

PERCEPCIÓN DEL ACCESO A LA SALUD Y LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN  
MIGRANTES VENEZOLANOS QUE ASISTEN A SERVICIOS DE URGENCIAS EN LA  
CIUDADES DE CALI Y ARAUCA.

JUAN JOSÉ DURÁN MARTÍNEZ  
EDUARDO HERNÁNDEZ HUERTAS  
LUIS MARIO SILVA PICÓN



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI, VALLE  
MAYO DEL 2021

PERCEPCIÓN DEL ACCESO A LA SALUD Y LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN  
MIGRANTES VENEZOLANOS QUE ASISTEN A SERVICIOS DE URGENCIAS EN LA  
CIUDADES DE CALI Y ARAUCA.

JUAN JOSÉ DURÁN MARTÍNEZ  
EDUARDO HERNÁNDEZ HUERTAS  
LUIS MARIO SILVA PICÓN

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de Psicólogo



---

DIEGO EMIRO CORREA SANCHEZ

Asesor de Trabajo de Grado



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI, VALLE  
MAYO DEL 2021

**ARTICULO 23** de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---



Diego Correa Sánchez

DIRECTOR – TRABAJO DE GRADO

Laura Juliana Valderrama Orbezo

Evaluador

Ana Marcela Uribe Figueroa

Evaluador

Santiago de Cali, 2021

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO	37
Tipo de estudio	37
Diseño de investigación	37
Participantes	38
Técnicas de recolección de la información	40
Procedimiento	43
Consideraciones éticas	46
RESULTADOS	48
DISCUSIÓN	68
REFERENCIAS	81
ANEXOS	99

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Definición conceptual de categorías

41

## **LISTA DE ANEXOS**

- ANEXO 1. Consentimiento informado
- ANEXO 2. Entrevista semi estructurada antes de la validación por jueces.
- ANEXO 3. Síntesis de las recomendaciones de los jueces y la prueba piloto.
- ANEXO 4. Entrevista después de la validación por jueces y el estudio piloto.

## RESUMEN

A lo largo de la historia se han presentado masivos procesos migratorios a nivel mundial, en Latinoamérica puntualmente existen registros de cómo millones de migrantes venezolanos están saliendo de su país por culpa de la crisis socioeconómica. El objetivo principal de esta investigación es describir la percepción sobre el acceso a la salud y la atención humanizada en el uso de servicios de urgencias en IPSs de las ciudades de Cali y Arauca, por parte de la población migrante venezolana. En cuanto a la metodología, esta fue una investigación cualitativa con un diseño fenomenológico, con ocho migrantes venezolanos que residen en las ciudades de Cali y Arauca, y los resultados se recolectaron a través del uso de la entrevista semiestructurada. Dentro de sus principales resultados se encuentran la negación en el servicio de atención en urgencias por el hecho de no estar registrado en el SGSSS y presencia de barreras de acceso a servicios complementarios dentro de la atención, así como presencia de estigma y discriminación por el hecho de ser migrante. De esta manera, se concluye que los migrantes tienen una baja percepción de atención humanizada en los servicios de urgencias, así como evitar asistir a los mismos por temor a ser discriminados por su condición de migrante. Finalmente, se resalta la necesidad de realizar futuras investigaciones focalizadas en el impacto psicológico del migrante al momento de consultar servicios de salud en el territorio colombiano.

Palabras clave: *Atención humanizada, migrantes venezolanos, atención en urgencias, salud.*



## INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda la problemática relacionada con el acceso y la atención humanizada en salud de la población migrante venezolana de Cali y Arauca. Inicialmente se abordará lo referente al contexto de la salud en Colombia y posteriormente se articulará con las problemáticas relacionadas con la salud y los migrantes venezolanos.

La salud es un derecho humano fundamental, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, para alcanzarlo se requiere la articulación entre los diferentes sectores económicos y sociales de una sociedad (Alma-Ata, 1978). Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1). También, se trata de una construcción sociohistórica derivada de la diversidad étnica propia de cada país, en la que no existe una definición única de este concepto (Fernández, 2004). Al hablar de salud desde una perspectiva multicultural, es preciso definir de igual manera el concepto de enfermedad, la cual es comprendida como una alteración o desviación del funcionamiento normal de una o varias partes del cuerpo (Herrero, 2016).

Dicho lo anterior, los tratamientos médicos para mitigar la enfermedad como se concibe actualmente obedecen a los diferentes cambios tecnológicos y sociales sufridos a lo largo de la historia. Por tal motivo, la creación de un sistema de salud capaz de enfrentar la enfermedad de los habitantes y aumentar su calidad de vida, es una meta que se consigue mediante la articulación de los avances mencionados anteriormente (Gómez y Khoshnood, 1991).

En este sentido, un sistema de salud es definido como el compendio de todas las organizaciones, instituciones y recursos económicos destinados al mejoramiento de la salud de los habitantes de un territorio determinado (OMS, 2010). En la actualidad, los sistemas de

salud en Latinoamérica se han caracterizado por un lento desarrollo en ámbitos como la innovación, esto debido a las dificultades económicas y políticas vividas en el transcurso del siglo pasado (Arriaga et al., 2005).

Además, a finales del siglo XX los sistemas de salud en Latinoamérica experimentaron profundas reformas destinadas a la construcción de un estado de bienestar, pues gran parte de la población latinoamericana enfrentaba grandes limitantes económicos, políticas y sociales para acceder a los servicios de salud (Gideon et al.,2003); de igual manera, a partir de este desarrollo socioeconómico fue posible consolidar paulatinamente una transformación de los sistemas de salud latinoamericanos. Países como Chile, República Dominicana y Colombia, optaron por integrar el sector privado en el desarrollo de las funciones del sistema de salud, con el objetivo de brindar mayor cobertura y calidad a la población (Gideon et al.,2003). Acorde con lo anterior, el sistema de salud colombiano actual es el producto de los grandes cambios constitucionales ocurridos en año de 1993, a partir de la instauración de la Ley 100, Ley que reemplazó el paradigma del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud vigente desde el año 1975 (Merlano y Gorbanev, 2013).

En consecuencia, los objetivos propuestos por esta reforma buscaban garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tenían una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema de salud (Congreso de la república de Colombia, 1993). Para cumplir con este objetivo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) estaría administrado a partir de una relación de mercado entre las aseguradoras denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Asimismo, esta relación de mercado se estableció a partir de la afiliación de usuarios a distintas empresas aseguradoras, las cuales se encargan de contratar el servicio de clínicas y hospitales para atender a sus afiliados a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), que sigue vigente (Merlano y Gorbanev, 2013).

Finalmente, catorce años después del desarrollo e implementación de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud en el año 2007, a través del artículo 10 del decreto 4747, estableció la incorporación y uso obligatorio de un sistema de clasificación denominado Triage. En concreto, su implementación cambió la relación de trabajo entre las EPS e IPS dentro del contexto de urgencias, ya que su objetivo principal es clasificar y seleccionar las necesidades terapéuticas de los pacientes en urgencias y, al mismo tiempo, clasificar las IPS según sus recursos de capital humano y material disponibles para atender de manera eficiente las necesidades en salud de su población aledaña (Ministerio de Salud, 2007).

Ahora bien, con el fin de brindar una atención ágil y oportuna dentro del contexto de urgencias, la clasificación empleada por el sistema Triage se basó en el uso de una categoría numérica del uno al cinco, estructurada a partir del grado de prioridad de atención que requiere un usuario frente al posible riesgo de muerte. Actualmente, el Triage es parte fundamental del protocolo de atención en cualquier servicio de urgencias dentro del territorio nacional (Ministerio de Salud, 2015). De esta forma, la estructura constitucional que cobija al sistema de salud en Colombia mejoró el desempeño en la cobertura de usuarios y la esperanza de vida gracias a la reforma establecida por la Ley 100 de 1993, no obstante, las dificultades actuales que enfrenta el sistema de salud en el ámbito estructural, administrativo, atencional y social han generado una brecha entre su funcionamiento real y los objetivos constitucionales que lo rigen (Santamaría et al., 2008)

Con respecto a lo anterior, Vélez (2012) plantea la existencia de diversas dificultades a nivel físico dentro del sistema de salud, las cuales se relacionan, en primer lugar, con las carencias a nivel infraestructural, a pesar de contar con un presupuesto nacional destinado al mantenimiento adecuado de las IPS en todo el país. Como resultado, estas dificultades son la representación de un elevado nivel de corrupción en el uso de los fondos públicos y privados

destinados al sector salud, los cuales limitan el mantenimiento y crecimiento de un sistema en transformación (Secretaría de Transparencia, 2014).

En segundo lugar, a nivel administrativo existen diversas barreras de acceso a la hora de brindar un trato digno a los usuarios por parte del sistema de salud colombiano (Correa, 2016). Uno de los principales problemas administrativos son los denominados paseos de la muerte, los cuales son ocasionados por el traslado de una IPS a otra de pacientes que requieren una atención inmediata (Vélez, 2012); los traslados se deben en gran medida a la poca disponibilidad de camas e insumos médicos necesarios para atender a estos usuarios, por tal motivo, deben ser remitidos a otras instituciones que cuenten con los requisitos necesarios para dar lugar al proceso de intervención médica.

De igual manera, Flórez (2017) menciona que este problema administrativo es más usual en aquellos usuarios que requieren atención primaria sin contar con afiliación a una EPS, debido a que el Sistema Departamental es el responsable económico por la atención de estos casos, lo cual desemboca en desconfianza por parte de la IPS hacia el departamento o municipio, al no estar respaldado económicamente el pago por el servicio brindado. Los recursos fiscales nacionales son aquellos que dan lugar a las transferencias intergubernamentales en el caso de la atención en lugares donde la cobertura geográfica no aplica (Romero, 2017), en muchos de estos casos, tanto el Sistema General de Participaciones (SGP), y los recursos fiscales de origen regional y local, tardan en el desembolso de estos pagos, llevando a las EPS e IPS a tener dificultades en la prestación de servicios por déficit en el presupuesto.

En tercer lugar a nivel atencional, según Hernández (2010), existen diferentes barreras de acceso e inequidades que limitan las posibilidades reales de la población colombiana al sistema de salud, estas barreras e inequidades se estructuran bajo los parámetros mercantilistas establecidos por la Ley 100 de 1993, los cuales a día de hoy son contradictorios

según lo estipulado por la Ley 1751 de 2015, ley que tiene como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud a todos los habitantes del territorio colombiano (Vélez, 2012c).

En adición, es pertinente recalcar la incidencia del crecimiento del gasto en salud en la existencia de las barreras de acceso e inequidades presentadas por el Sistema de salud, ya que el gasto económico de cartera amenaza con su estabilidad financiera puesto que ha generado un déficit fiscal que supera los 10 billones de pesos, esta situación evoluciona de manera negativa con respecto a los indicadores financieros que afectan directamente las aseguradoras del sistema y las EPS a nivel nacional (Defensoría del Pueblo, 2019); lo anterior es agravado por las debilidades del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de asegurar que se cumpla correctamente con el marco normativo del derecho a la salud en Colombia, implementado por la Ley estatutaria en Salud, Ley 1715 de 2015 en conjunto con el Plan de Desarrollo 2014-2018 y la Ley 1753 de 2015, leyes que son el principal marco de política pública en salud de Colombia (Defensoría del Pueblo, 2019).

Por otra parte, la brecha existente entre el marco normativo del derecho a la salud en Colombia y su real funcionamiento inicia considerando que el modelo actual de salud Colombiano se encuentra orientado hacia la especialidad y menos hacia la prevención de riesgos ni al trato diferencial hacia sus usuarios (Defensoría del Pueblo, 2019), ya que el primer filtro de acceso al servicio de salud se encuentra a cargo de un personal de salud (guardas de seguridad, enfermeras a cargo del Triage, secretarías a cargo de la creación y finalización de la historia clínica) quienes bajo su criterio profesional y personal deciden el grado de prioridad del motivo de consulta de quien solicita la atención médica; a partir de este hecho se configura la percepción de deshumanización por parte de los usuarios del sistema (Lopera et al., 2010).

En cuarto y último lugar, a nivel social las dificultades actuales que enfrenta el sistema de salud colombiano para ofrecer un servicio de calidad no son ajenas a los cambios

sociales, políticos y económicos sufridos en Latinoamérica en la última década, siendo Venezuela el país más afectado debido a las carencias sociales, políticas y económicas originadas por el declive del régimen dictatorial de Hugo Chávez tras su mandato de 14 años al poder. Adicional a esto, tras el fallecimiento del presidente Hugo Chávez en el año 2013, el territorio venezolano experimentó grandes reformas bajo el mandato del presidente Nicolas Maduro, estas reformas estaban orientadas a mitigar los desfalcos económicos originadas por el régimen socialista establecido desde 1999 (Fernández y Orozco, 2018).

De esta manera, las reformas constitucionales implementadas por el gobierno Venezolano generaron masivas expropiaciones de planteles industriales pertenecientes a grupos comerciales internacionales y nacionales, sumado a esto, la caída desmedida del precio del petróleo venezolano a nivel internacional, fue el detonante económico que afectó drásticamente la calidad de vida de millones de ciudadanos venezolanos de diferentes estratos socioeconómicos; debido a la hiperinflación en los productos de consumo diario y la constante devaluación de su moneda. En consecuencia, con lo anterior, en el año 2014, 23.573 venezolanos emigraron hacia el territorio colombiano, no obstante, para el año 2017, esta cifra aumentó a 403.702 lo cual representa un incremento del 651% con respecto a la cifra de migrantes en el año 2014. Por lo tanto, el incremento exponencial en el número de migrantes venezolanos hacia Colombia evidencia que es el destino que alberga el mayor número de migrantes venezolanos en el mundo, lo cual se debe a su cercanía histórica, geográfica y cultural (Fernández y Orozco, 2018).

Según Migración Colombia en el mes de enero del año 2021, el número de migrantes venezolanos residentes en el territorio colombiano fue de 1.742.927 (Migración Colombia, 2021). En relación con la cifra anterior, el Grupo Inter agencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM) apoyándose en los datos suministrados por Migración Colombia, menciona que finales del mes de enero del año 2021 se registró un total de 89.258 migrantes

venezolanos en el departamento del Valle del Cauca, cifra que representa el 5,23% del total de la población migrante en territorio colombiano; además, se menciona que las ciudades con el mayor número de migrantes venezolanos en el departamento son Cali con 59.571 y Jamundí con 6.872 migrantes (GIFMM, 2020a).

Por otra parte, en el departamento fronterizo de Arauca se registraron un total de 44,851 migrantes venezolanos a finales del mes de junio del año 2020, cifra que posiciona al departamento como el segundo departamento con más población migrante venezolana en Colombia, lo cual representa el 15,4% de la población total del departamento y 2,6% de la población migrante total en Colombia; la población migrante residente en el departamento de Arauca se encuentran centrados mayormente en las ciudades de Arauca con 22.113 migrantes y Saravena con 12,114 migrantes (GIFMM, 2020b).

Ahora bien, las dificultades percibidas por los usuarios colombianos y venezolanos en torno al funcionamiento del Sistema de Salud, especialmente en el acceso y la calidad en la atención primaria se relaciona con sobrecarga atencional originada por el incremento exponencial en el número de migrantes venezolanos en el territorio colombiano en los últimos años, puesto que deja en evidencia la incapacidad del Sistema de Salud de atender tal número de usuarios. En la ciudad de Cali, los migrantes venezolanos tienen una amplia oferta de IPSs a las cuales pueden asistir, los más utilizados para estos servicios, son el Hospital Universitario del Valle, el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Mario Correa Rengifo (Alcaldía de Santiago de Cali, 2021), presentando una alta demanda del servicio de urgencias por parte de la población migrante y un endeudamiento por la prestación de los mismos, generando un déficit en el presupuesto (Banco de la República, 2020).

En contraparte con la ciudad de Cali, la ciudad de Arauca no cuenta con una amplia oferta de IPSs que ofrezcan el servicio de atención en salud a población migrante venezolana a pesar de ser zona fronteriza, por lo tanto, el hospital San Vicente es la única IPS certificada

para brindar el servicio a urgencias a araucanos y migrantes venezolanos. Por otra parte, existen diferentes centros de salud en la ciudad asignados para ofrecer atención general a población migrante venezolana, siendo el centro de salud Meridiano 70 el más utilizado por su variedad de servicios ofrecidos, evitando así, la conglomeración de pacientes extranjeros y nacionales (Alcaldía de Arauca, 2020).

Por otra parte, según la Defensoría del pueblo (2019), solo el 3% de la población migrante venezolana se encuentra asegurada y el otro 5% se encuentra afiliada al SGSSS, esta situación presupone un escenario preocupante con respecto al 92% de la población migrante venezolana que no se encuentra asegurada ni afiliada al SGSSS.

La situación descrita anteriormente presupone una dificultad aparente de identificar las condiciones socioeconómicas y psicológicas de la población migrante venezolana, ya que no existe un diagnóstico del proceso de salud-enfermedad de esta población, esto debido a las barreras de atención a nivel departamental que lleva al desconocimiento de las dificultades y las necesidades de la población migrante en términos de salud (Universidad Industrial de Santander, 2018). Según la Defensoría del Pueblo (2019), menciona que en lo corrido del año 2018 recibió y tramitó 422 peticiones de población migrante venezolana, de las cuales, 139 corresponden a solicitudes, 202 asesorías y 81 quejas, relacionadas con la presunta vulneración de los derechos humanos, principalmente el derecho a la salud, clasificando de manera deficiente e inoportuna la atención médico-asistencial en el servicios de urgencias, consulta externa, hospitalización, procedimientos, medicamentos y terapia; adicional a esto, mencionan la dificultad de acceder a los mecanismos especiales para la permanencia regular en el territorio colombiano al igual que la obtención de vivienda.

Las barreras de acceso para el goce de los derechos sociales presentados por la población migrante venezolana en Colombia no son ajenas a la población nativa, población que igualmente debe enfrentar barreras al momento de acceder a los servicios de salud



ofrecidos a nivel nacional. Con relación a lo anterior, la Defensoría del Pueblo en el año 2018 informó sobre un incremento del 5.1% en el uso de la acción de tutela como mecanismo constitucional para garantizar el derecho a la salud con respecto al año pasado, dicho incremento en cifras representa un total de 207.734 acciones de tutela, cifra que fue la mayor hasta esa fecha; cabe resaltar que el 81,33% de los servicios negados o que sufren dilatación en el tiempo y que están incluidos en el Plan de Beneficios no deben ser negados por ninguna instancia (Defensoría del Pueblo, 2019). Con respecto al número de tutelas interpuestas en el año 2018, no se evidencio una disminución significativa para el siguiente año, ya que se reportaron 207.368 tutelas en el sector salud, lo cual representa un 33,4% con respecto al total de tutelas interpuestas en ese año (Defensoría del pueblo, 2020).

Por medio del mismo informe, la migración venezolana presupone una carga adicional al sistema de salud, pues mencionan que entre marzo del 2017 y septiembre del 2018 se han realizado 200.000 consultas, 38.000 atenciones en servicios de urgencias y 23.000 hospitalizaciones entre otros servicios; adicionalmente, reportan que en el año 2017 se registraron de 620 casos de malaria, 38 de desnutrición aguda, 49 muertes por SIDA y 26 por mortalidad materna extrema, lamentablemente estos casos para el año 2018 aumentaron a 1.191 casos de malaria, 256 casos de desnutrición aguda, 253 muertes por SIDA y 160 por mortalidad materna externa (Defensoría del Pueblo, 2019)

En definitiva, las dificultades para acceder al servicio de salud de una manera ágil y oportuna no solo se presenta en los servicios de consulta externa en Colombia, ya que estas dificultades también se presentan en los servicios de urgencias y atención primaria (Lopera et al. 2010); pues el funcionamiento del protocolo de acceso al servicio de salud resulta ser inadecuado e inhumano según la percepción tanto de usuarios extranjeros como nacionales, debido a los largos periodos de espera obligatorios para acceder y ser atendidos (Defensoría del Pueblo, 2018). En resumen, estos periodos de espera son ocasionados por la clasificación

Triage, creación de historia clínica, atención inicial por parte del personal de salud, realización de pruebas diagnósticas, tratamiento médico y post atención.

Una vez examinado a detalle las problemáticas actuales que enfrenta el sistema de salud en Colombia, es evidente la dificultad de brindar una atención humanizada dentro del contexto social actual. Por ello, el Ministerio de Salud (2014) establece la necesidad de dar un trato integral por parte de los actores que intervienen en el proceso de atención en salud, quienes se encuentran en la obligación de garantizar un acceso oportuno a la atención, como un reconocimiento de la dignidad humana, sin desmeritar su contexto socioeconómico y diversidad étnica o territorial.

Por ello, el gobierno nacional dando cumplimiento a la norma dispuesta en el artículo 152 de la Ley 100 de 1993, establece mecanismos de control que se encargan de garantizar a los usuarios la calidad en la atención, convirtiéndose así en una herramienta para cumplir los procesos que generarán bienestar en el paciente. En este sentido, la Ley 1438 de 2011 incluye criterios de humanización, donde se debe atender al paciente de acuerdo con la evidencia científica, pretendiendo así un trato de forma íntegra, segura y oportuna, mediante una atención que garantice el cumplimiento oportuno de los derechos del paciente.

