANOS	10	11	\$ 14.005.443,00
SALA DE PARTOS	1769	2152	\$ 2.008.626.634,00
URGENCIAS PEDIATRIA	1986	2139	\$ 1.997.258.423,00
URGENCIAS ADULTOS	2042	2184	\$ 5.279.203.261,00
Ricardo Celis Araque			
COORDINADOR DE FACTURACION			

Fuente: Información proporcionada por Ludwing Suarez, apoyo del equipo de prensa del Hospital Universitario Erasmo Meoz. La facturación se encuentra reportada a SISPRO con reporte de circular 013 y circular 027.

**Anexo D.** Facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencia 2018

<b>TOTAL CONSOLIDADO AÑO 2018</b>			
MES - AREA DE SERVICIO	CANTIDAD DE USUARIOS	CANTIDAD DE ATENCIONES	VALOR FACTURADOR POR SERVICIO
CONSULTA EXTERNA	62	77	\$ 9.037.469
URGENCIAS ADULTOS	4.388	4.635	\$ 12.690.803.377
URGENCIAS PEDIATRIA	3.637	4.200	\$ 5.960.989.942
SALA DE PARTOS	6.152	7.786	\$ 8.962.713.908
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS	38	52	\$ 872.194.616
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL Y PEDIATRIC	63	75	\$ 1.601.695.611
INTERMEDIO NEONATAL	9	9	\$ 50.752.584
<b>GRAN TOTAL A 31 DE DICIEMBRE 2018</b>	<b>14.349</b>	<b>16.834</b>	<b>\$ 30.148.187.507</b>

Fuente: Información proporcionada por Ludwing Suarez, apoyo del equipo de prensa del Hospital Universitario Erasmo Meoz. La facturación se encuentra reportada a SISPRO con reporte de circular 013 y circular 027.



**Anexo E.** Resumen facturación de pacientes venezolanos E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz vigencias 2015 al 2019

<b>RESUMEN FACTURACION - POBLACION VENEZOLANA</b>			
<b>VIGENCIA - AÑO</b>	<b>VALOR FACTURADO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>	<b>SALDO</b>
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	\$ 19.031.331.170	\$ 2.400.000.000	
<b>TOTALES</b>	<b>\$ 61.278.158.312,00</b>	<b>\$ 8.231.698.872,00</b>	<b>\$ 53.046.459.440,00</b>
<p>Informacion Generada con corte 30 de junio del 2019 - Facturas Radicada al IDS y reportada a SISPRO con corte 31 de mayo, la inforacion de junio esta en proceso de validacion.</p>			

Fuente: Información proporcionada por Ludwing Suarez, apoyo del equipo de prensa del Hospital Universitario Erasmo Meoz. La facturación se encuentra reportada a SISPRO con reporte de circular 013 y circular 027.

**Anexo F.** Formato Encuesta

**ENCUESTA PARA USUARIOS VENEZOLANOS DEL SERVICIO DE SALUD EN EL HOSPITAL ERASMO MEOZ**

Esta encuesta hace parte de la investigación titulada ‘Análisis de la aplicación de la Ley 1751 de 2015 en el Hospital Erasmo Meoz realizada para optar al título de Abogado de la Universidad de Pamplona.

**Objetivo:** Diagnosticar la situación socio-jurídica de los migrantes venezolanos con estatus irregular desde la vigencia de la Ley 1751 de 2015 hasta el año 2018 y su incidencia en la atención ofrecida por el Hospital Erasmo Meoz de la ciudad de Cúcuta.