Así mismo, el Decreto 0903 de 2014, por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud, este tiene como objetivo generar compromisos y estrategias con el personal de salud, tales como la autoevaluación de los estándares de acreditación, la gestión de planes de mejoramiento, evaluación externa confidencial y seguimientos posteriores para lograr obtener certificados de calidad en el servicio (Decreto 0903, 2014). Posteriormente, se establece la acreditación en salud como un mecanismo de control que regula los estándares en servicios de salud en Colombia (ICONTEC, 2016), ello con el fin de alcanzar los estándares de calidad internacional, los

cuales tienen en cuenta la dignidad del ser humano y el mejoramiento continuo de los servicios de salud en términos de accesibilidad e igualdad.

En este orden de ideas, es el Ministerio de Salud y Protección Social quien mediante el Decreto 903 de 2014 y la Resolución 2082 de 2014 reglamenta el esquema de operación del sistema único de acreditación en salud vigente, siendo transversal la integralidad en el servicio, teniendo la atención centrada en el usuario, minimizando el riesgo y garantizando el respeto a la dignidad humana. Cabe resaltar, que se debe tener en cuenta la responsabilidad social, pues uno de los objetivos en común de estas disposiciones es la disminución de la inequidad, para poder mejorar la calidad de vida tanto de las personas como de la comunidad (Ministerio de salud y Protección social, Resolución 2082, 2014).

Una vez definido a detalle la reglamentación política del marco normativo de salud es necesario aclarar el concepto de la atención humanizada en el contexto de salud colombiano, por ello, Correa (2016b) la define como un asunto ético, enmarcado en los valores humanos, enfocados en una visión integral del ser humano, cuyo objetivo es la búsqueda de un trato cálido que responda a las necesidades psicológicas, biológicas, sociales y espirituales del mismo. En la misma línea, Díaz (2017) añade que la atención humanizada es comprendida como una distribución justa de los recursos en servicios de salud, en la que se debe tener en cuenta todas las emociones, las subjetividades y las creencias del ser, pues éstas emergen en el contacto directo del paciente con la realidad del contexto médico colombiano, el cual es caracterizado por la despersonalización desde la formación académica y práctica formativa recibida por los futuros profesionales de salud (Ávila, 2017).

Con base a lo expuesto anteriormente, a nivel internacional, nacional y local se han realizado diversas investigaciones sobre la atención humanizada en diferentes contextos, siendo el personal de salud (Enfermería y medicina general), los pacientes y el personal administrativo las poblaciones de mayor interés en dichos estudios, de esta manera, a lo largo

de los siguientes párrafos se presentarán investigaciones referentes al tema, pues resultan relevantes para el presente estudio.

Uno de estos estudios cuantitativos fue realizado en Guangdong, China el cual tuvo como objetivo conocer y explorar las experiencias que han tenido los pacientes al ser atendidos y cómo éstas afectan y deterioraban su percepción y relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento de los mismos; se realizó una encuesta en 30 hospitales de nivel 1, 2, 3 y comunitarios de la ciudad en la que participaron 597 pacientes de los cuales el 47,4 % eran hombres, el otro 47,4% correspondía a mujeres y el 5,2% no revelaron su género, y fue realizado en diferentes áreas, como ginecología, medicina interna, pediatría y demás. Se identificó la insatisfacción de los pacientes al momento de ser atendidos, pues el tiempo de consulta era insuficiente a causa de la sobrepoblación de pacientes, la falta desmedida del tiempo en la atención y de comunicación por parte del personal de salud, lo cual evidencia la dificultad de brindar una atención adecuada en todas las áreas médicas y cómo lo anterior afectaba en el tratamiento de los pacientes; (Zhong et al., 2019), según lo mencionado en el estudio, se debe aclarar que gran parte de estas problemáticas es debido al sistema de salud que es manejado en China.

Sobre la misma línea Chan et al. (2018), realizaron un estudio cualitativo con diseño etnográfico sobre la percepción de la comunicación paciente-enfermera en dos salas de oncología en un hospital de Hong Kong en el que participaron 93 pacientes. Los resultados de esta investigación son acerca de dos temas principales: primero la carga de trabajo de las enfermeras y el medio ambiente y segundo las expectativas que tienen los pacientes respecto al rol de la enfermera. De manera que, los pacientes no esperan atención emocional ni asesorías de enfermeras ocupadas, pero aprecian la atención física y fisiológica de las mismas; el problema principal que logra mostrar esta investigación es similar a la revisada anteriormente pues, muestra cómo la escasez de enfermeras y la carga laboral que tienen

afecta la relación entre el paciente y la enfermera, la posible solución al acercamiento de las enfermeras a los pacientes es continuar proporcionando una atención y cuidados fisiológicos incluyendo mayor comunicación en la interacción.

Según Boissy et al. (2016), las habilidades comunicativas que deben tener los profesionales de salud son una parte fundamental en la atención pero no se ha estudiado lo suficiente, por ello realizaron un estudio en la clínica de Cleveland, Estados Unidos, con el objetivo de entrenar al personal médico en habilidades comunicativas, en el cual participaron 1537 médicos y 1951 médicos no participaron, esta intervención incluye actividades didácticas, vídeos e intervenciones grupales utilizando un modelo centrado en las relaciones, se encontró que entrenar al personal médico en habilidades de comunicación tuvo un impacto en la mejora de la satisfacción recibida por parte de los pacientes, percibiendo una mayor empatía y eficacia, a diferencia del grupo control quien tuvo un impacto menos significativo que aquellos médicos que realizaron la intervención.

En esta misma línea, Yuehua (2017) realizó un estudio cualitativo en la ciudad de Yinchuan, China, el cual tuvo como objetivo principal explorar el impacto en la tasa de éxito y satisfacción del paciente a través de la atención humanizada en un departamento de urgencias mediante el uso de un grupo control y experimental; en este estudio participaron 146 pacientes, de los cuales la mitad hacían parte de un grupo control y la otra mitad de un grupo experimental, los primeros fueron tratados con el método rutinario de enfermería y el grupo experimental fue a través de la atención humanizada, se realizaron evaluaciones antes, durante y después de cada consulta, los resultados de esta investigación evidencian que la tasa de éxito fue mayor en el grupo experimental, pues tuvo un impacto positivo y estadísticamente significativo. Esta investigación, al igual que las anteriores, logra evidenciar estadísticamente que la tasa de éxito y la atención humanizada están directamente relacionadas con la satisfacción y percepción positiva del paciente.

Asimismo, Domínguez (2018) realizó un estudio cuantitativo con diseño transversal con el objetivo de conocer y evaluar la comunicación médico - paciente y satisfacción del usuario en el servicio de medicina con 121 pacientes de consulta externa de un centro médico ubicado en Lima, Perú, a través de dos cuestionarios que evaluaban la comunicación médico-paciente y la satisfacción del usuario. Con respecto a los resultados, conviene subrayar que el 39,7 % del total de participantes catalogaron la comunicación médico-paciente como deficiente, así como el 53,7% de los participantes expresaron como “baja” la atención médica recibida. Con base a lo anterior, el estudio concluye que existe una relación significativa entre la comunicación médico-paciente y la satisfacción del usuario ( $P < 0,005$ ).

Desde el embarazo, Behruzi et al. (2010) exploraron la experiencia del parto de 44 mujeres de diversas ciudades de Japón en entornos donde la humanización en el nacimiento es parte fundamental de las instituciones, fue un estudio cualitativo con diseño etnográfico y los resultados de este estudio mostraron la existencia tanto de barreras como de facilitadores; las reglas institucionales y la infraestructura, siendo barreras y el factor de contingencia y los factores individuales, siendo facilitadores. En conclusión, las instituciones que incluyen el parto humanizado han logrado mejorar su atención, pues el parto natural y el diseño que han implementado las instituciones de no realizar actos o intervenciones innecesarias han ayudado a respetar los valores, sentimientos y creencias de las mujeres en este proceso.

De la misma manera, Ferreira et al. (2016) realizaron un estudio en la ciudad de Fortaleza, Brasil, el cual contó el mismo diseño de la investigación mencionada anteriormente, este tuvo como objetivo comprender los conocimientos y las acciones del equipo de enfermería en un centro de cuidados, en el que participaron 14 enfermeras y 20 técnicos, los resultados de este estudio demuestran que la atención humanizada en el parto promueve la recuperación del recién nacido, minimiza los estresores y fomenta las relaciones

familiares, pues el equipo contaba con conocimientos tanto técnicos y científicos como una postura humanizada frente a la atención.

Ahora bien, referente a la percepción de humanización en cuidados intensivos Caregnato & Costa (2017) realizaron una investigación cualitativa con diseño exploratorio-descriptivo que tuvo como objetivo principal comprender la percepción de 8 familiares y 6 profesionales de la salud acerca de la atención humanizada en una UCI con el fin de realizar una acción educativa, este estudio fue realizada en Porto Alegre, Brasil. Entre los principales resultados se resalta las diferentes percepciones de los participantes con respecto a la humanización, las cuales concuerdan en la necesidad de brindar un tratamiento que valore la singularidad de cada paciente y familiar, en el que se resalte la recepción en la UCI, la comunicación médico-familiar del paciente y a la sensibilidad, desde los resultados se realizó la acción educativa que fue la implementación de un manual reflexivo de las prácticas de humanización dirigida a los profesionales y una guía de orientación dirigida a los familiares.

Desde una perspectiva ética, Brito e Iraizoz (2012) realizaron un estudio cuantitativo con diseño descriptivo longitudinal con 400 adultos mayores con enfermedades crónicas; cuyo objetivo principal era explorar la situación biopsicosocial del adulto mayor en una población cubana del municipio de Arroyo Naranjo. Como resultados relevantes de este estudio se menciona que solo el 2 % de los participantes manifestaron haberse sentido maltratados por su médico y enfermera debido a la deficiencia en la prestación de los servicios y la falta de profesionalidad en la asistencia médica, en contraste con lo anterior, mencionan que el 79 % de los participantes manifestaron percibir un buen trato por parte del personal asistencial, trato caracterizado por ser respetuoso ante la privacidad, la autonomía, los valores y las opiniones personales de los participantes. En conclusión, los autores recalcan la importancia de cumplir con la labor ética por parte personal asistencial en el desarrollo de

las capacidades de autonomía, autoestima e identidad propia del adulto mayor, influyendo de manera positiva en el manejo de sus dificultades médicas y familiares.

Por su parte, Farfán (2016) realizó una investigación en la ciudad de La Esperanza, Perú, en la que participaron 357 pacientes de un servicio de radiología, este estudio pretendía determinar la relación entre la percepción de atención humanizada con la calidad de la atención. De esta manera, mediante la prueba estadística Chi cuadrado demuestran que, si existe relación entre ambas, pues el apoyo físico, emocional, empático y respetuoso por parte del personal de enfermería contribuye de manera positiva en la percepción del usuario. De la misma manera, un estudio realizado por Garza-Hernández et al. (2017) también en México reporta resultados que coinciden con el estudio anterior, pues el 67% de los pacientes perciben la atención en enfermería como favorable, lo que se traduce en la importancia del apoyo emocional, físico, hacer sentir al otro como una persona, y demás.

Para dar inicio a los estudios realizados a nivel nacional, se inicia con un estudio cuantitativo realizado en la ciudad de Cúcuta por Bautista-Rodríguez et al. (2015) tuvo como objetivo describir la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en usuarios hospitalizados, este contó con una muestra de 269 hospitalizados y se encontró que los pacientes percibieron como excelentes la atención brindada por el personal de enfermería, pese a esto, muchas veces no hay apoyo emocional en los momentos más críticos del paciente. Resultados similares fueron encontrados en Cartagena pues Romero et al. (2016) realizaron un estudio cuantitativo con diseño transversal analítico con 132 pacientes y tuvo como principal objetivo determinar la relación entre la percepción del cuidado humanizado y la hospitalización a través de una encuesta, de esta manera y a través de análisis estadísticos demostraron la relación entre la atención humanizada y el estado de salud del paciente; de la misma manera Pita et al. (2018) realizaron una investigación cuantitativa con diseño descriptivo en Pereira, en la cual buscaban determinar el nivel de satisfacción de los usuarios



frente a la humanización de los servicios de urgencia, los resultados muestran que los pacientes referían en su mayoría buenos y excelentes comportamientos por parte del personal de salud, por otro lado, había el nivel de comprensión de los deberes y derechos del paciente son ineficientes y muy pocos las conocen.

Diferentes resultados se encontraron en una investigación realizada en Caldas, la cual contó con una muestra de 1343 personas incluidos pacientes, médicos, enfermeras y administrativos, este estudio buscaba caracterizar la percepción de la humanización en el servicio de urgencia en la ESE; Los usuarios referían la escasez de información acerca de sus derechos y deberes, de la condición de su salud y manejo terapéutico de la misma, además de irregularidades en la atención en cuanto a la amabilidad, comprensión, compasión, sensibilidad, tolerancia y preocupación (Reyes et al. 2017). Asimismo, Numpaque-Pacabaque et al (2017) realizaron un estudio en Tunja el cual tenía como objetivo identificar la percepción del usuario en relación con el servicio de cirugía en una IPS, y encontraron una percepción negativa de los pacientes frente al servicio ofrecido por parte del personal de salud, ello debido a la atención brindada y a los tiempos de espera, pero, una percepción positiva frente a los aspectos físicos de la clínica.

En cuanto a las diferencias en la percepción de las necesidades en humanización Draga et al. (2016) realizaron una investigación mixta con 106 personales administrativos y 287 personales asistenciales en una clínica de cuarto nivel en Cali, en la que se reportó que ambos grupos de la investigación reconocen la dificultad en la asignación de citas, la falta de espacio necesario para atender, la falta de beneficios recreativos para los trabajadores y la existencia de conflictos comunicativos a nivel laboral.

Así mismo, los estudios realizados a nivel local centraron sus esfuerzos en la descripción de la percepción de la atención humanizada en diferentes ámbitos médicos dentro de una IPS, una de estas investigaciones fue realizada por Chamorro (2017) la cual pretendía

comprender la percepción de la atención humanizada en los actores pertenecientes a una IPS de nivel básico de atención en la ciudad de Cali. En general, se obtuvo que las características que componen la percepción de atención humanizada se relacionan con enfocarse en el discurso y emociones del consultante, teniendo en cuenta sus valores y habilidades personales, lo cual facilita la creación de un ambiente de respeto en el que cada miembro se sienta atendido humanamente.

Adicional a lo anterior, Andrade et al. (2020) realizaron un estudio cualitativo con diseño fenomenológico con 14 personas, cuyo objetivo principal fue indagar sobre los significados de atención humanizada en profesionales de la salud y pacientes de un programa de riesgo cardiovascular en una IPS de la ciudad de Cali; de esta manera, los principales resultados este estudio concluyeron que tanto los pacientes como los profesionales a su cargo significan de manera diferente la humanización en la atención, puesto que los resultados obtenidos demuestran un significado contrario entre ambos grupos de personas en conceptos tales como la empatía, resolución de problemas y deberes y derechos del paciente. En relación con lo anterior, las autoras concluyen en la necesidad de implementar proyectos educativos sobre la humanización en esta entidad para promover una adecuada sistematización de los parámetros en el actuar por parte del personal a cargo para mejorar así la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares en esta entidad.

Finalmente, un estudio fenomenológico realizado por Fuertes (2019) en la ciudad de Cali pretendió describir la experiencia de formación de 15 estudiantes en un curso de humanización en servicios de salud ofrecido por el SENA. Los resultados obtenidos demuestran la incompatibilidad de la percepción por parte de los estudiantes frente a los planteamientos metodológico, teórico y procedimental estipulados por el Ministerio de salud y el Sistema de salud con respecto a la atención humanizada, el cual difiere con los lineamientos enseñados en el curso de humanización en servicios de salud. En conclusión, los

estudiantes consideran el contenido del curso como una herramienta eficaz para mitigar los problemas actuales de despersonalización en salud en sus contextos laborales.

Entre las recomendaciones que se encuentran en algunas de las investigaciones revisadas anteriormente, se debe mejorar el apoyo en los momentos más críticos del paciente, debido a la carga laboral que presenta el personal de enfermería Bautista-Rodríguez et al. (2015). Así mismo Reyes et al. (2017) y Pita et al. (2018) buscan fortalecer las habilidades comunicativas en todo el personal para brindar la información que necesiten los pacientes, así como educar a los pacientes en el autocuidado e informarles acerca de los procedimientos realizados y de las vías de aplicación de estos, para así estar informados de sus derechos y deberes como pacientes, además de implementar ayudas visuales y la realización de pruebas de conocimiento a los usuarios vía web.

También, se recomienda promover la atención humanizada en salas de urgencia, pues ayuda a mejorar el estado de salud del paciente durante su consulta de manera satisfactoria, además, la adherencia al tratamiento puede depender de la relación positiva que exista entre un médico y el paciente pues, a medida que haya una comunicación efectiva, van a aumentar la sensación de bienestar por parte del paciente (Yuehua et al. 2017; Chan et al. 2018; Zhong et al. 2019).

Así, se solicita la realización de más investigaciones para ampliar la realidad de los escenarios y, para examinar si es sostenible o no a largo plazo las intervenciones que busquen mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes (Boissy et al. 2016; Garza-Hernández et al. 2017). Además, Draga et al. (2016) refieren la necesidad de que la dirección (gerencia) tenga mayor interés en estos procesos y conocimientos acerca de las necesidades de sus colaboradores, ya que, en ocasiones, refieren no sentirse parte de la institución, de manera que haya un acercamiento entre partes y más empatía por el lado de los directivos (Numpaqué-Pacabaque et al. 2017).

Finalmente, Farfán (2016) refiere que el sistema de salud debe centrarse más en los procesos de trato digno y humanizado que en las acreditaciones y certificaciones, que a pesar de ser importantes tienen un impacto mínimo en una atención adecuada, pues se enfocan más en la tecnología que en los pacientes. Por su parte, Caregnato et al (2017) realizaron un manual reflexivo y proponen juntas para facilitar la comunicación de los profesionales con los pacientes, además de proporcionar un libro guía para la familia.

A partir de los antecedentes se puede observar que existe una falta tanto de investigaciones como de literatura con enfoque social y que mida el impacto de las migraciones en Colombia pues hay muy pocas, dejando de lado la experiencia de vida del paciente respecto a un suceso y la perspectiva de este, por ello se hace necesario explorar las subjetividades, permitiendo ampliar la comprensión de las dinámicas paciente - personal de salud. El estudio del fenómeno nos permite conocer cómo el sujeto concibe la realidad y cómo se relaciona con ella, como investigadores se pretende estar lo más cerca posible a esta dinámica.

Ahora bien, en cuanto a la brecha teórica, esta se orienta a la descripción e interpretación del discurso en torno a la experiencia de la consulta a servicios de urgencia, el significado y la relevancia que le da el paciente a esta situación y sus consecuencias, al tener en cuenta la situación actual que atraviesa la población migrante venezolana en Colombia. El acceso a una atención humanizada hacia ellos es una incertidumbre de la cual no se tienen amplios registros debido a que en la búsqueda teórica de los diversos estudios se han centrado en aspectos de humanización en salud enfocados en la certificación y/o acreditación de calidad. La revisión literaria tuvo como foco el concepto de atención humanizada en la relación personal de salud-paciente en instituciones prestadoras de salud en diversos campos médicos en diferentes países, surgiendo así la brecha de conocimiento, puesto que no se encuentran investigaciones o estudios que tengan en cuentas las características propias de la

población migrante venezolana no afiliada, y no beneficiaria de programas estatales en la atención a consulta por servicios médicos de urgencias.

Con base en lo anterior surge como pregunta problema: ¿Cuál es la percepción sobre el acceso a la salud y la atención humanizada que tienen los migrantes venezolanos que asisten a servicios de urgencia en una IPS de las ciudades de Cali y Arauca? Para responder dicho interrogante, se plantea como objetivo general describir la percepción sobre el acceso a la salud y la atención humanizada en el uso de servicios de urgencias en IPS de las ciudades de Cali y Arauca, por parte de la población migrante venezolana.

De esta manera se plantean como objetivos específicos: primero, identificar las barreras de acceso y atención en el uso de los servicios de salud en urgencias por parte de la población migrante venezolana en unas IPSs de la ciudades de Cali y Arauca; como segundo objetivo específico describir la percepción de la atención humanizada en la relación paciente-personal de salud durante el uso de los servicios de salud en urgencias por parte de la población migrante venezolana en unas IPSs de la ciudades de Cali y Arauca. Finalmente, como tercer objetivo se plantea contrastar la percepción de atención humanizada por parte de la población migrante venezolana en el uso de los servicios de salud en urgencias en unas IPSs en las ciudades de Cali y Arauca.

A partir de los objetivos descritos anteriormente, la disciplina en la cual se enmarca el concepto de humanización en esta investigación es la psicología de la salud. Según Oblitas (2008), la psicología de la salud es la rama de especialización en psicología, la cual estudia los factores mentales que influyen de manera positiva o negativa en el diagnóstico, tratamiento y calidad en la atención en situaciones de salud y enfermedad, entendiendo esta última como una consecuencia multicausal. Con relación a lo anterior, la psicología de la salud, apoya los procesos de promoción en salud y prevención de la enfermedad, puesto que

se centra en el origen y evolución, con un eje transversal, la subjetividad, es decir la forma en la cual la persona enfrenta la experiencia de la enfermedad (Díaz, 2010).

La psicología de la salud ha sido el enfoque principal trabajado por el grupo de investigación Salud y Calidad de vida (SYCV) de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, siendo la humanización de los servicios de salud una de sus líneas de investigación, la cual busca promover las acciones orientadas a la atención integral, mediante la comunicación verbal y no verbal asertiva para la prevención de la enfermedad, con la cual el profesional podrá facilitar la información adecuada, para beneficiar, proteger y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En este sentido, la humanización en salud se ha estudiado a través de distintas perspectivas académicas, tales como la bioética, rama de la ética especializada en el estudio sistémico de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida, esto con base a los valores y principios éticos. Asimismo, la perspectiva de humanización en salud compartida por las ciencias sociales establece este concepto a partir del significado de dignidad humana en el ámbito de salud, privilegiando la coherencia entre los valores y experiencia compartidos por los usuarios y la atención ofrecida por el personal de salud (Rojas y Lara, 2014; Ruiz, 2010a; Acevedo y Grisales, 2019).

Con base a lo definido líneas atrás, la humanización en salud plantea la importancia de considerar al ser humano como un ser integral, lo cual se fundamenta a partir del uso de un lenguaje comprensible y adecuado, de una actitud empática y compasiva y de un acceso oportuno a los servicios de salud (Oviedo, 2004a). Por consiguiente, humanizar la realidad de la población migrante venezolana que asiste a los servicios de salud en Colombia, consiste en ofrecer una atención integral centrada en reconocer sus necesidades, aspecto fundamental para garantizar un trato digno por parte del personal de salud, quienes a partir de estas consideraciones, posibilitan conocer el estado de salud físico y emocional, la historia de vida,

los significados de atención digna, la información concerniente a su diagnóstico y tratamiento, dando cabida a una atención más humana desde ambas perspectivas.

Actualmente, la migración venezolana supone un gran reto para el sistema de salud colombiano, según una revisión teórica de Fernández y Orozco (2018), la población venezolana enfrenta más retos para subsistir dignamente que la mayoría de la población colombiana, debido a su condición de vulnerabilidad económica, además del desconocimiento constitucional sobre sus derechos como migrantes, finalmente el estigma social por su condición de extranjeros por algunos sectores sociales, lo que agudiza la dificultad de acceder a los servicios de salud prestados por las diferentes IPS en el país. Por tal razón, los esfuerzos por parte del gobierno nacional se han centrado en brindar atención prioritaria a la población migrante con mayor vulnerabilidad, la cual se encuentra conformada por: adultos mayores, mujeres embarazadas, población infantil y personas con enfermedades crónicas y de alto costo (OIM, 2019).

Con relación a lo anterior, Fernández y Orozco (2018) menciona que existen dificultades percibidas por la población migrante venezolana a la hora de acceder a los servicios de atención de urgencias, pues su condición de migrantes genera una respuesta social caracterizada por la existencia de discursos xenofóbicos y discriminatorios, sucesos que afectan indirectamente en la decisión de no acudir a los servicios de urgencias.

Con respecto a los planteamientos descritos anteriormente, se establecen los siguientes supuestos de investigación: en primer lugar, la existencia de barreras de acceso y negligencia en la atención de servicios de urgencias. En segundo lugar, una baja percepción de la atención humanizada en los servicios de urgencias por parte de la población migrante venezolana residentes de las ciudades de Cali y Arauca, y en tercer lugar, la existencia de comportamientos desencadenados por el estigma y la discriminación social por parte del personal de salud hacia la población migrante venezolana.

A continuación, se presenta el marco teórico de esta investigación, el cual aborda conceptos como el fenómeno migratorio en el mundo, posteriormente se profundiza en la migración venezolana en el territorio colombiano y su incidencia en el contexto social, laboral, educativo y salud en los últimos 5 años. De esta manera, en el contexto de salud se profundiza los conceptos como la accesibilidad, la atención humanizada y la comunicación paciente- personal de salud en los servicios de salud en Colombia.

Si bien, el siglo XXI se ha caracterizado por sus grandes avances en los campos de la tecnología, los derechos humanos, la ciencia, la economía y la democracia, estos distan con respecto a la realidad social vivida por gran parte de la población mundial, siendo un reflejo de ello, el aumento en la tasa poblacional migrante, países como Estados Unidos, el cual es considerado como el país con mayor recepción de migrantes en el mundo, registró una cifra promedio en el año 2005 de 38,4 millones de migrantes internacionales alojados en su territorio, no obstante, dicho país ante el paulatino crecimiento de la población migrante en su territorio en la década de los noventa, decidió reforzar el control del flujo migratorio, implementado así, un sistema de detección, retención y deportación de migrantes indocumentados en su territorio (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2010).

Ahora bien, en el año 2016 el aumento de la población migrante en el territorio estadounidense fue el tema principal a tratar en las elecciones presidenciales en dicho año, por este motivo, las propuestas presidenciales se centraron en la reducción del flujo migratorio ilegal a través del uso de las siguientes alternativas: deportación masiva de migrantes indocumentados hacia sus territorios de procedencia, endurecimiento de las leyes migratorias y finalmente, flexibilización de las leyes migratorias en pro de la familia migrante, no obstante, las crecientes dificultades sociales influyeron en la elección de las alternativas menos favorables para la población migrante, dando lugar así, al creciente aumento de la violencia racial en los estados más conservadores del territorio estadounidense (Hines, 2019).



Con base a anterior, podría pensarse que el aumento de los movimientos migratorios mundiales son el resultado de la inestabilidad política y social de países en vía de desarrollo, no obstante, la existencia de conflictos de tipo religioso, económico y ambiental en países africanos como República Democrática del Congo, Burkina Faso, Uganda, Somalia, Mali, Nigeria, Sudán del Sur entre otros, son un ejemplo de la constante lucha diaria de sus ciudadanos por conservar su vida y la de sus seres queridos, al enfrentarse al asedio de grupos armados que buscan el dominio político y económico de los recursos naturales en estos países, infringiendo así, los Derechos humanos de gran parte de la población civil que reside en las inmediaciones a estas fuentes de recursos naturales (ACNUR, 2017).

Por otra parte, en cuanto a los datos suministrados por la Organización Internacional de Migraciones en año 2013 (OECD, 2013), se estimó que el 7,7 % de la población migrante a nivel mundial es de origen africano, lo cual representa 18,6 millones de migrantes africanos con respecto al total de la población migrante en dicho año de 231,5 millones de migrantes. Con respecto al porcentaje de población migrante africana mencionado anteriormente, se estimó que 10,4 millones de migrantes africanos residen en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), esto representa el 11% del total de la población extranjera residente en dichos países, finalmente, en esta organización se encuentran países como Francia, Bélgica, España y los Países Bajos entre otros (Wabgou, 2016).

Ahora bien, conceptualmente por migración entendemos que es todo desplazamiento de personas que tienen como intención un cambio de residencia desde un lugar de origen a otro destino, atravesando algún límite geográfico que generalmente es una división político-administrativa (García, 2002). Este fenómeno social se encuentra íntimamente relacionado con el aumento de la brecha social y económica latente en muchos países en vía de desarrollo,

siendo la migración, una búsqueda de oportunidades de vida para el individuo que decide emigrar, como para los miembros de su núcleo familiar (Borisovna, 2002).

Sumado a lo anterior, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define el concepto de migrante como aquella persona que toma de manera libre, estratégica y sin intervención de terceros, la decisión de desplazarse de su país de residencia. Asimismo, la OIM menciona que en el año 2019 el número de migrantes internacionales alcanzó una cifra de 272 millones de personas distribuidas en un 48% por mujeres y un 52% por hombres (OIM, 2019a). Con relación a la cifra descrita anteriormente, Canales y Zolnisky (2001) refieren que la población migrante puede clasificarse según los motivos de desplazamiento, las habilidades académicas y operativas y el tipo de entrada al lugar de destino, de esta manera, las personas que son invitadas a laborar en un determinado país por un tiempo conciso, son clasificados como trabajadores migrantes temporarios, por otro lado, las personas que se encuentran altamente cualificadas para desempeñar funciones concretas en el país receptor son clasificadas como intra-firma, y finalmente, las personas que se encuentra indocumentadas o su paso al país fue por vías ilegales, son clasificadas como migrantes irregulares, siendo estos últimos, la población de interés para esta presente investigación.

En efecto, la migración no es un fenómeno social ajeno a la realidad colombiana, pues el alto flujo de población migrante de origen venezolano, presupone grandes retos para el gobierno nacional y sus ciudadanos desde el año 2014, año en el cual el conflicto social y económico influyó directamente en la decisión de muchas familias venezolanas en abandonar su país de origen en búsqueda de una mejor calidad de vida, siendo Colombia el país con mayor recepción por su cercanía histórica y geográfica (Fernández y Orozco, 2018).

Con respecto a lo anterior, el último informe emitido en el mes de febrero del año 2020, revela un incremento del 3% en la población migrante venezolana con respecto al año 2019, registrando así, un total de 1.825,000 migrantes, aproximadamente 800,000 migrantes

regulares y 1.025,000 irregulares, siendo Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cúcuta, las ciudades con el mayor porcentaje de migrantes radicados en el país, lo cual equivale al 44% de la población migrante, el otro 56% no se encuentra radicada en una sola ciudad, pues se presupone que realizan un constante movimiento a través del país hacia otros destinos internacionales, debido a que Colombia es considerado como un territorio de tránsito para aquellos que tienen como destino de interés países suramericanos con una mejor estabilidad económica, social y política (Migración Colombia ,2020).

A partir de la realidad social inmersa en los procesos migratorios, la población migrante venezolana se ve en la obligación de hacer frente a las dificultades socioeconómicas sufridas en Colombia, por ende, la satisfacción de sus derechos fundamentales es compleja al igual que para muchos ciudadanos colombianos; en este sentido, al hablar sobre los derechos fundamentales de la población migrante y los ciudadanos nativos, es evidente mencionar la dificultad existente para gozar dignamente de los siguientes derechos: derecho a una vida digna, derecho a la educación, derecho al trabajo y derecho a la salud (Calderón et al., 2019a).

De esta manera, las dificultades sociales mencionadas anteriormente no solo afectan a las ciudades principales del país, pues ciudades fronterizas como Valledupar, Maicao, Cúcuta y Arauca, registraron en el año 2018 indicadores socioeconómicos negativos, evidenciando así, un nivel de pobreza multidimensional superior al 40%, porcentaje compuesto mayoritariamente por la población migrante venezolana (Calderón et al., 2019).

Adicionalmente a esta situación, al existir un déficit socioeconómico tan alto en estas ciudades fronterizas, la población migrante venezolana se encuentra en la necesidad de subsistir en entornos sin servicios de acueducto y alcantarillado, sin servicio de electricidad ni de protección social, convirtiéndose así, en un receptor de enfermedades contagiosas,

afectando la calidad de vida percibida por la población migrante (Trujillo, 2014; Fernández et al.,2018; Peña, 2019).

Por otra parte, al hablar sobre el concepto de migración desde una perspectiva social, autores como Tajfel, Sheikh & Gardner (1964), mencionan la dinámica relacional existente entre los miembros de un grupo social y otro, acuñando así, el concepto de identidad social, el cual es definido a partir de la identificación social de los individuos frente un sector o grupo de la sociedad, reconociendo así mismos a través de sus creencias, valores, gustos, prejuicios, estereotipos, diferenciación social, entre otros aspectos. Por tanto, el grupo de referencia o pertenencia es definido por los autores como endogrupo, siendo este, el marco de referencia por el cual sus miembros comprenden la realidad, no obstante, la existencia de otro grupo social diferente al endogrupo, es definido como exogrupo, grupo social percibido por el endogrupo como posible transgresor de su identidad social, generando así un conflicto social entre ambos grupos de referencia, dando origen a una visión distorsionada de la realidad entre ambos grupos, desencadenado así actitudes discriminatorias, prejuiciosas y estereotipadas entre sus miembros.

De esta manera, el fenómeno migratorio colombo-venezolano se desarrolla a partir de una dinámica relacional entre dos grupos con identidades sociales diferentes, dinámica que influye en la percepción de la realidad en cada endogrupo y exogrupo, dando lugar a un paulatino proceso de adaptación cultural entre cada grupo social. En conclusión, el fenómeno migratorio Colombo-venezolano no es solo un fenómeno socioeconómico, es un fenómeno que afecta la identidad social de dos grupos poblacionales con desarrollos históricos, creencias e ideologías diferentes (Tajfel et al.,1964; Fernández y Orozco,2018g).

Teniendo en cuenta lo anterior, Fernández et al. (2018) ejemplifica esta situación con base a la realidad vivida por los migrantes venezolanos asentados en Villa Caracas, área de alto riesgo social ubicada en las afueras de la ciudad de Barranquilla, las difíciles condiciones

de salubridad presentada por esta población migrante es agravada por la discriminación social sufrida por ser población extranjera, pues refieren no poder acceder a los servicios de salud por ser venezolanos, siendo en este caso la percepción social una barrera más de acceso a los servicios de salud. Asimismo, el alto flujo migratorio en los últimos 3 años ha generado presiones en la cobertura, en los procesos de enseñanza y aprendizaje estipulados por el sistema educativo colombiano, esta situación obliga a la población migrante venezolana a enfrentarse a un sistema en proceso de estructuración, la cual surge de la implementación de nuevas medidas que buscan promover una educación centrada en responder a sus necesidades de integración social; asimismo, este esfuerzo por asegurar una cobertura al sistema educativo de la población migrante venezolana, abre paso al desarrollo de políticas y prácticas educativas que respondan a las necesidades de los estudiantes migrantes y sus familias (Education Equity Research Initiative, 2019, como se citó en Child Resilience Alliance, 2020).

Con respecto a lo anterior, en el panorama educativo la población migrante encuentra dificultades de adaptación, debido a que laboralmente existe un elevado nivel de trabajo informal, dando lugar a una dependencia económica a trabajos poco remunerados (Calderón et al., 2019c), sumado a esta situación, Peñalosa (2019) refiere que la baja preparación académica de los trabajadores migrantes irregulares influye de manera negativa en su participación laboral en un mercado competitivo como el colombiano, así pues, el autor menciona que el 56.07% de la población migrante solo cuenta con básica primaria, lo cual presupone un punto desfavorable en su perfil profesional.

Por otro lado, Profamilia menciona en que la migración presupone ser un determinante estructural que impacta de manera diferencial la salud y la calidad de la vida de las personas que emigran, asimismo, refieren en su último informe del año 2020 la existencia de alrededor de 184.455 niños migrantes y refugiados venezolanos se encuentran expuestos a

inequidades etarias y de género, situación que limita y afecta su seguridad al estar expuestos a posibles caso de violencia física y psicológica; abandono, trata de personas y diferentes formas de violencia sexual (Profamilia, 2020). Según este mismo informe, menciona que la salud mental de la población migrante tiene una mayor probabilidad de padecer de trastornos mentales tales como la depresión y la ansiedad, ya que los cambios culturales, sociales y políticos que influyeron en la decisión final de migrar, son factores que afectan de manera negativa el bienestar mental y psicológico de esta población.

En relación con lo anterior, las necesidades básicas insatisfechas, la ruptura del núcleo familiar, la existencia de barreras acceso en el uso oportuno y satisfactorios de los servicios de salud, educación y oportunidades de trabajo, expone a la población venezolana a desarrollar perturbaciones físicas y emocionales que afectan en definitiva la autonomía en sus vidas (Profamilia, 2020).

A partir de las dificultades expuestas anteriormente, el acceso al goce pleno de los derechos sociales tales como el acceso a la salud, son aspectos que afectan de manera significativa la calidad de vida del migrante en Colombia. Para Andersen (1995) el concepto de accesibilidad a los servicios de salud debe ser comprendido desde una mirada sistémica, pues lo define como la capacidad de acceder a los servicios de salud donde y cuando sea necesario de manera que, el personal e instalaciones de salud deben estar disponibles donde la población reside. Con base a lo anterior, Andersen no solo plantea la accesibilidad como la capacidad de utilizar los medios necesarios para acceder al sistema de salud, ni en la disposición de los medios físicos ofrecidos por el sistema de salud y su personal, pues afirma que la importancia de ofrecer información relevante a la comunidad sobre sus derechos, tipos de atención médica, proveedores de salud y mecanismos de acceso constitucionales, beneficiaria a la comunidad al comprender de manera integral sus derechos y los mecanismos legales relacionados para el goce de su derecho a la salud.

En consecuencia, Cano et al. (2016) añaden que el significado de calidad en la atención en servicios de urgencias puede ser comprendida a partir de la siguiente división: Pre-atención, atención inicial, atención como tal y post- atención; por lo tanto, con base a lo planteado por Fernández y Orozco (2018), la calidad en la atención percibida por los migrantes venezolanos en la pre-atención es deshumanizada al encontrar barreras de acceso por su condición de migrante. Los servicios de urgencia se entienden como aquellos que se crean con el fin de proveer servicios de salud en el caso de urgencias y/o emergencias, están diseñados para pacientes con riesgo vital si no se trata a tiempo, riesgo vital derivado, riesgo vital epidemiológico (Salway, et al. 2017). Los servicios de urgencias además deben garantizar la atención a todas las personas hagan uso de este, se encuentren o no afiliadas (Congreso de la República de Colombia, 1993).

En relación a lo anterior, la OMS en el 2010 define el concepto de urgencia como toda situación que en opinión del paciente, su núcleo familiar o persona que decida socorrerlo, requiere de una atención médica inmediata, la cual afecta significativamente al organismo de manera crónica o aguda en su funcionamiento de no atenderse prioritariamente, esta pueda afectar a largo plazo su calidad de vida o atentar contra de la misma (Bravo et al., 2008); por otra parte, el concepto de servicios de urgencia es definido como una unidad independiente o interna en una IPS la cual cuente con los recursos adecuados a nivel profesional y material para la atención de personas con sintomatologías de emergencia (Bravo et al., 2008)

De igual manera, a nivel nacional el Ministerio de Salud clasifica el nivel de atención y el grado de complejidad de una urgencia (Decreto 412, Artículo 3 de 1992), así como la Ley 100 de 1993 establece que todas las instituciones de servicios de salud están obligadas atender urgencias independientemente si la víctima está afiliada o no a una entidad prestadora de servicios de salud (Hernández, 2012).

Continuando con los planteamientos de Andersen (Como se citó en Arrivillaga y Borrero, 2016), propone que el acceso a los servicios de salud debe ser visto como un proceso multicausal entre factores ambientales, características poblacionales, factores de predisposición social, recursos necesarios y necesidades, los cuales interactúan en la relación sistema de salud de salud y ambiente externo, siendo este último conformado por quienes acceden o intentan acceder a los servicios de salud.

De esta manera, la atención humanizada en los servicios de salud mencionados a lo largo del presente estudio, son entendidos principalmente a través de dos posturas, las cuales difieren en los medios necesarios para alcanzar su finalidad, siendo una de ellas una postura humanista, la cual prioriza el esfuerzo humano de acompañar integralmente al paciente y su familia en el proceso de atención de la enfermedad y, por otro lado, una otra postura centrada en los resultados tangibles, ya que resalta el valor de los resultados tecnológicos, administrativos, gerenciales y rentables en el manejo eficiente de los procesos atencionales en el contexto de salud (Brusco, 1990, como se citó en Correa et al., 2007).

De forma similar, para Caro (2009) el concepto de humanización en salud enmarca la visión del ser humano como un ser integral, basado en valores y derechos merecedores de todo ser que atraviesa un periodo de enfermedad. Asimismo, la humanización en salud busca la prolongación de la vida y su calidad a través de la transformación del significado de acompañamiento humano, impactando así, en las actitudes, los pensamientos, las creencias y las experiencias vividas por los miembros que conforman la dinámica relacional entre el personal de la salud y el paciente (Bermejo, 2014).

Añadiendo a lo anterior, Correa (2016) define conceptualmente la humanización en salud a partir del vínculo relacional entre el personal de salud y quienes acuden a ellos en búsqueda de atención, privilegiando así la importancia de la comunicación, la accesibilidad y los deberes y derechos del paciente y el personal de salud a cargo, como elementos



fundamentales en la construcción de una atención más cercana al enfermo. Por esta razón, se tomarán en cuenta varias definiciones hechas por diversos autores sobre los componentes mencionados con anterioridad, definiendo así cada componente y su función en la construcción de un vínculo más humano en la relación paciente- familia- personal de salud en contexto de atención en urgencias.