Por favor elegir una sola opción de respuesta para las siguientes preguntas:

1. ¿Considera que se le ha garantizado el derecho a la salud en el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta?
  - a. Si
  - b. No

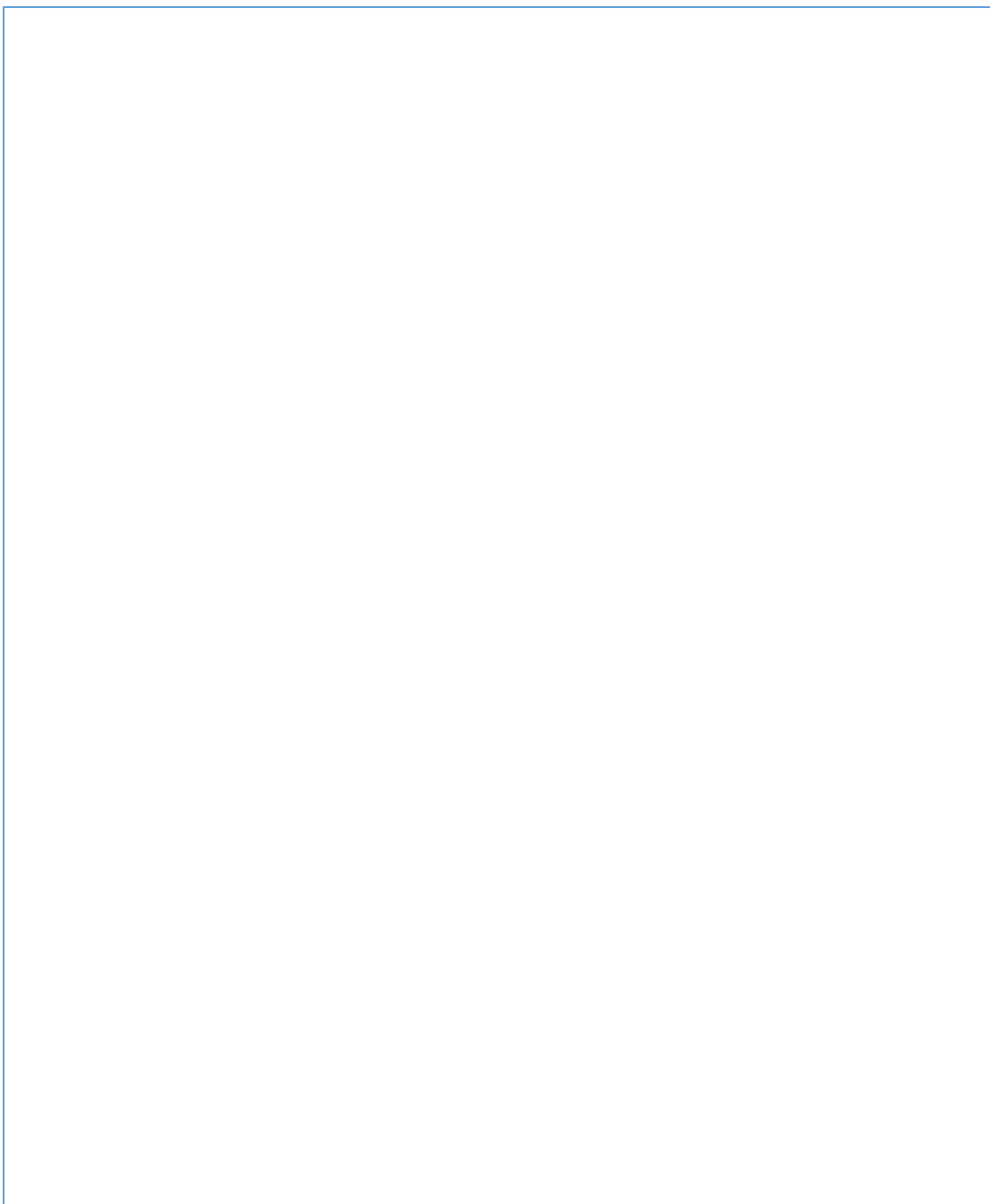
2. ¿Conoce el contenido de la Ley 1751 de 2015 encargada de regular el derecho a la salud?
  - a. Si
  - b. No
  
3. ¿Ha iniciado alguna acción legal para exigir el acceso a un servicio de salud?
  - a. Si
  - b. No
  