Así pues, la comunicación como elemento fundamental en el vínculo entre el personal de salud, pacientes y familiares, es definido por Ruiz (2010) a través de dos pautas necesarias para establecer un vínculo humano dentro del ámbito de salud, de esta manera, la primera pauta busca crear un ambiente de confianza a través de conocer al paciente y su familia, parte de humanizar es reconocer al otro a través de su historia personal y experiencias, dando lugar y voz a quienes acuden y acompañan en proceso de atención en urgencias.

La segunda pauta establecida por el autor busca comprender e identificar los problemas que han llevado al paciente a consultar el servicio de salud, este elemento ayuda a potenciar el vínculo de interés recíproco entre la relación paciente-personal de salud, privilegiando así en los profesionales el deber de ayudar a mejorar el estado de salud y emocional del paciente y su familia. Sumado a esto, Ruiz (2010) menciona la pertinencia de fomentar el seguimiento de estas pautas de comunicación en la creación de ambientes más humanos para la atención en salud, permitiendo así, la creación de acuerdos que beneficien al proceso de atención y recuperación del paciente a través de un acompañamiento más humano que responda a sus necesidades.

De esta manera, todas las instituciones prestadoras de salud deben tener en sus protocolos de atención una política de humanización en salud, donde se involucren tanto los pacientes como el personal (Agrado, 2017). Se destacan dentro de estas políticas los derechos del paciente, la privacidad y confidencialidad durante el proceso de consulta y post consulta, confort dentro de la estructura físicas, orientación lúdica en el caso de niños, en caso de

muerte, respeto por el duelo y acompañamiento a su familia; en cuanto a sus deberes, el paciente está en la obligación de responder con sinceridad todos los interrogantes del profesional, cumplir con el cronograma de medicamentos en los horarios articulados, respetar al personal que brinda la atención en salud y actuar de buena fe frente al SGSSS (Ministerio de Salud, 2016; Ministerio de salud, 2020).

En la consulta médica es sumamente importante el cumplimiento de los derechos y deberes, debido a que le dan una noción de autonomía, por ello es visto como un actor independiente merecedor de respeto y responsabilidad profesional, así este sepa que los tiene o no (Amado, 2017). El paciente dentro de sus derechos tiene la facultad de solicitar y obtener por escrito su diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, así como los cuidados recibidos, se suma a esto el derecho a la continuidad en la atención (Resolución, 4343, 2012), estos deben estar escritos de manera en la que el paciente los comprenda y si lo desea puede recibir una segunda opinión médica (Ministerio de salud, 2020).

Otro tema fundamental es la constante actualización académica, donde el personal que presta los servicios de salud pueda hacer frente a las problemáticas y tengan herramientas para la resolución de conflictos, eje fundamental de la atención humanizada, esto se puede lograr mediante capacitaciones, talleres y seminarios cuyo centro teórico sea la mejora en la atención y la transformación de la relación paciente - personal de salud (Santacruz, 2016)

En consecuencia, Correa et al. (2007) plantean la existencia de barreras en la relación paciente - personal de salud, a causa de los avances tecnológicos y científicos en la medicina, hecho que ha desplazado paradójicamente la calidad y la humanidad en la atención hacia el enfermo por eficiencia, rentabilidad, productividad y competitividad en el mercado de servicios de salud; adicional a esto, ambos autores mencionan la existencia de diversos aspectos que afectan la posibilidad de ofrecer un trato humanizado en los servicios de salud en Colombia, estos aspectos se encuentran relacionados con las directrices del Sistema de

salud y las fallas organizacionales de las instituciones de salud, dando a origen a las ya mencionadas barreras en el relación paciente- personal de salud.

La estructura organizacional y su funcionamiento real plantea diversos obstáculos para brindar un trato humano al enfermo en el contexto de salud colombiano, afectando así la relación paciente-personal de salud, debido a las condiciones precarias en las cuales deben laborar por largas jornadas el personal de salud durante años, situación que puede originar un sentimiento de pesimismo y desmotivación en la comunidad hospitalaria, situación que influye en la despersonalización individual del paciente, dando lugar al trato indolente percibido por quienes acuden a los servicios de salud en Colombia (Corre et al., 2007).

Los resultados de esta investigación permitirán aportar información valiosa para la reestructuración de programas de intervención en salud pública y privada para la población migrante venezolana a partir del conocimiento de sus necesidades con respecto a las barreras de acceso en el servicio de atención primaria en ciudades fronterizas y ciudades de paso en Colombia. Así mismo, se ampliará el panorama investigativo entorno a las necesidades en salud que enfrenta la población migrante venezolana a través de su experiencia, debido a que la producción científica existente en el país es de tipo cuantitativo, por lo cual, existe poca literatura que aborde las narrativas propias del proceso migratorio y los procesos de adaptación a nivel cultural, económico, educativo, laboral y salud que enfrenta cada migrante en búsqueda de una mejor calidad de vida en Colombia.

Por otra lado, cabe resaltar que el personal de la salud en Colombia se capacita con el objetivo de cumplir con estándares de calidad en atención de salud con el fin de brindar un trato humanizado con los usuario (Chamorro, 2017c), no obstante, esto no garantiza que dicho trato sea percibido como humano por los usuarios del sistema, debido que el comportamiento del personal puede variar según la posición jerárquica que ocupe dentro de la institución o la condición anímica en la que se encuentre durante su jornada laboral (Fuentes, 2019).

Por lo tanto, para comprender la percepción de la atención humanizada de quien asiste a un servicio de urgencias, es necesario definir el concepto de percepción y su relación con la experiencia personal, de esta manera, la percepción es entendida como un proceso mental que involucra la apreciación de un individuo frente a un acontecimiento real, partiendo de un aprendizaje cultural, de la experiencia del individuo, de los sentimientos evocados por el acontecimiento entre otros aspectos (Oviedo, 2004), asimismo, la percepción de atención humanizada en cada individuo obedece a una construcción cultural que parte de la experiencia del sujeto o de su conocimiento general, a partir a los relatos de quienes han asistido a un servicio de urgencias en cualquier ciudad del país o en el extranjero.

## MÉTODO

### **Tipo de estudio**

La presente investigación se abordó desde un enfoque cualitativo, según Bonilla y Rodríguez (1997) y Hernández et al. (2014) este tipo de investigación busca comprender y describir diferentes realidades sociales a partir de las experiencias de los actores sociales involucrados en ellas, lo anterior, a través de la observación de los comportamientos, significados y conocimientos de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto, de manera que se puedan conocer las percepciones desde el marco de referencia de los participantes migrantes venezolanos, a partir de sus propias experiencias, vivencias e interacciones dentro de la consulta a un servicio de atención de urgencias en las ciudades de Cali y Arauca.

### **Diseño de investigación**

Para lograr enfocar las experiencias individuales subjetivas de los participantes se utilizó el diseño fenomenológico, en el cual el fenómeno debe abordarse desde la experiencia misma del individuo tal como acontece (Salgado, 2007). Así, el diseño fenomenológico hermenéutico plantea que la manera primordial para llegar a los significados de la realidad es mediante el diálogo, pues admite una visión conjunta de la realidad entre el investigador y el fenómeno, desde la comprensión de la realidad tal y como la vivencia el individuo en el contexto real (Mesías, 2004).

El tipo de análisis será el análisis de contenido, técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, transcripción de entrevistas u otra forma diferente de almacenamiento de registros de datos, que parte de la combinación intrínseca de la observación y la interpretación del contenido fenomenológico recolectado mediante el contacto con un otro (Abela, 2018).

Por otra parte, Chaves (2002) menciona que la implementación del análisis de contenido ayuda metodológicamente en la realización de las investigaciones de tipo cualitativo, aportando así, unidades de análisis necesarias para desglosar, analizar y sistematizar los segmentos de contenido en cada una de las categorías y subcategoría de análisis en una investigación. De esta manera, el análisis de contenido es fundamental para recolectar, clasificar y analizar la información obtenida de las experiencias personales de los participantes, información necesaria para el desarrollo de esta investigación cualitativa

## **Participantes**

Los participantes de esta investigación fueron cuatro hombres y cuatro mujeres, de los cuales dos hombres y dos mujeres residen en ciudad de Cali y Arauca respectivamente, de edades que oscilan entre los veinte y treinta y cinco años, se establece este rango debido a que dentro del fenómeno migratorio esas son las edades de las personas con mayor índice de migración, según los autores, se encuentran con mayor probabilidad de migrar aquellos que se encuentren comprendidos entre los quince y los treinta y cinco años, esto debido a que están en su mejor etapa productiva (Guataquí et al., 2017).

Para la selección de los participantes del estudio se establecieron como criterios de inclusión, contar con un rango de edad entre los 20 y 50 años, residir en la ciudad de Cali o Arauca con un mínimo de permanencia de un año como migrante irregular, no encontrarse en situación de habitante de calle y aceptar participar de manera voluntaria en la investigación, afirmando ello a través de la firma del consentimiento informado (Ver anexo 1). Así mismo, los criterios de exclusión son, haber ingresado al país de forma regular, es decir cumpliendo con la normativa legal vigente, ingresar de forma regular, pero que se le haya vencido el tiempo de estadía, que el motivo de consulta sea una enfermedad de alto costo, tener el diagnóstico de enfermedad o estar en condición de calle.

De esta manera, se eligió a Cali como ciudad del estudio debido a que en ella se encuentran un gran porcentaje de la población migrante, junto con Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cúcuta, lo cual equivale al 44% del total de migrantes venezolanos en Colombia (Migración Colombia, 2020), y Arauca al ser una ciudad fronteriza como Valledupar y Maicao, registró en el año 2018 indicadores socioeconómicos negativos, un nivel de pobreza multidimensional superior al 40%, porcentaje compuesto mayoritariamente por la población migrante venezolana (Calderón, et al. 2019).

La captación de los participantes se realizó de forma intencional y por conveniencia, con carácter no probabilístico a partir de un muestreo de tipo bola de nieve o cadena, este tipo de muestreo se caracteriza por la identificación de la población de interés, quienes a su vez reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos, que cumplan con los criterios de inclusión del estudio (Casal y Mateu, 2003; Salgado, 2012).

La selección de las ciudades Cali y Arauca fue por conveniencia y facilidad para la captación de los participantes, de esta manera, en la primera de ellas, se pretende captar los participantes a través de la ONG Masterpeace Colombia, la cual es una organización sin ánimo de lucro que actualmente se encuentra desarrollando proyectos de emprendimiento y empoderamiento a comunidades civiles vulnerables con el objetivo de inspirarlos a construir paz y tejido social a partir del arte, expresiones culturales y diálogo (Masterpeace Colombia, 2019). El acceso a población de interés se realizó gracias al apoyo de uno de sus miembros, el cual se encuentra realizando trabajos de carácter institucional en conjunto con distintas fundaciones de carácter no gubernamental con población migrante venezolana en la ciudad de Cali.

Y en la segunda, se seleccionaron a los participantes a través de los referidos conocidos por uno de los investigadores quien reside temporalmente en la ciudad, este tipo de muestreo se emplea con el fin de garantizar la captación de una muestra que cumpla con las

características mencionadas anteriormente, además, resultó conveniente para la investigación puesto en la ciudad de Cali estas organizaciones tienen experiencia con el acompañamiento a esta población; por su parte, en la ciudad de Arauca se emplea este método ya que es una ciudad fronteriza en la cual un participante puede conocer a otros con las mismas características requeridas.

### **Técnicas de recolección de la información**

Los datos se recogieron a través de una entrevista semiestructurada (Anexo 2), la cual permitió profundizar en las experiencias individuales, donde el entrevistador buscó responder a las preguntas de investigación; este tipo de entrevistas permiten al entrevistador introducir preguntas a medida que la conversación avance con el objetivo de conocer o profundizar más en un tema que el investigador considere necesario, pues tiene la libertad de buscar más información sobre algo en específico, además, permite que los participantes expresen sus experiencias de manera fluida sin que la perspectiva del investigador influya sobre esta (Bonilla y Rodríguez, 1997; Hernández et al., 2014).

### **Validación**

La validación por jueces expertos fue realizada por tres docentes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. De un lado, Laura Valderrama magíster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil y docente de Pontificia Universidad Javeriana Cali, además pertenece al grupo Salud y calidad de vida gracias a su experiencia en la psicología de la salud, también se encuentra la docente María del Pilar Molano, master en psicología clínica y de la salud, docente de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, con una amplia experiencia en terapia racional emotivo conductual y por último, Ana Marcela Uribe, quien es psicóloga de la Universidad del Bosque, especialista en evaluación y tratamiento de trastornos emocionales y afectivos, magíster en psicología clínica, la cuenta con amplia trayectoria en psicología clínica y psicología de la salud.



Con respecto a lo anterior, los comentarios en el proceso de validación tuvieron como objetivo la eliminación de categorías de análisis debido a que el contenido era similar en algunos ítems, los cuales fueron anexados a una misma categorías y se formuló una guía inicial de preguntas (Anexo 2) la cual fue validada por los jueces mencionados anteriormente, quienes realizaron recomendaciones y sugerencias, los cuales fueron: cambios en la redacción de algunas preguntas, cambio de algunos términos, eliminación e inclusión de preguntas (Ver anexo 3).

Una vez realizados los ajustes sugeridos por las jueces, se realizó la prueba piloto con una persona que cumplía con los criterios de inclusión definidos para la investigación, lo que permitió modificar y agregar algunos ítems. Las recomendaciones de los jueces y las modificaciones originadas por el estudio piloto se consignan en forma detallada en el Anexo 4. Los ajustes que se realizaron a partir de la validación por jueces y la entrevista piloto configuran la versión final de la entrevista semiestructurada (Ver anexo 5).

### **Categorías de análisis**

Las categorías de análisis que se plantearon para la investigación y su definición conceptual se presentan en la *Tabla 1*.

**Tabla 1**

---

*Definición conceptual de las categorías.*

---

Categoría	Definición
-----------	------------

---

Acciones orientadas a la atención humanizada en salud

La atención humanizada en salud es ofrecer una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual de la persona, siendo coherente con los valores peculiares e inalienables del ser humano. (Camilos, 2002; Brusco, 1990, como se citó en Correa et al., 2007)

Acceso y atención en salud

El acceso en salud se refiere a un acceso oportuno a los servicios de salud de las IPS con un reconocimiento de la dignidad humana, sin desmeritar su contexto. La atención en salud se refiere a la creación de acuerdos que beneficien al proceso de atención y recuperación del paciente a través de un acompañamiento más humano que responda a sus necesidades, evidenciando disponibilidad por parte del profesional a atender las necesidades del consultante (Andersen, 1995; Correa et al., 2007). Se considera relevante incluir la comunicación en la relación personal de salud-paciente teniendo en cuenta su relación con la creación de ambientes más humanos en el contexto de consulta en salud, esto engloba tanto la comunicación verbal y no verbal (Ruiz, 2010; Moore et al. 2010).

---

Estigma y discriminación

Hace referencia a verbalizaciones xenófobas y despectivas por el lugar de origen que además minimizan el padecimiento por parte del paciente. Prejuicio. Devaluación y descalificación de una persona (Tajfel, Sheikh y Gardner (1964).

---

## **Procedimiento**

Para el desarrollo de la presente investigación se llevaron a cabo los siguientes pasos:

### ***Fase de preparación conceptual y metodológica***

Inicialmente, se realizó una revisión bibliográfica de estudios empíricos y teóricos sobre humanización en salud y atención humanizada enfocada en la relación paciente-personal de salud en servicios de salud en bases de datos como: Elsevier, Dialnet, Redalyc y Vitela Repositorio Institucional Pontificia Universidad Javeriana Cali y Repositorios institucionales de diferentes universidades. Por otra parte, se realizó una búsqueda conceptual enfocada en comprender los fenómenos migratorios en el mundo, en Latinoamérica y en Colombia y cómo estos influyen en el contexto de salud, de esta manera, se consultaron antecedentes que retratan el panorama académico acerca de la investigación en el campo de la humanización de la salud y la influencia de los procesos migratorios.

De acuerdo con la información recolectada, se realizó un análisis de esta información a partir de reseñas y mapas conceptuales de los artículos científicos consultados con el fin de plantear las brechas teóricas, metodológicas y sociales con esto estructurar los objetivos de la investigación. Con base a las brechas teóricas, metodológicas y sociales propuestas en la investigación, se plantearon los objetivos de investigación descritos líneas atrás, se procedió a

resumir los antecedentes, la justificación y método por el cual se guiaría esta investigación. Una vez propuesto el método de la investigación, se realiza la validación del instrumento por medio de jueces expertos, con el fin de llevar a cabo la prueba piloto y posteriormente realizar sus respectivas correcciones.

#### ***Fase de diseño del instrumento de relación de la información.***

Se realizó el diseño inicial de un instrumento piloto para guiar el proceso de la recolección de información, el cual fue validado por dos jueces expertos antes de ser aplicado. Así mismo, se destacan las modificaciones realizadas durante el desarrollo de la investigación orientadas a reducir el número de categorías de análisis e ítems presentados inicialmente, esto de acuerdo a las recomendaciones emitidas por ambos jurados.

#### ***Fase de contacto con los participantes.***

Se inició la búsqueda de los participantes mediante un sistema no probabilístico tipo bola de nieve en la ciudad de Arauca y en la ciudad de Cali mediante la ONG MasterPeace Cali, la entrevista se realizó de manera presencial, cumpliendo con las normas de bioseguridad vigentes, debido a las características socioeconómicas de los participantes y su acceso a herramientas tecnológicas. Con el fin de brindar otras alternativas de comunicación se dejó a consideración de los participantes el uso de herramientas digitales tales como Zoom, Hangouts, Google Meet, Skype y WhatsApp para llevar a cabo la entrevista de manera virtual.

#### ***Fase de recolección de la información.***

En total se realizaron cinco entrevistas en la ciudad de Arauca y cuatro en la ciudad de Cali, una vez explicado los objetivos del estudio se inició con la lectura en conjunto del consentimiento informado, exponiéndose al mismo, su justificación y los posibles riesgos, así como la notificación de que la entrevista será grabada en formato de audio con fines académicos. Es importante mencionar que dos de las cuatro entrevistas realizadas en la ciudad

de Cali fueron de manera virtual, mientras el resto de las entrevistas en ambas ciudades fueron de manera presencial, el tiempo promedio de las entrevistas fue de cuarenta y cinco minutos, además, los participantes confirmaron su inclusión en la investigación una vez aclarada todas sus inquietudes se procedió a la firma del consentimiento informado.

### ***Fase de sistematización y análisis de la información.***

En total se realizaron nueve entrevistas las cuales fueron transcritas en el software ATLAS.ti. para ser procesadas y analizadas a través de un análisis temático, el cual permitió identificar, organizar, analizar en detalle y reportar los temas a partir de una cuidadosa lectura y relectura de la información recolectada mediante códigos de análisis, estos permitieron la comprensión e interpretación del fenómeno en estudio (Braun y Clarke, 2006 como se citó en Mieles et al, 2012)

### ***Fase de devolución de la información***

Finalmente se hará una devolución individual de los resultados a los participantes con el fin de socializar los resultados del estudio.

### **Reflexividad**

El ser reflexivo puede impactar todo el proceso de cualquier investigación, es aquella conexión que se tuvo como investigadores con el estudio y sus participantes, buscando así ser responsables con nuestro proceso y sobre el impacto que tiene y va a tener sobre los participantes y nosotros mismos, cada una de las etapas del estudio fue pensando en pro del migrante, debido a que esta es una problemática social que acarrea distintas áreas de la vida del ser humano (Cuesta-Benjumea, 2011).

### **Validez**

La validez fue parte del proceso de construcción de esta investigación debido a que se garantizó el grado de fidelidad del estudio, de manera que se logró evidenciar con precisión la información del fenómeno estudiado, según Noreña et al. (2012) se deberán tener presentes

tres criterios que se mencionan a lo largo del artículo, los cuales son: credibilidad, transferibilidad y la reflexividad, el primero de ellos la credibilidad o autenticidad hace referencia al fenómeno tal como es percibido por los participantes, por lo cual, los resultados se obtuvieron a partir de las narrativas de cada participante en relación con el fenómeno estudiado, para así describir la realidad del participante; el segundo es la transferibilidad o aplicabilidad, es poder movilizar los resultados del estudio a otro contexto, lo cual se logró alcanzar a través de una descripción precisa del contexto vivido por los participantes, en este caso, se realizó una descripción densa de las situaciones vividas por cada participante, no solo a nivel físico, sino también a nivel emocional y la forma en la cual cada uno lo significó. Por último, con el objetivo de poder comparar la información y los resultados de una investigación con otra, pues como se menciona en el artículo no se generalizan los resultados, más bien son transferibles, puesto que cada narrativa es única, generando conocimiento por sí sola.