4. ¿Considera que el Estado colombiano debe garantizar el derecho a la salud de los migrantes?
  - a. Si
  - b. No
  
5. ¿Considera que en el Hospital Erasmo Meoz han garantizado su derecho a la salud?
  - a. Si
  - b. No
  
6. ¿Ha acudido al servicio de urgencias del Hospital y ha sido atendido?
  - a. Si
  - b. No
  
7. ¿Ha acudido a consulta especializada en el Hospital y ha sido atendido?
  - a. Si
  - b. No
  
8. ¿En el Hospital le han informado que por Ley solo están obligados a ofrecer el servicio de atención en urgencias vitales?
  - a. Si
  - b. No
  
9. ¿El Hospital o alguna otra institución le han ofrecido asesoría legal sobre sus derechos y deberes en el área de la salud como migrante?
  - a. Si

b. No

10. ¿Tiene un problema de salud que necesita atención especial y no la ha recibido?

a. Si

b. No



**Anexo H.** Evidencias fotográficas de la aplicación de encuesta



## Referencias Bibliográficas

- ACNUR. (2018). ¿Refugiado o Migrante? ¿Cuál es el término correcto? Recuperado de <https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/7/5b9008e74/refugiado-o-migrante-cual-es-el-termino-correcto.html>
- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2018). Derechos humanos de los migrantes. Recuperado de [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SRMigrants/A\\_73\\_178\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/SRMigrants/A_73_178_SP.pdf)
- Arias, F. (2012). El proyecto de investigación. Recuperado de <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACION-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53, pp. 941-973.
- Banco de la República. (2019). Boletín indicadores económicos. Recuperado de <http://www.banrep.gov.co/economia/pli/bie.pdf>
- Barajas Sandoval, L. (2013). Salud y derechos en el contexto de la ley, no de la vida. *Nómadas (Col)*, (38), 254-266.
- Barrera, J. (2016). Línea jurisprudencial derecho a la salud. Recuperado de <https://es.slideshare.net/JuanFernandoBarreraP/linea-jurisprudencial-derecho-a-la-salud>
- Burgos Moreno, M. y Parvic Klijn, T. (2011). Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 587-591.
- Castles, S. (2010). Migración irregular: causas, tipos y dimensiones regionales. *Migración y Desarrollo*, 7(15), 49-80.

- Castro, A. (2010). Pobreza y migraciones. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/46564919\\_Pobreza\\_y\\_migraciones](https://www.researchgate.net/publication/46564919_Pobreza_y_migraciones)
- Castro, A. (2016). La gobernanza internacional de las migraciones: de la gestión migratoria a la protección de los migrantes. Recuperado de <https://www.storytel.com/es/es/books/668895-La-gobernanza-internacional-de-las-migraciones>
- Congreso de Colombia. (2007). Ley 1122 del 2007. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
- Congreso de Colombia. (2016). Ley 1098 de 2016. Recuperado de [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1098\\_2006.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm)
- Congreso de Colombia.(1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- Congreso de la República de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001. Recuperado de [https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-86098\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Conpes. (2018). Estrategia de atención para la migración desde Venezuela. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/migracion.aspx>

- Constitución Política de Colombia. (1991). Recuperado de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
- Corte Constitucional. (2000). Sentencia T-1204/00. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/t-1204-00.htm>
- Corte Constitucional. (2003). Sentencia T-197 de 2003. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-197-03.htm>
- Corte Constitucional. (2007). Sentencia C-811/07. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/c-811-07.htm>
- Corte Constitucional. (2007). Sentencia T-016/07. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>
- Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-760/08. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Corte Constitucional. (2010). Sentencia T-104/10. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-104-10.htm>
- Corte Constitucional. (2011). Sentencia T-974/11. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-974-11.htm>
- Corte Constitucional. (2013). Sentencia T-161 de 2013. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-161-13.htm>
- Corte Constitucional. (2014). Sentencia C-313 de 2014. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>
- Corte Constitucional. (2019). Sentencia T-010/19. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-010-19.htm>