Finalmente, la reflexividad, es la neutralidad y objetividad frente a las descripciones mencionadas por los participantes, lo que permitirá conocer los alcances y limitaciones del investigador frente a sus propios posibles juicios de valor sobre el fenómeno estudiado. A través de la rigurosidad con el proceso metodológico, la recolección y el tratamiento de los datos es que se da la validez de la información de este estudio; en este sentido, la información suministrada por cada uno de los participantes del estudio se muestra de manera clara y precisa, teniendo en cuenta el contexto de cada narrativa sin omitir información importante, teniendo en cuenta la validación por jueces y prueba piloto que se realizó, construyendo así el instrumento, el cual garantiza la objetividad del mismo.

### **Consideraciones éticas**

De acuerdo a los principios establecidos en la ley 1090 cuyo fin es reglamentar el ejercicio de la profesión de psicología, y en cumplimiento con todos los aspectos que dentro

de esta normatividad se citan, en especial el capítulo III de la presente Ley, este estudio se desarrollará cumpliendo los deberes que tiene el psicólogo con las personas dentro de su ejercicio profesional, investigaciones de este tipo ya se han realizado en seres humanos y no representa ningún riesgo para la salud tanto física como emocional de los pacientes. Así mismo, se cumplirá con la normatividad y regulación para la investigación en seres humanos consignada en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, donde se establecen las normas pertinentes frente a trabajos científicos, técnicos, administrativos, la investigación en salud, y el Código Deontológico y Bioético en Psicología, en los artículos 15 y 16 se vela por el bienestar de las personas que hagan parte del proceso de investigación, pues esta se realiza desde una postura ética que asegure la confianza y la convivencia, de la misma manera los datos brindados por los participantes son confidenciales y resguardados por el principio de confidencialidad por ello se hace necesario contar con el consentimiento informado para participar en este proceso de investigación. Al ser un ejercicio académico, es deber notificar a las autoridades competentes los casos que comprometan la salud pública, la salud o seguridad del consultante, de su grupo, de la institución o de la sociedad. La investigación se hará efectiva hasta que el paciente dé su autorización, el consentimiento informado (Ver anexo 1).

Para finalizar este apartado, esta investigación es de riesgo mínimo, de acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1996 es un estudio basado en técnicas y métodos de recolección de información basados en entrevistas para profundizar de manera respetuosa los temas de interés del estudio. De igual forma, se reconoce que estos temas podrían movilizar emocionalmente a algún participante, por lo tanto, se brindarán los primeros auxilios psicológicos y en caso de ser necesario se remitirá al participante a un servicio de psicología de la IPS o al director del presente trabajo de grado Diego Emiro Correa Sánchez.

## **RESULTADOS**

A continuación, se presentan los principales resultados de la presente investigación que tuvo como objetivo general describir la percepción sobre el acceso a la salud y la atención humanizada en el uso de servicios de urgencias en IPS de las ciudades de Cali y Arauca, por parte de la población migrante venezolana.

Inicialmente se presentará el perfil de los participantes de ambas ciudades, este perfil incluye información general sobre cada participante y los aspectos relacionados con el proceso de migración hacia Colombia .Posteriormente, se describirán los resultados encontrados en cada una de las categorías propuestas de acuerdo al siguiente orden: acciones orientadas a la atención humanizada en salud, acceso y atención en salud, comunicación verbal y no verbal, y finalmente, Estigma y discriminación.

### **Perfil de los participantes**

Ximena (Cali), es una mujer de 46 años que actualmente vive en la ciudad de Cali en compañía de su esposo y sus dos hijos, su estrato socioeconómico en Cali es 3 y no cuenta con afiliación a EPS. Se graduó de turismo, alcanzando el título en el nivel de educación media técnica, pero se desempeñaba como ejecutiva comercial y todo lo referente a marketing, actualmente se desempeña como voluntaria en la coordinación de una ONG cuyo propósito es ayudar a los migrantes venezolanos en temas legales. Su ciudad de origen es Maturín, estado Monagas, el motivo por el cual migra de su país es la crisis económica y el acceso a salud, debido a que padece de múltiples alergias y el acceso a los medicamentos era difícil, reside en el país desde hace 4 años, ha pasado por varias ciudades del país, Barranquilla, Pasto y por último Cali. Durante la entrevista se mostró receptiva y colaboradora, profundizando en sus sentimientos y percepciones sobre las situaciones.

Javier (Cali), es un hombre de 24 años que actualmente reside en la ciudad de Cali, junto con su pareja quien se encuentra embarazada de 7 meses y un primo, su estrato



socioeconómico en Cali es 2 y no cuenta con afiliación a EPS. El nivel académico del participante es educación media general inconclusa, debido a que cursó hasta el quinto año de secundaria, se desempeña actualmente como trabajador informal en oficios varios. Su ciudad de origen es Maracaibo, el motivo por el cual migra es la crisis económica y el acceso a medicamentos para su madre quien padece de diabetes, ingresa al país por trocha en la ciudad de Cúcuta, camina hasta Bogotá y actualmente se establece en la ciudad de Cali por el embarazo de su pareja, tiene más de un año de vivir en el país. Durante la entrevista se muestra interesado y colabora ampliando respuestas, en ocasiones responde “sí, no” pero cuando se le pide profundizar lo hace.

Carmen (Cali) es una mujer venezolana de 44 años, actualmente vive en la ciudad de Cali y es procedente del estado Sucre, en Venezuela, su actividad económica principal es y siempre ha sido la orfebrería, es bachiller, su estrato socioeconómico en Cali es 2 y no cuenta con afiliación a EPS, cuenta con diferentes estudios en atención al cliente y secretariado, su principal motivación para salir de Venezuela es que perdía mucho tiempo haciendo colas para recibir ayudas para sostener a su familia ya que consideraba que “eso no era vida”, su proceso migratorio fue complejo en un principio, debido a que su pareja vivía en Barranquilla y para sacar a sus hijos de Venezuela necesitaba las firmas del padre y diferentes papeles de la notaría la cual mantenía cerrada por cuestiones de pandemia; lleva 3 años en Colombia y en la primera ciudad donde vivió fue en Barranquilla con su esposo quien es músico y sus tres hijos, tiempo después deciden mudarse a Cali. Durante la entrevista demuestra entusiasmo por contar su experiencia, había algunos temas familiares que al ser abordados la ponían sentimental, respondía de manera profunda a lo que se le preguntaba, sin embargo, en ocasiones respondía o comentaba algunas situaciones que no tenían mucho que ver con lo que se le preguntaba, durante la entrevista menciona que está en proceso de documentación con sus hijos y esposo, ya que llevan mucho tiempo en el país.

Andrés (Cali) es un hombre venezolano de 23 años, actualmente vive en la ciudad de Cali, y es procedente de San Cristóbal, estado Táchira, es bachiller y era estudiante de administración de empresas en Venezuela donde realizaba trabajos ocasionales como mesero, su estrato socioeconómico en Cali es 1 y no cuenta con afiliación a EPS. La primera ciudad en la que estuvo fue en Cúcuta, pues decidió migrar debido a la situación económica de Venezuela, refiere haber estado un par de semanas en Cúcuta mientras conseguía la suficiente cantidad de dinero para venir a Cali donde personas conocidas. Actualmente trabaja de manera informal en la galería y visualiza un futuro en la ciudad de Cali. Durante la entrevista se mostró como una persona seria, respondía de manera muy puntual a lo que se le preguntaba, no era muy detallado en algunas preguntas, pero lograba desarrollarlas de manera suficiente; se presentó alguna afectación emocional al hablar sobre su proceso migratorio.

Isabel (Arauca) es una mujer venezolana de 25 años, quien vive en la ciudad de Arauca desde el año 2018 en compañía de su pareja, sus tres hijos de los cuales uno es colombiano y su madre, su estrato socioeconómico en Arauca es 1 y se encuentra al momento de la entrevista realizando el proceso de afiliación a EPS. Es bachiller y es procedente de la ciudad de Guasdalito, estado Apure, su principal razón para emigrar fue la crisis de su país, la cual afectó drásticamente los negocios de su familia, quienes se dedicaban al comercio de productos de primera necesidad y de encargo. Su ocupación actual es ser ama de casa y manicurista, oficio que realiza de manera esporádica debido a su apretada agenda en el hogar. Durante la entrevista Isabel contesta de manera directa las preguntas, se intentó en varias ocasiones repetir la pregunta de diferente manera en búsqueda de profundizar en sus respuestas, sin embargo, el resultado no varió; finalmente, la candidata se describe como una persona reservada y de pocas palabras.

Karol (Arauca) es una mujer venezolana de 21 años, vive en la ciudad de Arauca desde el año 2017 en compañía de su madre, de su pareja sentimental y su hija de 2 años, su

estrato socioeconómico en Arauca es 1 y se encuentra al momento de la entrevista realizando el proceso de afiliación a EPS, Karol actualmente se encuentra cursando el grado once en una institución de validación con el objetivo de realizar la prueba de estado ICFES. En relación con su procedencia, su ciudad de origen es la ciudad de Barinas, estado Barinas, el motivo por el cual migra es debido a la crisis económica en su país y no haber podido culminar sus estudios de bachillerato, ingresa al país en bus, estableciéndose en la ciudad de Arauca en compañía de su madre. Durante el transcurso de la entrevista Karol se mostró receptiva, colaboradora y honesta, expresando con claridad y detalles sus sentimientos y opiniones frente a las situaciones ocurridas.

Diego (Arauca) es un hombre venezolano de 43 años, vive en la ciudad de Arauca desde el año 2016, su familia se encuentra viviendo en la ciudad de Guasdalito, estado Apure de donde es oriundo, su estrato socioeconómico en Arauca es 1 y no cuenta con afiliación a EPS. El entrevistado refiere haber culminado sus estudios de bachillerato. El motivo por el cual migra es emprender y crear su propio negocio, trabaja en el campo de la ornamentación, soldadura, creación de vallas publicitarias y creación de estructuras. Durante la entrevista se mostró como una persona carismática y crítica a la hora de narrar sus experiencias, expresando con claridad sus pensamientos con relación con los aspectos políticos, sociales y psicológicos que enfrenta la población migrante en territorio extranjero.

Santiago (Arauca) es un hombre venezolano de 32 años, actualmente vive en la ciudad de Arauca desde el año 2016 en compañía de su pareja, sus dos hijos y su suegra, su estrato socioeconómico en Arauca es 2 y se encuentra al momento de la entrevista realizando el proceso de afiliación a EPS. El entrevistado refiere haber culminado sus estudios de bachiller y haber llegado a hasta el sexto semestre de administración de empresas en la Universidad Bolivariana de Venezuela, no obstante, su pasión siempre fue la cocina, de esta manera creció profesionalmente. El motivo por el cual migra es poder laborar como cocinero, pues debido a

la crisis económica le imposibilita poder desempeñarse en tal campo, durante su estancia en Arauca ha tenido que laborar en diferentes trabajos para obtener el sustento diario, el entrevistado refiere haber trabajado en un hotel de la ciudad como chef, sin embargo, fue despedido 8 meses después por su condición de migrante ilegal, ha laborado en distintas oportunidades de manera informal y actualmente labora en un emprendimiento propio. Durante el transcurso de la entrevista se mostró como una persona honesta y carismática, no obstante, en algunos tramos de la entrevista su estado anímico, tono voz y expresiones faciales denotaban tristeza y resignación, por este motivo, se realizaron diversas pausas activas y un proceso de contención emocional una vez finalizó la entrevista.

A continuación, se presentan los principales hallazgos de las entrevistas realizadas en las ciudades de Cali y Arauca, de acuerdo con cada una de las categorías de análisis según el orden indicado anteriormente.

## **ACCIONES ORIENTADAS A LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN SALUD**

Esta categoría de análisis está conformada por cuatro subcategorías, atención inicial, información suministrada, receptividad del personal y post-atención.

### **Atención inicial**

En cuanto a la subcategoría atención inicial, se tuvieron en cuenta dos momentos: una primera atención brindada por parte del personal a cargo de la seguridad y una segunda por parte del personal médico. De esta manera, la primera de ellas hace referencia al personal a cargo de la seguridad que supone el primer filtro para poder ser o no atendido dentro de la IPS antes de una valoración por parte de un profesional de la salud. Esta situación de rechazo es recurrente en la ciudad de Cali debido a la negación del servicio de atención en las diferentes IPSs según las narrativas de los participantes, a diferencia de la ciudad de Arauca en la que solo existe una IPS con sala de urgencias.

*“[...] nos rechazaron desde la entrada, el vigilante.”, “Una vez yo paso llego a otro vigilante el cual, si no me deja pasar, me dice que me permite entrar a hablar con la secretaria, pero que tengo que volver y quedarme con él.” (Javier- Cali)*

*“[...] el vigilante fue educado, aunque me tuvo esperando mucho tiempo para darme una simple respuesta “no lo podíamos atender acá, vaya a tal lugar”, “me tocó hablar con el vigilante primero a comentarle la situación y a decirle que soy venezolano, me estuvo esperando una media hora solo para decirme que no me podían atender en una institución del tercer nivel de la ciudad de Cali y tenía que dirigirme a la red ladera.” (Andrés- Cali)*

*“[...] si, me pregunto por la nacionalidad, venezolana, colombiana, que tipo de nacionalidad, yo le dije, yo soy venezolana, él me dijo, pase por tal lado, pase por emergencia, no me dijo nada malo ni nada grave, solo me dijo pase por emergencia.” (Karol- Arauca)*

En segundo lugar, en cuanto al personal de salud, hace referencia al personal a cargo de la recepción del paciente, paramédicos y del Triage. De esta manera, se encontró una falta de disponibilidad para evaluar inicialmente la gravedad de la sintomatología de los pacientes, así mismo, se evidenció una falta de empatía por parte de los paramédicos a la hora de evaluar inicialmente el estado de salud del paciente, situación recurrente tanto en la ciudad de Cali como en la ciudad de Arauca.

*“Se presenta, me pregunta que qué pasó, se veía como decirlo, presionado muy azarado [...] no hay espacio para atender, no tiene cupo en el servicio de radiografía, mejor dicho, me dice que es muy peligroso.” (Javier- Cali)*

*“No, con los paramédicos fue lo primero, ellos nunca me prestaron atención.” (Ximena- Cali)*

Por otro lado, un participante percibe una disposición por parte del personal médico en comprender su dolor, así como de explicar de manera breve el procedimiento de atención primaria a seguir.

*“Me explican un poco todo esto, si puedo representar de alguna forma el dolor que siento, todo esto, me sientan en una silla, me dan calmante para el dolor vía intravenosa” (Javier- Cali).*

De igual manera, es necesario mencionar que el factor económico también es una barrera de acceso, debido a la escasez de fármacos esenciales e insumos médicos tales como

inyecciones, gasas, ampollas, antibióticos entre otros, los cuales son necesarios para llevar a cabo el proceso de atención en urgencias, de esta manera, el paciente debe adquirirlos con sus propios recursos para garantizar su atención. Es importante mencionar que esta situación es más recurrente en la ciudad de Arauca.

*“[...] nos pidieron un par de cosas porque nosotros les dijimos que nosotros no estábamos monetariamente bien, ellos me dijeron, tienen que comprar eso o sino no pueden ingresar.” (Karol- Arauca)*

Puntualmente, la atención puede variar dependiendo del motivo de consulta, en el caso de un accidente de tránsito, se puede presentar el traslado de pacientes de una institución a otra, situación conocida como el paseo de la muerte, la cual es percibida por el participante como una experiencia negativa pues atenta contra sus derechos como paciente. Por otra parte, existe diferencia en la atención si el motivo de consulta es un proceso de parto, la atención inicial brindada es realizada de manera ágil, no obstante, una participante consideró que la calidad de la atención brindada por el personal médico fue negativa, debido a que emitió un diagnóstico del estado de dilatación antes de haberle realizado una evaluación preliminar.

*“Hasta que me llevaron a una clínica en la que, si me aceptaron, a mí me pareció fue increíble por la angustia que yo tenía era me voy a morir aquí.” (Ximena- Cali)*

*"Yo le dije ¡Cómo me voy a ir para mi casa si yo ya rompí fuente, yo no puedo! Entonces ahí fue que ella entró y habló con el doctor, él chequeo y me dijo que ya tenía cuarto grado de dilatación y me dejó ahí, en la sala de espera donde se sientan todas las embarazadas, la verdad no tuve que hacer filas ni nada para ingresar a esta sala.” (Isabella- Arauca)*

En el caso de accidentes de tránsito, los participantes reportan que una forma para garantizar el servicio de atención en urgencias es mentir, esto con el objetivo de evitar procesos legales por temas como el SOAT, puesto que influye en los tiempos de espera y en la calidad de la atención que debe afrontar el paciente.

*“Lo primero que pide es como fue el caso, ahí hay dos hipótesis: si usted dice que fue un accidente de tránsito se complica el tema ¿Por qué? porque te piden el SOAT, todo lo de la moto, porque si no todo se empieza a demorar, lo más tradicional es que uno diga no me caí de tal lado, en ese caso yo vengo le digo no me caí, él guarda me pregunto ¿Cómo se cayó? yo le dije no, me caí una cicla.” (Santiago-Arauca)*

### **Información Suministrada**

Con relación a la subcategoría de información suministrada, se encontró una falta de información precisa por parte de los profesionales de la salud con respecto a los protocolos de acceso de atención, cabe resaltar que esta situación se evidencio mayormente en las narrativas de los participantes en la ciudad de Cali, en la cual reportan que el personal médico a cargo de su atención no tomó en cuenta su desconocimiento acerca de los procedimientos administrativos y/o médicos solicitados por el profesional o por la institución, de igual manera, se evidencia falta de empatía por parte del profesional al no informar de manera clara los procedimientos médicos y farmacológicos a seguir debido al uso del lenguaje técnico, generando así, inquietudes e incertidumbre por parte de los pacientes al no comprender el procedimiento que le van a realizar.

*“No, el dio por sentado que yo tenía conocimiento de lo que íbamos a hacer, entonces me decía, te vamos a hacer una radiografía unos exámenes de sangre y ya, de ahí no pasó[...]*  
*(Javier- Cali)*

*“Yo diría que sí, más que una barrera del lenguaje, yo creo que era una barrera de tecnicismo.” (Javier- Cali)*

*“Ustedes tienen que hacer una cosa aquí, debe ir a tal lugar a que le hagan lo otro, va con eso a tal lugar, todo ese proceso es desconocido y no se preocupan amablemente, una manera amable y cordial indicarle uno.” (Ximena-Cali)*

Así mismo, se evidenció falta de seguimiento de los protocolos de atención por parte del profesional de salud, emitiendo de manera errónea una ruta de atención que pone en riesgo la calidad de vida del paciente, esto ocurrió mayormente en la ciudad de Arauca.

*“Me atendió una enfermera y me dijo que me fuera para mi casa... Yo le dije ¡Cómo me voy a ir para mi casa si yo ya rompí fuente, yo no puedo! Entonces ahí fue que ella entró y habló con el doctor, me chequeo y me dijo que ya tenía cuarto grado de dilatación y me dejó ahí, en la sala de espera donde se sientan todas las embarazadas.” (Isabel-Arauca)*

*“[...]yo llegué a parto me dijeron usted está a punto de tener 9 dilataciones, porque usted no había venido mucho antes, entonces yo le dije pues papito, eso no fue culpa mía, eso fue culpa de la persona que me estaba haciendo los tactos, díganme el nombre, pero yo en la desesperación del parto uno no está pendiente del nombre de las personas. Eso fue un conflicto me dio mucha rabia, mucho coraje.” (Karol- Arauca)*

Por otra parte, dos participantes de la ciudad de Cali reportaron percepciones positivas con relación a los protocolos de atención, en la cual los profesionales de la salud informaron de manera precisa las rutas de atención médica a seguir.

*“Me atendió una enfermera, no pues una persona profesional, me hizo unas preguntas muy acertadas, me reviso los signos vitales, me peso, me midió y pues después de comentarle mi situación, mi caso, me puso una manilla y me dijo que tomara asiento y espera [...]” (Andrés-Cali)*

*“Yo le conté lo que me había pasado, entonces me dijo que como yo estaba estable que fuera a la casa a descansar y que fuera al otro día al hospital de Siloé y que ahí me van a atender por medicina general, me dió un número yo pedí la cita llamé y me atendieron por allá.” (Carmen-Cali)*

### **Receptividad del personal de salud.**

Con relación a la receptividad del personal, se encontró que el personal médico no tuvo en cuenta las sugerencias, los conocimientos ni las explicaciones de los pacientes acerca de su propio estado de salud, adicionalmente, el trato brindado por el médico durante el



acompañamiento fue impersonal, altivo y conflictivo, situación evidenciada en las dos ciudades.

*“[...] el médico no acepta que le des una sugerencia, ni acepta que tengas conocimiento porque él es el que sabe.” (Andrés-Cali)*

*“[...] yo estaba hablando con el que facturaba, entonces esto prácticamente ella se puso a discutir conmigo, yo lo que hice fue salir y ella dizque mamita usted llegó tarde yo no tengo porque atenderla, usted llegó tarde, usted tenía que llegar a tal hora.” (Karol-Arauca)*

*“[...] él me llegó a decir a mi groseramente, que él no era ningún secretario, y yo en ningún momento le dije que era un secretario, yo le estaba pidiendo que por favor que me remitiera con un otorrino.” (Ximena-Cali)*

Otro participante de Cali afirma que el personal médico no tuvo en cuenta el miedo de morir que experimentaron durante el proceso de atención, de igual manera, refirieron percibir un trato impersonal durante estos momentos de angustia y tensión, acción que no aportó calma ni apoyo emocional.