- Fedesarrollo. (2018). Elementos para una política pública frente a la crisis de Venezuela. Recuperado de <https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/elementosvenezuela.pdf>
- Fernández, J. (2018). Migración venezolana en Colombia: retos en Salud Pública. Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343854990001/343854990001.pdf>
- Fernández, J., Vásquez, A., Flórez, V., Rojas, M., Luna, K., Navarro, E., Acosta, J. y Rodríguez, D. (2018). Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, *Revista de Salud Pública*, 20(4), 530-538.
- García Ferrando, M. (1993). *La Encuesta*. Madrid, España: Alianza Universidad.
- García, R. y Gainza, P. (2014). Economía, migración y política migratoria en Sudamérica: avances y desafíos. *Migración y Desarrollo*, 12(23), 67-95.
- Gómez Walteros, J. (2010). La migración internacional: teorías y enfoques, una mirada actual. *Semestre Económico*, 13(26), 81-99.
- González, A. (2017). Límites a la universalidad de los derechos humanos: representaciones sociales en el sistema judicial sobre los migrantes internacionales como titulares de derechos. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, 60(1), 45-78.
- González, L. (2018). El derecho a la salud de los migrantes venezolanos en Colombia. Recuperado de [https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/1632/1/GAA-spa-2018-El\\_derecho\\_a\\_la\\_salud\\_de\\_los\\_migrantes\\_venezolanos\\_en\\_Colombia](https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/1632/1/GAA-spa-2018-El_derecho_a_la_salud_de_los_migrantes_venezolanos_en_Colombia)
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6 edición. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hospital Universitario Erasmo Meoz. (2018). Indicadores y Estadísticas. Recuperado de <http://www.herasmomeoz.gov.co/index.php/nuestra-entidad/634-indicadores-y-estadisticas>



Hospital Universitario Erasmo Meoz. (2019). Resumen Venezolanos. Recuperado del archivo del área de cartera.

López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/1912/b15150434.pdf?sequence1>

Martínez, O. (2014). La clasificación migratoria: epicentro de una adecuada política migratoria. Un estudio comparado y del ordenamiento jurídico cubano. Recuperado de <https://revistasocialesyjuridicas.files.wordpress.com/2014/07/10-tm-05.pdf>

Maya, E. (2008). El derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control de quejas en materia de salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 496-503.

Mejía, F. (2017). Los compromisos de Colombia frente a los migrantes venezolanos en virtud del Derecho Internacional de los Refugiados. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/22917/1/Los%20compromisos%20de%20Colombia%20frente%20a%20los%20migrantes%20Venezolanos%20en%20virtud%20del%20Derecho%20Internaciona.pdf>

Migración Colombia. (2018). Más de 870 mil venezolanos están radicados en Colombia. Recuperado de <http://migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados-2018/julio-2018/7929-mas-de-870-mil-venezolanos-estan-radicados-en-colombia>

Migración Colombia. (2018). Más de un millón cien mil venezolanos estarían radicados en Colombia. Recuperado de <http://www.migracioncolombia.gov.co/index.php/es/prensa/comunicados/comunicados->

2018/diciembre-2018/9348-mas-de-un-millon-cien-mil-venezolanos-estarian-radicados-en-colombia

Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto 4747 de 2007. Recuperado de <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

Ministerio de Relaciones Exteriores. (2017). Resolución 5797 de 2017. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjurMantenimiento/normas/Norma1.jsp?i=70183>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 5596 de 2015. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205596%20de%202015.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Circular No. 025 de 2017. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=4967](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=4967)

Ministerio de salud y Protección Social. (2017). Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Reporte plan de acción. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Informe-plan-accion-ii-2018.pdf>