*“[...] en todo momento me sentí que yo me iba a morir y en ningún momento me ayudaron para yo no sentirme así, entonces de hecho yo salí tomándole unas fotos a las paredes de la clínica, a unos cuadros donde decía ese trato, y veo que eso no se cumple, eso está en el cuadro, tu no lo vives en la práctica.” (Ximena-Cali)*

*“En mi caso yo creo mucho que el cariño es una medicina, eso es como un medicamento más, entonces si tú tienes un trato muy impersonal, muy, muy, cortante, allí no hay nada que te ayude también a ti a sentirte más en calma.” (Ximena-Cali)*

### **Post- atención.**

En cuanto a la subcategoría de pos-atención, se percibió falta de claridad de los exámenes y diagnósticos médicos emitidos después de la atención prioritaria por parte del personal médico, esto es percibido por algunos participantes cómo una pérdida de tiempo en la ciudad de Cali debido a que deben trasladarse de una institución a otra para obtener dichos procedimientos.

*“[...] me habían dado un diagnóstico y el doctor no lo pudo leer, me dijo vaya consiga que le den un CD para poder leer bien porque yo no veo bien lo que aparece en la*

*imagen no está clara y me dio una orden especial para recibirme al día siguiente.” (Carmen-Cali)*

*“Por lo menos el otro día me mandaron a hacer unos exámenes y me dijeron que tenía que validarlo, hice la cita lo valide por mi EPS, luego me mandaron a llamar, la muchacha no sabía que era, me devolví para donde me mandaron no sabían, me devolvía a mi EPS y no sabían, me mandaron al hospital central que ahí sí lo hacían, o sea hay ciertos detalles que no manejan con claridad, pero tratan de brindarte la asesoría ¿sí?” (Carmen-Cali)*

Así mismo, se evidencia falta de empatía por parte de los profesionales de salud de ambas ciudades al emitir las recomendaciones médicas y los tratamientos farmacológicos, pues no son acordes con las necesidades y opiniones de los pacientes, generando así, una percepción de imposición sobre el tratamiento a seguir.

*“[...]me programaron una cita de seguimiento, pero yo la sentí más, cosa, como una imposición, una cosa obligatoria desagradable, algo así “claro con gusto, yo vuelvo a venir.” (realiza gesto de exageración) (Ximena-Cali)*

## **ACCESO Y ATENCIÓN EN SALUD**

Esta categoría de análisis está conformada por seis subcategorías, trato con calidad, tiempos de espera, acceso a procedimientos médicos, acceso a especialistas y medicamentos, infraestructura y comunicación en la relación personal de salud-paciente.

### **Trato con calidad.**

En cuanto a la subcategoría trato con calidad, los participantes de las ciudades de Cali y Arauca reportaron barreras de acceso en relación con el proceso de atención inicial por falta de profesionales médicos disponibles, algunos participantes refirieron haber gritado y protestado para que sus familiares fueran atendidos. Asimismo, una participante en la ciudad de Cali reportó falta de empatía, profesionalidad y respeto por parte del personal de salud a cargo del área farmacológica, dilatando el proceso de entrega de medicamentos debido a una discusión personal vía telefónica.

*“¡Yo necesito que me colaboren por favor, que me la atiendan o yo me la llevo, yo me voy no pasa nada! entonces me dijeron no se vaya, ella llegó y agarro dos algodones, los*

*mojo en alcohol y los puso debajo del bracito, le tomo la temperatura la tenía en 39 grados, super alta, la niña empezó a medio a temblar y mi esposa empezó a gritar para que la atendieran y la atendieron.” (Santiago - Arauca)*

*“Si hubieron barreras, las señoras de donde estaban entregando eso, a mí me pareció increíble porque una de las señoras estaba discutiendo por teléfono, era una conversación privada y obviamente era su pareja con la persona que estaba discutiendo y todo lo que dijo estando nosotros allí, sin ella dedicarse a enfocarse en lo que tenía que hacer a mí me pareció el colmo, es que eso fue parte también de mi molestia, yo no puedo creer eso.” (Ximena - Cali)*

Por otra parte, otro participante reportó una incongruencia entre el diagnóstico emitido por el profesional de la salud y la sensación que percibía durante las dilataciones previas al parto, acto que generó desesperación y angustia.

*“El trato de la persona que me atendió tuve un problema con eso, porque prácticamente a mí me regañaron, [...] a mí me dolía, yo no tenía la dilatación que la persona decía, porque era una muchacha la que me estaba haciendo los tactos para saber si ya yo estaba a punto de parir, pero realmente ella me estaba diciendo que yo solo tenía tres de dilatación.” (Karol- Arauca)*

En el caso de accidentes de tránsito, participantes de la ciudad de Cali y Arauca reportaron falta de sensibilidad frente a su estado de salud por parte del personal médico a cargo de su atención, debido al protocolo de atención establecido a nivel administrativo por la institución, así mismo, se evidencia falta de disponibilidad de medios de transporte para la remisión de pacientes hacia otras instituciones de mayor complejidad hospitalaria.

*“[...] ellos llegaban a lo que van, esto va en la vía, esto es lo que se te va a poner (hace gestos) tranquila no te va a pasar nada... ósea bla bla bla, somos cosas.” (Ximena - Cali)*

*“[...] me ingresaron y cuando me vieron, dijeron abran un chequeo y todo eso, me hicieron una radiografía y ahí se dieron cuenta de la fractura del pómulo por el accidente, [...] me tuvieron todo el día ahí en la camilla acostado esperando y esperando; entonces yo les dije que mejor yo me iba, ellos me dijeron que no podía irme porque debía ser remitido y eso. Por otra parte, los señores que me ayudaron a llegar al hospital eran los que se movían peleando ahí para que me atendieran, hasta que al final se decidieron, como no había orden remisión todavía, no había en que trasladarme ni nada. Me tuvieron ahí con tratamiento.” (Javier - Arauca)*

### **Tiempos de espera.**

En esta subcategoría se encontró que la gran mayoría de los participantes de ambas ciudades refieren haber experimentado tiempos prolongados de espera, de esta manera, con base a las narrativas recolectadas para esta subcategoría, se establece que un proceso de atención en el área de urgencias puede durar en promedio de 6 horas, tiempo en el cual el paciente debe realizar el proceso de clasificación Triage, la creación de historia clínica, recibir atención inicial por parte del personal de salud, recibir atención y tratamiento en el área de urgencias y finalmente, ser dado de alta por la IPS que brindó el servicio de atención.

*“[...]es que es mucha gente, esa cola inmensa de gente, yo estuve desde las 11 de la mañana 10:30 de la mañana en una cola y me atendieron a las 3:30 de la tarde llegué a la casa con las piernas así hinchadas, entonces yo me imagino, cómo estarán ellas.” (Carmen - Cali).*

*“Eso ya sucede al borde de las 8 de la noche casi...jumm nosotros habíamos llegado desde temprano al hospital, como desde las 3 de la tarde nosotros ya estábamos allá, eso fue a la 1:30 de la tarde cuando llegue con la niña y mi esposa al hospital como tal cuando me dijeron que hiciera los exámenes que te mencione anteriormente, yo los hice y ahí esperamos varias horas para que la pudieran atenderla.” (Santiago- Arauca)*

Los prolongados periodos de espera para acceder a la porceso de atención en salud en el área de urgencias surgen a partir de las siguientes situaciones de acuerdo a las narrativas de los participantes, la primera situación se relaciona con el alto flujo de pacientes en búsqueda de atención, esto generar a su vez largas filas o aglomeración de personas, situación que es característica en ambas ciudades. La segunda situación se origina cuando la institución que brinda el servicio de atención exige al paciente realización de exámenes de médicos fuera de la institución, por lo cual, el paciente debe movilizarse en búsqueda de dichos exámenes para garantizar su atención, cabe resaltar esta situación es más recurrente en la ciudad de Arauca en comparación con la ciudad de Cali de acuerdo con las narrativas los participantes.

### **Acceso a procedimientos médicos**

Con relación a la subcategoría de acceso a procedimientos médicos, se evidencio que algunos participantes de ambas ciudades refirieron tener dificultades para acceder a procedimientos médicos debido a no contar con SISBEN ni EPS. En este sentido, la mayoría

de los participantes reportaron percibir una tramitología excesiva para solicitar cualquier tipo de procedimiento médico, dificultando así obtener un resultado y/o diagnóstico necesario o continuar con el proceso de atención.

*“Ese día a mí me salía remisión para Bogotá debido a la magnitud del golpe, pero como yo no tenía ni SISBEN ni EPS, no tenía nada prácticamente al día, ahí me tuvieron en el accidente y no me pudieron remitir por ningún lado.” (Santiago-Arauca).*

*“Entonces le hacen la remisión y esa remisión tú tienes que ir a pasar el trabajo en la bendita oficina de la EPS para que te la aprueben, ósea es totalmente absurdo el sistema, para que me dices que me vea el médico general si además de lo que diga el médico general tengo que volver a ti para ser tu quien lo apruebe.” (Ximena-Cali)*

De esta manera, los participantes perciben una falta de sensibilidad frente a su condición económica por parte del personal médico, al no contar con SISBEN o EPS. En este caso el ingreso debe realizarse de manera particular para ser atendido, situación específica en la ciudad de Arauca, la cual implica cancelar todos los gastos relacionados al proceso de atención.

*“Porqué es verdad lo que dice el doctor pues, una persona que sea humilde, que tenga el conocimiento de lo que está pasando en mi país, este opera, coño le voy a ayudar... ¿Por qué no? El doctor no me quiso operar por no contar con ese dinero.” (Isabella-Arauca)*

### **Acceso a especialista y medicamentos**

En cuanto a la subcategoría acceso a especialistas y medicamentos, participantes de la ciudad de Arauca reportaron haber identificado barreras de acceso para ser atendidos por parte de médicos especialistas y acceder a medicamentos, ello por no estar afiliado a una EPS y no contar con SISBEN, obligándolo así a acceder a la IPS de manera particular, pagando de sus bolsillo todos los medicamentos y procedimientos médicos a realizar durante el proceso de atención.

*“[...] cuando me atendió el ginecólogo, cuando yo estaba en la consulta yo le mencioné que me quería operar, pues ya no deseaba tener más hijos, pero él me estaba pidiendo 200.000 pesos para hacerme la operación, en ese momento no contaba con ello”.*

*(Karol - Arauca)*

*“[...] la niña cuando tenía 4 meses se me enfermó feo, ella le dio una infección urinaria, la tuvo casi al borde de 12 días en ese hospital y fue precaria, precaria la situación, yo tuve que comprarle que el catéter, le tenía que comprar de todo y lo otro que me tenía así.” (Santiago - Arauca)*

### **Infraestructura**

En cuanto a la subcategoría de infraestructura, algunos participantes de las ciudades de Cali y Arauca coincidieron en dos puntos, en el primero reportan que las salas de espera son reducidas y en el segundo, que durante el proceso de atención hubo demasiada afluencia de personas, cabe resaltar que los puntos mencionados anteriormente, hacen parte de las condiciones normales en la cual se desarrolla el proceso de atención de los participantes en urgencias en las cuales no se atienden casos SARS-coV-2, así mismo, el tiempo en el cual se desarrollan algunas de las narrativas son antes del periodo de pandemia, por lo cual no todas se relacionan con la contingencia actual que enfrenta el sistema de salud en Colombia por el SARS-coV-2.

Puntualmente en la ciudad de Arauca, reportaron no poder acceder a una habitación propia en el área de hospitalización una vez finalizado el proceso de parto, debido a no contar con los recursos económicos para asumir este servicio.

*“[...] me llevaron a una sala de espera y esa sala de espera, pues estaba muy llena, me tocó en un cubículo muy reducido.” (Andrés-Cali)*

*“[...] hay un cuarto donde comparten las personas recién paridas, ya sean cesárea o parto normal, bueno a mí me dejaron ahí de ahí es donde a uno le entregan al bebe, de ahí le pasan a un cuarto solo con su hijo, pero a mí a ese cuarto no me pasaron que porque no había quien costeara ese cuarto, no cubría esos gastos.” (Karol - Arauca)*

Por otro lado, en la ciudad de Arauca un participante percibió una mejora en cuanto a la infraestructura de la IPS, reportando que las instalaciones de la IPS fueron ampliadas para brindar un mejor servicio, teniendo en cuenta el constante flujo de migrantes venezolanos en la ciudad.

*“Las instalaciones del hospital las han ido ampliando para mejorar el servicio, usted sabe que en la parte de migrantes cada vez somos más y si de repente quieren mejorar o ampliar salas de emergencia, de cirugía, que pues efectivamente sí lo han hecho y les aplaudo esa parte y que sigan así.” (Diego-Arauca)*

### **Comunicación en la relación paciente-personal de salud**

En cuanto a la subcategoría **comunicación en la relación paciente-personal de salud**, los participantes de ambas ciudades expresaron que los profesionales de la salud emplearon una comunicación verbal inadecuada, chocante, y tajante durante el proceso de atención brindado. Así mismo, otro participante de la ciudad de Cali refiere que la comunicación con el profesional durante el proceso de atención fue rápida, reportado que el tiempo de atención es muy medido.

*“Pues lo escuché un poco.... ¿Cómo te explico?... o sea ¿Chocante? [...]Es chocante lo que está haciendo, me imagino que como es el deber ser me tuvo que atender.” (Isabel - Arauca)*

*“Seco, tajante, no grosero, sino que el tiempo como es tan medido es rápido.” (Carmen - Cali)*

De acuerdo con lo anterior, en ambas ciudades los participantes expresaron no tener ganas de volver a solicitar una consulta con el mismo profesional de salud, debido a la comunicación verbal empleada durante el proceso de atención fue inadecuada, así mismo, fue percibido como un regaño.

*[...]después del 22 de enero de yo estar sintiéndome muy mal, me dan la cita para el 9 de febrero que era mi cumpleaños, pero la manera en la que el médico me respondió, en la que el médico me trató, me pareció muy inadecuada, sabes que te queda a ti, ganas de no volver a ir. (Ximena - Cali)*

*“[...] el trato de la persona que me atendió yo tuve un problema con eso porque prácticamente a mí me regañaron fue por medio de qué pues esto, de que a mí me dolía, yo no tenía la dilatación [...]” (Karol - Arauca)*

Bajo esta misma subcategoría, se identificó la dificultad en cuanto a la comunicación no verbal y expresión emocional, así, un participante de la ciudad de Cali expresó que el uso de tapabocas por parte del personal de salud a cargo de la atención primaria, dificultó el proceso de comunicación con este, ya que solo fue posible percibir su mirada, además, es importante mencionar que el participante refirió sentirse juzgado debido a la manera en que fue observado por parte del profesional. Adicionalmente, el participante calificó de hipócrita la atención brindada por las enfermeras a cargo de su proceso de atención, refiriéndose haberlas escuchado realizar comentarios acerca de su aspecto personal a su espalda.

*“[...] también estaba esa sensación esa duda eso que te miran y como ahora es difícil ver las facciones por el tapabocas, pero su mirada no es amigable es como que te juzga.” (Javier - Cali)*

*“[...] De las enfermeras si me quiero quejar, por lo que te conté ellas si eran muy hipócritas, me veían con los ojos abiertos, pero ya ves lo que decían cuando yo daba la espalda.” (Javier - Cali)*

Continuando con esta subcategoría, en la ciudad de Arauca una participante describió que al intentar establecer una comunicación con el personal a cargo de su atención se sintió reducida, sin embargo, más adelante cambió esta palabra por humillante. Asimismo, una participante de la ciudad de Cali refirió que al intentar comunicarse con los paramédicos, estos no establecieron contacto visual con ella, a pesar de que ella les estaba hablando en ese momento, así mismo, la participante considera que el profesional de salud debe establecer una comunicación recíproca con el paciente, en la cual el contacto visual es una parte importante de ello.



*“Si, obviamente que esa persona lo miro muy bajo, como si uno se sintiera chiquito, pero la verdad en ese momento sí. [...] humillante.” (Karol - Arauca)*

*“[...] yo le entregué el PEP y a lo que alcancé a decirles era que no tenía nada y no me prestaron atención, en ningún momento, eso lo he visto también, no lo hacen, es como la característica de la prestación del servicio en este tipo de casos. En realidad, para nosotros la prioridad es la vida, tú vas a resguardar la vida de la persona, la condición en la que se encuentre y se supone que tu socializas con el paciente o bueno pienso yo. Pero he visto que acá no funciona así.*

## **ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN**

Dentro de la categoría de análisis estigma y discriminación se encuentran las subcategorías trato discriminatorio y vocabulario empleado y rechazo.

### **Trato discriminatorio y vocabulario empleado**

En cuanto a la subcategoría de trato discriminatorio y vocabulario empleado, la mayoría de los participantes de ambas ciudades reportaron haber recibido comentarios y expresiones discriminatorias por parte de los profesionales de la salud durante el proceso de atención y admisión, pues los comentarios emitidos por los profesionales surgen debido a la exigencia de los pacientes por una mejor atención y recepción, las respuestas a estas solicitudes cuestionan el derecho de los pacientes al exigir una mejor atención en un país extranjero.

*[...] yo estaba desesperado, entonces yo dije: ¿señorita será que tarda mucho? lo que pasa es que, tan tardando un poquito, entonces ella llegó y comentó con otra muchacha ¿Porque no se va a exigir a su país? Esas fueron sus palabras. (Santiago-Arauca)*

*“El doctor estaba cansado, la enfermera era hipócrita y los vigilantes eran desconfiados [...] pues que te digan estos venecos sí que se quejan, es una cosa muy grave ¿no crees?”. (Javier-Cali)*

*“[...] yo pediré que me hagas una remisión y tu responderme de esa manera tan tajante marcaba una diferencia tremenda, abismal, porque tu sabes que yo soy de otro lado, es más, otra pregunta que el me llevo a hacer que me pareció muy fuera de lugar, es que porque yo tenía sistema subsidiado cuando yo le digo, yo soy colaboradora externa de una*

*ONG, [...] no tengo recursos, entonces me pregunta por qué tienen sistema subsidiado, para mí fue muy grosero y de hecho, ahorita tengo miedo de pedir una cita porque si me lo van a poner a él otra vez no me sirve.” (Ximena-Cali).*

Adicionalmente, hubo comentarios y confrontaciones emitidos por los profesionales de la salud hacia los pacientes debido a no contar con la documentación necesaria para ser atendidos o incluso por tener las prendas sucias o manchadas. Con relación a la situación descrita anteriormente, el participante menciona que los vigilantes durante el proceso de recepción lo observaban con asco, así mismo, refiere haberse sentido juzgado al comunicarse con ello, esto lo percibió en sus miradas al identificar su acento venezolano.

*“[...] pues en el momento de pararme me dijo esa persona que no podía, que tú no puedes entrar, que no nosotros no te podemos ingresar porque tú todavía no tienes las cosas [...] fueron varias personas, varios doctores, porque ellos son por turnos, entonces al principio cuando entre si fue un poquito repugnante.” (Karol - Arauca)*

*“De todos los vigilantes y de esto no quiero sonar exagerado, todos me tenían asco[...] por ejemplo en el departamental ellos dejaban entrar a la gente, pero a mí no, porque veían a un manchado de pintura, porque venía con la ropa sucia y no tenía el tapabocas [...]y pues yo no soy psíquico, no leo mentes, pero quien me escucha sabe que soy de Venezuela y uno puede ver por medio de la mirada lo que están pensando.” (Javier - Cali)*

### **Negación de la atención.**

En esta subcategoría al igual que la subcategoría anterior, se identificó en ambas ciudades la negación de la atención en el servicio de urgencias brindado por el personal de salud o por la IPS durante las diferentes etapas del proceso de atención, de esta manera, un participante en la ciudad de Arauca reportó no haber recibido atención inmediata a pesar de contar con diferentes heridas producidas por un accidente de tránsito. Adicionalmente, refiere que, durante tres días, tiempo que tardó su periodo de hospitalización, ningún profesional se acercó a limpiar sus heridas o brindarle acompañamiento médico.

*“A mí no me enviaron nada, incluso ni medicamentos, solo me dieron la orden de salida y me dijeron que tomara ibuprofeno para los dolores y amoxicilina para evitar infecciones porque tenía todo esto ensangrentado.” (Santiago-Arauca).*

*“En esos tres primeros días no me tocaron la cara para nada, no me la limpiaron tampoco, tenía toda la cara llena de sangre.” (Santiago-Arauca)*

Por otra parte, una participante en la ciudad de Cali reportó que se le negó la atención a urgencias en diferentes IPS debido a su condición de migrante, comenta que los paramédicos encargados de su traslado discutían acerca de que IPS podría atenderla, una vez tomada esta decisión, la trasladaron a diferentes IPS en las cuales posiblemente la atendieran, sin embargo, fue rechazada en varias ocasiones, esta situación es denominada a por los medios de comunicación como el paseo de la muerte.

*“[...] cuando llega la ambulancia a buscarme y se dieron cuenta que yo era venezolana empezó entre ellos como la discusión la diatriba de para dónde la llevamos, [...] me tuvieron mucho rato en la ambulancia hasta que finalmente decidieron manejar, me llevaron a una clínica, una vez que estamos en esa clínica me rechazaron, me llevaron a otra me rechazaron” (Ximena - Cali)*

## DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue describir la percepción sobre el acceso a la salud y la atención humanizada en el uso de servicios de urgencias en IPSs de las ciudades de Cali y Arauca por parte de la población migrante venezolana. Para cumplir dicho objetivo, el presente estudio buscó describir las percepciones de los migrantes venezolanos en torno a la consulta de servicios de urgencia, identificando las barreras de acceso y atención en el uso de los servicios de urgencias, describiendo la percepción de atención humanizada en la relación paciente-personal de salud durante el proceso de atención en urgencias en unas IPSs de las ciudades de Cali y Arauca, y por último, contrastando la percepción de los participantes de ambas ciudades. El análisis fue llevado a cabo teniendo en cuenta las narrativas de los participantes quienes vivieron diferentes experiencias tanto positivas como negativas al buscar acceder a la atención en salud.

Antes de iniciar con la discusión de la presente investigación, es necesario discutir algunos aspectos de gran importancia respecto a las dificultades mundiales que enfrenta el sector salud producto de la pandemia producida por el SARS-CoV-2 y el alto flujo migratorio, sin mencionar la crisis económica a raíz de la pandemia y problemas sociales existentes específicamente en el territorio colombiano. De esta manera, un ejemplo conciso del panorama mundial que atraviesa el sector salud es España, a pesar de pertenecer a la unión europea y ser catalogado como un país del primer mundo, enfrenta una recesión económica y financiera, débiles políticas públicas, problemas sociales y alto flujo migratorio de población africana, panorama que lo cataloga como el país europeo con la mayor tasa de desigualdad social, riesgo de pobreza y exclusión social (Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, 2018; SICA, 2019).

Si bien, el panorama español permite explicar las dificultades actuales que enfrentan los sistemas de salud de países latinoamericanos como Colombia, deja en evidencia la falta de conocimiento del gobierno colombiano acerca de las problemáticas sociales que enfrenta la población migrante en su territorio durante el periodo de pandemia. En contraparte, en España existen diferentes ONG que han abordado la falta de recursos económicos de la población migrante para acceder a los bienes de primera mano, así como, la dificultad para acceder a medicamentos e insumos médicos, adicionalmente, han denunciado los casos de brutalidad policial ejercida para respetar los toques de queda y confinamiento total durante la pandemia (Decenio Afrodescendiente en España y Rights International Spain, 2020).

Con base a lo mencionado anteriormente, en Colombia el sistema de salud ha presentado dificultades en términos de infraestructura, disponibilidad de camas, falta de insumos médicos y la calidad en la atención para enfrentar la enfermedad a lo largo del tiempo, situación agravada por la pandemia y por los movimientos sociales (Sánchez, 2020; UNCT & EHP Colombia, 2020). Como se mencionó anteriormente, el SARS-coV-2 dejó en evidencia las falencias del sistema de salud colombiano en términos de infraestructura, calidad, disponibilidad y presupuesto (Hernández, 2010; Vélez, 2012; Correa, 2016; Florez, 2017; Defensoría del pueblo, 2018) dificultades abordadas durante el desarrollo de esta investigación, de esta manera, con base al panorama actual que enfrenta el sector salud en Colombia se presupone la existencia de nuevas barreras de acceso a la atención en el área de urgencias debido a la ocupación de las camas UCI, personal de salud contagiado con el virus y la prioridad en el servicio de atención a posibles casos Covid.

A continuación, se presenta la discusión del primer objetivo de investigación, en el cual se pudo evidenciar barreras de acceso en el proceso de atención de los servicios de urgencias en ambas ciudades, sin embargo, es importante mencionar que en la ciudad de Cali existe una mayor oferta de IPSs con respecto a la ciudad de Arauca, la cual solo cuenta con una IPS con un área de servicio a urgencias para todos sus habitantes.

Para empezar, en la ciudad de Cali se identificó un proceso de traslado de un paciente de una institución a otra en búsqueda de atención inmediata, de acuerdo con Vélez (2012), este proceso es denominado paseo de la muerte y ha sido reportado de forma recurrente por los medios de comunicación en los últimos años. Esta situación se debe a la negación de la atención en el área de urgencias ya que el paciente no cuenta con una afiliación a una EPS ni está registrado en el SISBEN (Florez, 2017). Estos autores mencionan que el estado colombiano no tiene la responsabilidad de financiar la atención de la población no asegurada, generando así, una búsqueda de instituciones que asuman el costo de atención de estos pacientes; en contraste con la normativa colombiana que busca garantizar la atención por urgencias de cualquier persona en el territorio colombiano (Congreso de la República de Colombia, 1993).

En sumatoria, con respecto a las barreras de acceso que debe afrontar la población migrante venezolana para acceder al sistema de salud Colombiano, se encuentran: el estigma social por su condición de extranjeros; la falta de documentación legal; las características propias de su acento; la vulnerabilidad social y la pobreza extrema al asentarse en las ciudades principales, las cuales son barreras adicionales que influyen en el acceso a los servicios como

la salud (Trujillo, 2014; Defensoría del pueblo, 2019; Fernández y Orozco, 2018; Calderón et al., 2019; Peña, 2019; Profamilia, 2020; Migración Colombia, 2020).

De acuerdo con lo mencionado líneas atrás, la mayoría de los participantes en ambas ciudades coincidieron en haber enfrentado barreras de acceso a la hora de solicitar el servicio de urgencias, aspectos como ser migrante documentado o indocumentado, la apariencia física y contar con los ingresos económicos requeridos para adquirir los insumos médicos, fueron situaciones que afectaron el acceso al servicio de atención en urgencias. Cabe resaltar que los guardias de seguridad y enfermeras a cargo del Triage, fueron el primer filtro de acceso, de esta manera, en algunas narrativas pudo evidenciarse actitudes xenófobas hacia los participantes durante este proceso.

Las barreras de acceso percibidas por los pacientes coinciden con el estudio realizado por Lopera et al. (2010), el cual agrega que los requisitos normativos establecidos por el sistema de salud colombiano para solicitar atención en urgencias generan dificultades, sentimientos negativos y percepción de deshumanización por parte de los pacientes que acuden en búsqueda de una atención inmediata. Adicionalmente, recalca la incomprensión y la percepción de pérdida de tiempo que expresan los pacientes durante el proceso de admisión y atención inicial, sin mencionar el tiempo adicional que presupone solicitar atención sin contar con la documentación requerida para ser atendido, esta percepción coincide en las narrativas de los participantes en ambas ciudades.

Es preciso mencionar que el haber ingresado a la IPS no es garantía de ser atendido de manera inmediata, puesto que allí los auxiliares de admisiones deben iniciar un proceso de registro preliminar en la base de datos de la institución, en esta situación se percibió un trato deshumanizado por parte de la mayoría de los participantes quienes a pesar de haber sido seleccionados por el Triage como casos prioritarios de atención a urgencias, debieron realizar largas filas para cumplir cada requisito para acceder al proceso de atención, esto a pesar de sus dolencias, su estado emocional y psicológico.

El panorama mencionado anteriormente, es constante tanto para la población migrante venezolana como para la población colombiana, quienes deben enfrentar estas barreras de acceso y ausencia en la calidad del proceso de atención, sin mencionar, que estas dificultades son padecidas tanto por la población afiliada a una EPS como las que no lo están, dejando en evidencia, las falencias existentes entre las relación de mercado entre las EPS y las IPS

planteadas en la Ley 100 de 1993, estatuto que cuenta con 27 años de vigencia en el país, sin embargo, las dificultades que arrastra el sistema de salud Colombiano a nivel estructural, administrativo, atencional y social ha aumentado la brecha existente entre el cumplimiento de sus objetivos y su funcionamiento real, un ejemplo de ello se evidencia en el artículo 153 de esta Ley, la cual establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago, situación que no sucedió de acuerdo a la mayoría de las narrativas de los participantes de esta investigación (Congreso de la República de Colombia, 1993; Santamaría et al., 2008; Merlano y Gorbanev, 2013).

Ahora, con el fin de responder al segundo objetivo el cual se centró en describir la percepción de la atención humanizada en la relación paciente-personal de salud durante el proceso de atención en urgencias en unas IPSs de las ciudades de Cali y Arauca, se identificó en su mayoría la ausencia de trato humanizado hacia los participantes de ambas ciudades durante el proceso de atención.

Antes de comenzar, es importante mencionar que desde un principio la normativa legal vigente en la cual se enmarca la humanización en salud en Colombia no está siendo cumplida a cabalidad, ya que los organismos de control e inspección no realizan veeduría para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención al paciente, además, en muchas ocasiones existen barreras de acceso en la atención debido a que no hay garantía por parte del estado hacia las IPSs, esto genera un déficit presupuestal que limita atenciones futuras (Vélez, 2012; Florez, 2017; Defensoría del pueblo, 2019 y Banco de la República, 2020).

Con base a lo mencionado anteriormente, es importante reconocer que existen diferentes leyes, decretos y estandarizaciones que buscan garantizar la calidad en la atención hacia los usuarios de acuerdo con las reglamentaciones de calidad internacional, las cuales buscan garantizar un trato integral, equitativo y oportuno, garantizando el respeto a la dignidad humana (Decreto 0903, 2014; Resolución 2082, 2014; ICONTEC, 2016; Ministerio de Salud, 2016). No obstante, las narrativas de cada participante varía en ambas ciudades con respecto al proceso de atención en urgencias vivido por cada uno, ya que se identificó ocasiones en las cuales los participantes percibieron un trato de calidad por parte del personal de salud, sin embargo, la mayoría de los participantes se reportaron situaciones que evidencian la ausencia y la carencia de trato integral, equitativo y oportuno por parte del personal a cargo del proceso de atención, como de la IPS encargada de ofrecer el servicio de atención.

Otro punto a considerar, es la continuidad del proceso de atención en salud, según la Ley 1751 de 2015 una vez se inicia un proceso atencional este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas, cabe resaltar que esta garantía en la continuidad del proceso de atención no se evidenció en las narrativas de los participantes en ambas ciudades, especialmente en la ciudad de Arauca, en la cual un participante mencionó que su proceso de atención en el área de urgencias fue interrumpido por la IPS debido a su condición de migrante sin afiliación a una EPS, el participante debió haber sido trasladado a otra IPS de mayor calidad debido a la gravedad de sus heridas, sin embargo esto nunca ocurrió.

En consecuencia, es necesario mencionar que el proceso de post-atención también hace parte del proceso atencional mencionado líneas atrás, de esta manera, este no puede ser interrumpido. No obstante, la mayoría de los participantes de ambas ciudades expresaron no poder continuar con el proceso de post-atención debido a la falta de información precisa por parte de la IPS para solicitarlo, cabe resaltar, que estos trámites son procesos que pueden tardar meses en concretarse, esto de acuerdo con la percepción de los participantes, sin mencionar, las elevadas cuotas económicas que deben pagar al no contar con una afiliación a una EPS.

De igual modo, los participantes de ambas ciudades expresan no estar interesados en asistir a los servicios de urgencias, incluso cuando su salud se encuentre en riesgo, lo que implica que ellos desarrollen actividades que ponen en peligro la salud pública al medicarse a sí mismos e incluso llegar a inyectarse por sí solos. Lo anterior, debido a que, dentro de sus redes de apoyo o conocidos se encuentran experiencias negativas con respecto a la atención médica, lo que conlleva a generar problemas a nivel social, puesto que al no ser tratadas estas situaciones de urgencia puede llegar a ser un problema mayor, que requiera mayor inversión social relacionado a temas de prevención y promoción de la salud.

Con base en lo anterior, se recalcan las falencias por parte del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control para asegurar que se cumpla la normativa legal vigente (Defensoría del pueblo, 2018). En consecuencia, el trato deshumanizado experimentado por los participantes en esta investigación fue debido a la negación del servicio por no cumplir con los criterios de afiliación a una EPS, no contar con los recursos económicos para pagar el costo del servicio de atención y tener que realizar largos periodos de espera para ser atendido de manera integral por el personal de salud, sin dejar de lado, las situaciones discriminatorias que vivieron durante su proceso de atención. Es así como el gran flujo migratorio ha dejado en evidencia las necesidades



del sistema de salud, representando así una barrera al momento en el cual un migrante venezolano decide consultar un servicio médico en general (Lopera et al., 2010)

Cabe resaltar que, la discriminación es una barrera adicional que debe enfrentar la población migrante venezolana al acceder a los servicios de atención en urgencias (Fernández et al., 2018), esto se evidenció en algunas narrativas de los participantes, quienes percibieron en diferentes ocasiones que sus derechos como pacientes fueron vulnerados por su condición de migrante, así mismo, es necesario precisar que esta situación no sucedió de manera directa de acuerdo a las narrativas de los participantes, sin embargo, fue percibida de manera implícita teniendo en cuenta la comunicación verbal y no verbal del personal de salud durante el transcurso de todo el proceso de atención. Adicionalmente, se resaltan las narrativas de un participante de la ciudad de Cali el cual reporta haber escuchado a su espalda comentarios xenófobos por parte de las enfermeras a cargo de su atención, de manera similar, un participante en la ciudad de Arauca reportó también haber escuchado comentarios xenófobos a su espalda por parte dos usuarias durante el transcurso de la creación de la historia clínica, en ambas circunstancias, el contenido de los comentarios discriminatorios cuestionaban su derecho como pacientes extranjeros de solicitar una mejor atención en un país ajeno.

En este orden de ideas, es necesario recalcar que el principal diferenciador entre la atención a migrantes venezolanos y a ciudadanos colombianos es el estigma que tiene el personal asistencial frente a su lugar de procedencia, los imaginarios colectivos con respecto a su proceso migratorio y todo lo referente a documentación legal, tales como permisos especiales de permanencia (PEP), pasaporte e incluso la cédula de extranjería ya que en muchos casos estos no han podido ser tramitados, debido a que el proceso migratorio se ha llevado de manera no formal.

En este sentido, la humanización en los servicios de salud en el contexto de la consulta en urgencias se percibe como un proceso que implica largos tiempos de espera y no ofrece calidad en la atención, como se ha mencionado a lo largo del documento, existen diferentes factores que han contribuido en esta percepción negativa del servicio, de esta manera, estas características fueron percibidas por la mayoría de los participantes de esta investigación, situación que se repite en otras investigaciones con población colombiana afiliada (Lopera et al., 2010; Numpaque-Pacabaque et al., 2017; Reyes et al. 2017).

Así, la población colombiana afiliada o no a una EPS, debe enfrentar barreras similares de acceso para obtener atención primaria. Así mismo, a pesar de la existencia de leyes constitucionales, actualizaciones legales, capacitaciones, estándares nacionales e internacionales en vigor y entes reguladores, la humanización en el servicio de atención en urgencias recae en última en el profesional a cargo de la atención, de acuerdo con las narrativas de los participantes, es poco común recibir un servicio con calidad humana. En algunos casos se puede coincidir con un profesional con valores humanos que busque comprender la situación y las necesidades psicológicas, biológicas, sociales y espirituales del paciente, desde sus creencias y opiniones (Correa, 2016; Díaz, 2017), como se puede coincidir con un profesional que no lo tome en cuenta para realizar su trabajo.

Por consiguiente, en términos de la calidad de la atención en las narrativas de tres de los ocho participantes demuestran un trato humanizado por parte de los profesionales durante su proceso de atención. De acuerdo con estas narrativas, los profesionales establecieron comunicación basada en la empatía, el respeto, la preocupación, la vocación y la efectividad para dar una solución oportuna a los motivos de consulta adicionalmente, los participantes refirieron que estos profesionales durante el transcurso de la atención cuestionaron la actitud de algunos colegas frente al trato brindado a los pacientes, esta situación deja en evidencia la incapacidad de las leyes, las capacitaciones y los entes competentes de regular la calidad de la atención en un contexto de urgencias, el cual se encuentra inmerso en un sector afectado por la corrupción, el mal manejo administrativo entre otros aspectos mencionados anteriormente, afectando así, la calidad en la interacción humana entre el personal de salud y los pacientes.

En este orden de ideas, es importante mencionar que la mayoría de los participantes percibieron a los profesionales exhaustos al momento de atenderlos, esto puede reflejar las largas jornadas laborales que debe cumplir debido a la alta demanda, situación que afecta de manera negativa la calidad de la atención, esta situación es recurrente en ambas ciudades. De igual manera, se identificaron conductas que impactaron la comunicación entre el personal de salud y los participantes, quienes en ocasiones percibieron interacciones despersonalizadas, irrespetuosas, altivas y distantes, las cuales se desarrollaron en un limitado periodo de tiempo, afectando así, la percepción de trato humanizado durante el proceso de consulta (Draga et al., 2016; Chan et al., 2018). Por parte de los profesionales se suma, el retraso en sus pagos por parte de la IPS, es preciso recordar que a través de la Ley 100 de 1993 se estableció una relación de mercado actual entre la IPS y la EPS, en la cual esta última debe pagarle a la otra por sus

servicios, sin embargo, es sabido que este pago usualmente no se da de manera puntual (Suárez et al.,2017).

Como se mencionó anteriormente, las tareas básicas comunicativas en un contexto de consulta son parte de las habilidad estratégicas que el profesional debe tener en cuenta para comprender el motivo de consulta del paciente, para ello debe conectar empáticamente con el paciente o su familia, identificar y comprender el motivo de consulta del paciente, acordar con el paciente las decisiones y acciones a seguir y finalmente, ayudar al paciente a comprender, elegir y actuar ante su motivo de consulta (Ruiz et al., 2010), sin embargo, estas características solo fueron identificadas en tres narrativas de los pacientes en ambas ciudades.

Así, la comunicación verbal y no verbal en la relación personal de salud-paciente fue percibida por los participantes como un factor que influye en la adherencia al tratamiento, lo cual influyó en su decisión final de no continuar con el proceso de post-atención, debido a que no se cumplió con el conjunto de acciones orientadas a fomentar la sensación de bienestar tales como: llamar al paciente por su nombre, escuchar sus necesidades, respetar sus opiniones, creencias y sugerencias, manifestar empatía y velar por el estado de salud del paciente, esta última acción fue percibida por la mayoría de los participantes como una obligación y no como un acto de vocación (Farfán, 2016 y Garza-Hernández et al., 2017).

Por otro lado, en el caso de las participantes en estado de embarazo en la ciudad de Arauca el trato recibido en el proceso de atención fue diferente, debido a que la admisión fue más rápida y monitoreada por varios profesionales a cargo en comparación con los otros motivos de consulta de los participantes en ambas ciudades, de esta manera, se recalca que la atención puede considerarse como una atención humanizada por su rapidez y efectividad a la hora de brindar el servicio, sin embargo, para influir en el bienestar de la madre y el bebé en camino se debe respetar los sentimientos y las creencias que tiene la madre respecto al parto (Behruzi et al., 2010; Ferreira et al., 2016). De esta manera, los sentimientos y las creencias de ambas participantes no fueron tomadas en cuenta por las enfermeras a cargo en sus trabajos de parto, quienes actuaron de manera negligente en ambas situaciones al no considerar las peticiones de ambas mujeres en torno a su grado de dilatación, cabe resaltar que estas situaciones no afectaron el bienestar del bebe en camino y de su madre debido a la intervención de otros profesionales que sí atendieron estas peticiones, quienes finalmente corrigieron el diagnóstico emitido por las enfermeras en ambas situaciones.

Para concluir con el desarrollo de este segundo objetivo, es importante mencionar que la ausencia de atención humanizada en el contexto de salud en Colombia es una situación que puede explicarse a partir de la formación académica del profesional en salud (Ávila (2017) esta se fundamenta en quienes a través de sus acciones no dan relevancia a las necesidades del paciente al momento de atenderlo, esto se ve reflejado en las narrativas de los participantes de ambas ciudades, percibiendo un trato distante e irrespetuoso en algunas ocasiones por parte del personal de salud a cargo de su proceso de atención.

Así, Fuertes (2019) menciona que los lineamientos del Ministerio de Salud no corresponden con los criterios de la atención humanizada debido a las dificultades que enfrenta el personal de salud en el ámbito laboral, dificultades que se relacionan con la demora en el tiempo de pago y las largas jornadas laborales, entre otras. Se considera que debe reforzarse tanto en las auditorías nacionales de calidad en la atención, como en las aulas de clase el componente de humanización en los servicios de salud como un protocolo de atención. De esta manera se propone una coherencia entre los lineamientos del ministerio de salud frente a la atención humanizada y el funcionamiento real de las IPSs de las diferentes ciudades.