- Nicoletti, J. (2008). Derecho humano a la salud: fundamento y construcción. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II(120), 49-57.
- OMS. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Recuperado de [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world\\_health\\_report\\_20130815/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_report_20130815/es/)
- OMS. (2016). 55º Consejo Directivo para las Américas – Promoción de la salud de los migrantes. Recuperado de [Http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=35871&itemid=270&lang=es](Http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35871&itemid=270&lang=es).OMS. (2017). La salud es un derecho humano fundamental. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>
- Presidencia de la República de Colombia. (2015). Decreto 1770 de 2015. Recuperado de [http://www.cccucuta.org.co/media/Adjuntos\\_de\\_Noticias/decreto\\_1770\\_emergencia\\_economica.pdf](http://www.cccucuta.org.co/media/Adjuntos_de_Noticias/decreto_1770_emergencia_economica.pdf)
- Presidencia de la República de Colombia. (2015). Decreto 1978 de 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1978-2015.pdf>
- Presidencia de la República de Colombia. (2015). Decretos 1768 de 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1768-de-2015.pdf>
- Presidencia de la República de Colombia. (2016). Decreto 1495 de 2016. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%201495%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201495%20de%202016.pdf)

Presidencia de la República de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-780-unico-modificado-2016.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

Presidencia de la República de Colombia. (2017). Decreto 2228 de 2017. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%202228%20DEL%2027%20D E%20DICIEMBRE%20DE%202017.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2017). Decreto 866 de 2017. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=81836>

Presidencia de la República de Colombia. (2018). Decreto 1288 de 2018. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201288%20DEL%2025%20D E%20JULIO%20DE%202018.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2018). Decreto 1288 de 2018. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201288%20DEL%2025%20D E%20JULIO%20DE%202018.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (2018). Decreto 542 de 2018. Recuperado de <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20542%20DEL%2021%20M ARZO%20DE%202018.pdf>

Ramírez, D. (2017). Migración de venezolanos en el periodo 2016-2017: una mirada desde los derechos humanos vs el marco jurídico migratorio en Colombia frente a los asentamientos humanos en la zona fronteriza. Recuperados

<http://digitk.areandina.edu.co/repositorio/bitstream/123456789/1000/1/Migraci%C3%B3n%20de%20venezolanos%20en%20el%20periodo%202016-2017.pdf>

Ramos, M., Ramos, M. y Romero, E. (2003). Cómo escribir un artículo de revisión. Revista de postgrado de la Vía Cátedra de Medicina. Recuperado de: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista126/como\\_esc\\_articulo.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista126/como_esc_articulo.htm).

RAMV. (2018). Estadísticas 2018. Recuperado de [http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide\\_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx](http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Slide_home/Registro-Administrativo-de-Migrantes-Venezolanos-RAMV.aspx)

Rocha, A. (2012). Derecho a la salud en Colombia. La utopía anunciada. Espacio Abierto, 21 (1), 59-80.

Rozo, V. (2018). ¿Cuánto le cuesta a Colombia no atender la salud de los venezolanos? Recuperado de <https://www.dejusticia.org/>

Santos, H., Limón, N. y Martínez, S. (2016). La atención de los migrantes Centroamericanos en los servicios de Salud en Tabasco, 2012-2014. Horizonte Sanitario, 15(3), 143-153.

Secretaría de Salud Municipal San José de Cúcuta. (2018). Informe patologías segundo semestre 2018. Recuperado de <http://www.ssmcucuta.gov.co/drupal/>

Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados. Madrid: Paidós.

Universidad del Rosario. (2017). Guía de derechos y deberes para venezolanos en Colombia. Recuperado de <https://aureliebidermann.com/edito/en/moodboard>

Vicens, J. (2006). Análisis del Impacto de la inmigración femenina latinoamericana en la economía española. Edita Secretaría General de Políticas de Igualdad, Dependencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

Villar, L. y Rosales, J. (2005). La inmigración y las oportunidades de la ciudadanía. Recuperado de <https://www.marcialpons.es/libros/la-inmigracion-y-las-oportunidades-de-la-ciudadania/9789586169578/>