En cuanto al tercer objetivo, se evidenciaron pocas diferencias al momento de contrastar las percepciones por parte de los participantes al momento de la consulta a servicios de urgencias en ambas ciudades, debido a que en sus narrativas mencionan las mismas barreras de acceso y trato por parte del personal de salud. Hubo situaciones diferenciales, ya que la ciudad de Cali cuenta con una mejor infraestructura en salud y mayor número de IPSs, las cuales garantizan el acceso oportuno a un servicio de urgencias, mientras que, la ciudad de Arauca solo cuenta con una institución con dichas características.

Otro aspecto diferenciador en ambas ciudades fue el motivo de consulta, no obstante, la percepción de los participantes de ambas ciudades con relación a la atención humanizada fue similar, así, los motivos de consulta en la ciudad de Arauca fueron por procesos de parto y dolores intestinales agudos, mientras que en la ciudad de Cali fueron por accidente laboral, accidente cerebrovascular y apendicitis. También, de acuerdo con las narrativas de los participantes de Arauca, se identificó un aspecto diferenciador durante el proceso de atención con respecto a las narrativas de los participantes de la ciudad de Cali, ya que los participantes en Arauca se les exigió comprar todos los insumos médicos para garantizar su acceso a la atención, en la ciudad de Cali esto no sucedió a pesar de que todos los participantes no contaban con afiliación a EPS durante el proceso de atención.

La situación descrita anteriormente puede deberse a la crisis económica que actualmente enfrenta esta IPS en la ciudad de Arauca debido a las deficientes gestiones locales llevadas a cabo en los últimos años. A diferencia de las instituciones de salud en los centros urbanos como Cali, las cuales cuentan con una mayor cobertura, infraestructura y recursos para garantizar el acceso a medicamentos, insumos y procedimientos médicos en el área de urgencias a un mayor número de usuarios con o sin afiliación a una EPS. Ahora bien, el único motivo de consulta que se repitió en ambas ciudades fue el accidente de tránsito, sin embargo, hubo diferentes percepciones respecto al proceso de atención en ambos casos, se encontró que en la ciudad de Cali se presentó el paseo de la muerte, ello por la negación del servicio en diferentes IPSs por no contar con afiliación a EPS, situación que no se evidenció en la ciudad de Arauca debido a que solo existe una IPS que cuenta con servicio de urgencias.

En conclusión, se puede evidenciar que a lo largo de la investigación se da respuesta a los objetivos planteados, permitiendo en un primer momento evidenciar las barreras de acceso por las cuales deben transitar los pacientes migrantes venezolanos, en segundo momento se logra identificar las características del trato humanizado o deshumanizado por parte del profesional de la salud y transversal a los dos momentos anteriores, se hace un contraste en las ciudades de Cali y Arauca.

De esta manera se aportan elementos conceptuales y teóricos que sustentan los supuestos iniciales de esta investigación, como son la baja percepción de atención humanizada, la existencia de comportamientos discriminatorios y barreras de acceso en la consulta a servicios de urgencias.

Con base en lo anterior agrupando las conclusiones por tópicos se puede decir que, existe una brecha entre la normativa de atención humanizada y el funcionamiento real de la misma, generando un cumplimiento contractual donde se cumplen protocolos sin tener en cuenta al paciente, este padecimiento no lo viven exclusivamente los migrantes venezolanos, es algo que también afecta a la población colombiana. La problemática reside en como el estigma y la discriminación agudiza la vulneración de los derechos y limita el desarrollo social.

También, se concluye que no existe un protocolo de atención claro a pesar de existir la normatividad que busca garantizar el acceso a la salud a los migrantes venezolanos que tienen el permiso especial de permanencia, desconociendo una diversidad tanto cultural como del lenguaje, lo cual genera incertidumbre, así mismo, el personal de seguridad como el personal

médico en algunas circunstancias actuaron de manera negligente con los participantes de esta investigación. Cabe aclarar que hubo pocos profesionales que cumplieron con los protocolos de atención humanizada según la percepción de los participantes, lo anterior basado en el protocolo de atención al ciudadano propuesto por el Ministerio de Salud (2016), el cual establece como atributos del buen servicio el trato respetuoso por parte del profesional de salud con respecto a los valores personales de los pacientes, ser amable, empático, incluyente y efectivo a la hora de resolver lo pedido durante el proceso de consulta.

Un pilar fundamental del sistema de salud colombiano es la prevención de la enfermedad, sin embargo, a partir de la percepción de las experiencias de los participantes no se evidencia un esfuerzo estatal por prevenirla, contrario a los esfuerzos de ONG que han acompañado algunos de los participantes en jornadas de salud, buscando el bienestar de esta población. Asimismo, se evidencia una insuficiencia de estudios e información acerca de las necesidades en salud física y psicológica de la población migrante venezolana, lo cual presupone una limitante para el diseño de programas de intervención o políticas públicas en pro del bienestar físico, psicológico y emocional de esta población.

A continuación, se proponen las siguientes recomendaciones, la primera de ellas es dirigida a futuras investigaciones, es necesario dar prioridad a investigaciones que evalúen el impacto psicológico que experimentan los migrantes durante el proceso de atención en salud, ya que en muchas ocasiones hacen referencia al rechazo constante que han sufrido a lo largo de su proceso de migración. También, se propone realizar investigaciones en las cuales se abordan diferentes poblaciones tales como: niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y mujeres embarazadas, ya que tienen características y necesidades sociodemográficas diferentes.

Como segunda recomendación, se propone para futuras investigaciones abordar el acceso de atención psicológica hacia la población migrante venezolana, ya que no se evidenció producción científica al respecto. Adicionalmente, se destaca la ausencia de estudios científicos cualitativos que aborden de manera fenomenológica el estado emocional, psicológico y físico de la población migrante venezolana con respecto al acceso a los servicios de salud en Colombia.

Otra recomendación, surge a partir de las narrativas de la mayoría de los participantes, la cual está dirigida al Sistema de Salud Colombiano, en el sentido de sensibilizar a los

profesionales de salud con relación a los procesos de recepción y contención emocional a los pacientes que acuden a los servicios de urgencias mediante protocolos de atención para la población migrante venezolana, esto aplica de igual manera para la población colombiana. Así mismo, se recomienda establecer rutas de intervención claras con el objetivo de ofrecer un seguimiento a cada uno de ellos con el fin de garantizar una consulta que genere bienestar y confianza en el consultante.

Adicionalmente, se recomienda realizar una evaluación al SGSSS de los requisitos necesarios para solicitar la afiliación a una EPS o el ingreso al SISBEN por parte de la población migrante venezolana, quienes en ocasiones desconocen sus derechos y los trámites que se requieren para ingresar al sistema. De esta manera, asumen conductas con el fin de evitar el rechazo y la discriminación, estos aspectos fueron identificados como barreras de acceso, puesto que supone un excesivo tiempo de espera para acceder al SGSSS. En consecuencia, se sugiere implementar capacitaciones al personal de salud que fomenten el conocimiento sobre atención humanizada a través del uso de estrategias de contención emocional, comunicación asertiva y resolución de conflictos, además de implementar incentivos, metas y objetivos organizacionales que generen un valor agregado a la IPS, también se sugiere que el personal de la salud, conozca de normativa en protección en salud, permitiendo que el mismo conozca sobre disposiciones y políticas gubernamentales con relación a la protección de los derechos fundamentales de los migrantes venezolanos.

Con base en lo mencionado anteriormente, una vez realizado el proceso de recolección de la información, la mayoría de los participantes de la ciudad de Arauca refirieron sólo haber acudido a los servicios de urgencias por situaciones críticas tales como: accidente de tránsito, proceso de parto y dolor agudo renal, adicionalmente, refieren que los migrantes venezolanos evitan asistir a esta IPS debido a los largos periodos de espera para acceder al servicio de urgencias, la falta de insumos médicos e infraestructura para ofrecer un servicio inmediato y humano y en menor medida, el trato brindado por el personal médico, percibido como deshumanización en la atención.

Otras limitaciones identificadas, fueron las medidas tomadas a nivel nacional para mitigar la propagación del SARS-CoV-2 específicamente en la ciudad de Cali, en la cual se implementaron medidas tales como el pico y cédula y toques de queda, estas restricciones gubernamentales limitaron la interacción con la población migrante venezolana debido a la dificultad de encontrar espacios adecuados para desarrollar las entrevistas, como consecuencia

se llevaron a cabo dos entrevistas virtuales. Así mismo, la dificultad de acordar un horario adecuado para realizar este proceso teniendo en cuenta la jornada laboral de los candidatos, en su mayoría son trabajadores informales. Adicionalmente, la ubicación geográfica de los candidatos limitó la movilidad de los investigadores.

Sumado a esto, en cuanto al discurso de los participantes hubo una baja percepción de la gesticulación debido al uso del tapabocas, el cual fue obligatorio al momento de las entrevistas, asimismo, el discurso de algún participante fue poco expresivo a la hora de narrar sus experiencias, llevando al grupo investigador a realizar varias preguntas con el fin de profundizar en las percepciones de estos. Finalmente, hubo dos entrevistas que se realizaron de manera remota en la ciudad de Cali, estas se realizaron por medio de videollamada con cámara encendida por parte de los entrevistados y el entrevistador, lo cual implicó tener contacto visual limitando con los entrevistados, impidiendo así, la lectura precisa de los sentimientos y las emociones, también, el estado de la conexión de internet fue intermitente en algunas ocasiones lo cual imposibilitó mantener una conversación fluida.

Para finalizar este apartado, es necesario mencionar que, al momento de buscar posibles candidatos en ambas ciudades, estos manifestaron no haber consultado servicios de urgencias, ya que optaron por consultar servicios de salud alternos. Lo anterior debido principalmente al desconocimiento de sus derechos y deberes, y a experiencias negativas de familiares y amigos relacionadas con el rechazo de la atención, esto conlleva principalmente a optar por consultar directamente en farmacias aledañas y a tomar los medicamentos según las indicaciones de los auxiliares de farmacias, e incluso en ocasiones mencionaron tener que aprender a usar jeringas para aplicar las inyecciones. De esta manera, el rechazo en los centros de salud no da cumplimiento a los principios básicos sobre los cuales está consolidada la ley 100 de 1993, en especial el principio de universalidad donde todas las personas tienen derecho a la protección de su salud sin ninguna discriminación.



## REFERENCIAS

- Abela, J. (2018). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Granada: Fundación Centro Estudios Andaluces. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Andersen RM. Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/9db4/d165822ed213d36daaba40790321c4f31ef7.pdf?ga=2.94805596.1338223370.1600885132-1875319685.1600885132>
- ACNUR. (2017). *África, el continente con más países en conflicto*. La Agencia de la ONU para los Refugiados. <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/africa-el-continente-con-mas-paises-en-conflicto>
- ACNUR. (2020). *Países en guerra actualmente en 2020*. La Agencia de la ONU para los Refugiados. [https://eacnur.org/blog/paises-en-guerra-actualmente-tc-alt45664n\\_o\\_pstn\\_o\\_pst/](https://eacnur.org/blog/paises-en-guerra-actualmente-tc-alt45664n_o_pstn_o_pst/)
- Agrado, E. (2017). *Avances de la humanización en los servicios de salud en Colombia durante el periodo 2006-2016*.  
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/689/humanización%20en%20los%20servicios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Andrade, S., Hernández, D., y Sánchez, M. (2020). *Significados de atención humanizada en profesionales de la salud y pacientes con enfermedades cardiovasculares*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana Cali
- Arrivillaga, M., Borrero, Y. E. (2016). *Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013*. Rio de Janeiro: Cad.

Saúde Pública. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00111415.pdf>

Ávila, J. (2017). *La deshumanización en medicina. desde la formación al ejercicio profesional*. Iatreia, 30(2), 216-229.

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/26067/20784710>

Alcaldía de Santiago de Cali (2021) *Alcaldía de Cali atenderá migrantes venezolanos con cooperación internacional*.

<https://www.cali.gov.co/gobierno/publicaciones/159032/alcaldia-de-cali-atendera-migrantes-venezolanos-con-cooperacion-internacional/>

Alma-Ata, U. R. S. S. (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. Alma-Ata. URSS, 6-

12. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=\\_EB5F438C0A5E82DC623CB47B870CA9C3?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=_EB5F438C0A5E82DC623CB47B870CA9C3?sequence=1)

Banco de la República. (2020) *Impacto fiscal de la migración venezolana*.

<https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/9846>

Bautista, L., Parra, E., Arias, K., Parada, K., Ascanio, K., Villamarín, M., y Herrera, Y.

(2015). *Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3 y 4 nivel de atención*. Revista Ciencia y Cuidado, 12(1), 105-118.

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/331/345>

Behruzi, R., Hatem, M., Fraser, W., Goulet, L., Ii, M. & Misago, C. (2010). *Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan*. BMC Pregnancy and Childbirth, 10(1), 1-18.

<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-10-25>

Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. España: Desclée de Brouwer.

<https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433027030.pdf>

Bonilla, E. y Rodríguez, P. (1997). *La investigación en ciencias sociales: Más allá de los dilemas de los métodos de investigación*. Ediciones Unidas Grupo Editorial Norma.

<https://laboratoriociudadut.files.wordpress.com/2018/05/mas-alla-del-dilema-de-los->

[mBrusco, A. \(1990\). La humanización del mundo de la salud: posibilidad de crecimiento. Boletín Misión el Hombre, 2\(5\), 3-11.etodos.pdf](https://laboratoriociudadut.files.wordpress.com/2018/05/mas-alla-del-dilema-de-los-mBrusco, A. (1990). La humanización del mundo de la salud: posibilidad de crecimiento. Boletín Misión el Hombre, 2(5), 3-11.etodos.pdf)

Bravo, J. D., Florez, D. P. y Salazar, E. M. (2008). *Servicios de Urgencias en Colombia, El Caso de Medellín* [Tesis de especialización, Universidad CES]. Archivo digital.

[http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2297/2/Servicio\\_urgencias\\_Colombia.pdf](http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2297/2/Servicio_urgencias_Colombia.pdf)

Boissy, Adrienne., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J. & Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 31(7), 55-761.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-016-3597-2>

Brito, G., e Iraizoz, A. (2012). *Valoración biopsicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana*. La Habana: Revista Cubana de Medicina General Integral.

<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n4/mgi07412.pdf>

Calderón-Jaramillo, M., Murad-Rivera, R., Acevedo, N., Forero, L. J., Rivillas-García, J. C. *Necesidades en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana*.

<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/LIBRO%20Evaluacio%CC%81n%20de%20las%20necesidades%20insatisfechas%20SSR%20y%20Migrantes%20Venezolanos%20-%20Digital.pdf>

- Camilos. (2002). *Portafolio de servicios: Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud*. Bogotá: Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud.
- Canales, A., & Zlolniski, C. (2001). *Comunidades transnacionales y migración en la era de la globalización*. Jalisco: Universidad de Guadalajara.  
<https://www.researchgate.net/publication/313615325>
- Canales, A. (2009). *Panorama actual de las migraciones en América Latina*. Jalisco: Universidad de Guadalajara.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032009000100007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000100007)
- Cano, S., Giraldo, A., y Forero, C. (2016). *Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 48-53.  
<https://www.redalyc.org/pdf/120/12043924004.pdf>
- Caregnato, L., & Costa, M. (2017). *Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals*. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(5), 1040-1047.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000501040&script=sci\\_abstrat](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000501040&script=sci_abstrat)
- Carlouise, J., Arulappan, J., Chandrasekaran, S., Ganesamurthy., Samuel, A., Carlouise, S., & Chandy, S. S. (2019). *Holistic humanized nursing care strategies ON physiological AND psychological parameters among adolescents WITH hiv – an interventional study*. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*, 9(4), 146-55. <http://www.ijnpnd.com/article.asp?issn=2231-0738;year=2019;volume=9;issue=4;page=146;page=155;aui=Carlouise;type=0>
- Caro, S. (2009). *Enfermería: integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana*. *Revista Científica Salud Uninorte*, 25(1), 172-178.  
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1834/1193>

Casal, J., & Mateu, E. (2003). *Tipos de muestreo*. Rev. Epidem. Med. Prev, 1(1), 3-7.

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49963657/TiposMuestreo1.pdf?1477759764=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTIPOS\\_DE\\_MUESTREO.pdf&Expires=1604796836&Signature=U9t~G2mYATdEyr1JO6r7bibq6fzD9um~Hr5o4uZp8JPhLl~pmIgw76Nr8nWb5ne0xa4mdS~-tcXQbFt4WP2uXbVtYs85FvtbfKbHHthOUU34h-0WW9YaPxElPfdnJ17zqScDkGMxUWrwscyAjjAXUX5~ZahAjbhmGj5FpMOfxeoADJ~XCzF7QOXos8TNztYl~GGJ7yfxDCHmJ9HyySTIXuAzZHs~Hrv~NRSwEpR41koncyc8ARgZERtTcLcLEPKQtxbjzYP0vPTaWb3F-INHE8MtZ4Y9mtw4Zh0Jxo~Z67tsvvEBYqIJrK3R4Oefm6nSXJMurL8J77on20eOR7V86g\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49963657/TiposMuestreo1.pdf?1477759764=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTIPOS_DE_MUESTREO.pdf&Expires=1604796836&Signature=U9t~G2mYATdEyr1JO6r7bibq6fzD9um~Hr5o4uZp8JPhLl~pmIgw76Nr8nWb5ne0xa4mdS~-tcXQbFt4WP2uXbVtYs85FvtbfKbHHthOUU34h-0WW9YaPxElPfdnJ17zqScDkGMxUWrwscyAjjAXUX5~ZahAjbhmGj5FpMOfxeoADJ~XCzF7QOXos8TNztYl~GGJ7yfxDCHmJ9HyySTIXuAzZHs~Hrv~NRSwEpR41koncyc8ARgZERtTcLcLEPKQtxbjzYP0vPTaWb3F-INHE8MtZ4Y9mtw4Zh0Jxo~Z67tsvvEBYqIJrK3R4Oefm6nSXJMurL8J77on20eOR7V86g_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

Chan, E. A., Wong, F., Cheung, M. Y., & Lam, W. (2018). *Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study*. *PloS one*, 13(6).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6005521/>

Chamorro, J. (2017). *La atención humanizada en una IPS de la ciudad de Cali: Percepción desde los diferentes actores institucionales*. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

[http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8706/Atencion\\_humanizada\\_ips.pdf?sequence=1&id Allowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8706/Atencion_humanizada_ips.pdf?sequence=1&id Allowed=y)

Child Resilience Alliance. (2020). *Impacto del flujo migratorio de una venezolanos en el sistema educativo colombiano*. Bogotá: UNICEF.

<https://r4v.info/es/documents/download/75761>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2010). Informe sobre inmigración en Estados Unidos: Detenciones y Debido Proceso. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/migrantes/docs/pdf/migrantes2011.pdf>

- Correa, D. y Arrivillaga, M. (2007). *La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica*. En Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (Eds.), *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 247- 273). Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Correa, M. (2016). *La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado*. *Revista cuidarte*, 7(1), 1210-1218.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732016000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000100011)
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Tutela y derechos a la salud y a la seguridad social*. Bogotá: Defensoría del Pueblo de Colombia. <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>
- Defensoría del pueblo del Pueblo, (2019). Congreso de la República. *XXVI Informe del defensor del pueblo al congreso de la república*.  
<https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/XXVI-Informe-del-Defensor-del-Pueblo-al-Congreso.pdf>
- Defensoría del pueblo del Pueblo, (2020). Congreso de la República. *XXVII Informe del defensor del pueblo al congreso de la república*.  
<https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/XXVII-Informe-del-Defensor-del-Pueblo-al-Congreso.pdf>
- Departamento nacional de planeación. (2018) Documento CONPES 3950: *Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela*. Bogotá: DNP.  
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). *La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa*. *Enfermería Clínica* 21 (3), 163-167.  
<https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/2011/la-reflexividad.pdf>

- Díaz Amado, E. (2017). *La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas*.  
Editorial Pontificia Universidad Javeriana.  
[https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/4715782/Humanizac de la salud Intro/211feb31-452a-4cb2-9c7a-86d97b917f2c](https://www.javeriana.edu.co/documents/4578040/4715782/Humanizac_de_la_salud_Intro/211feb31-452a-4cb2-9c7a-86d97b917f2c)
- Díaz, V. (2010) *La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas*. Rev. psicol. univ. Antioquia. Vol.2, n.1, pp. 57-71. ISSN 2145-4892.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-48922010000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005)
- Domínguez, S.R. (2018). *Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en el Servicio de Medicina del Centro de Salud Surquillo*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.  
[http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1483/Comunicacion\\_Dominguez Samames\\_Rafael.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1483/Comunicacion_Dominguez_Samames_Rafael.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Drada, L., García, S., y Trujillo, A. (2016). *Percepción de necesidades de humanización en personal asistencial de salud vs personal administrativo en una clínica de Cali*. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.  
[http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/4397/Percepcion\\_necesidades\\_humanizacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/4397/Percepcion_necesidades_humanizacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Farfán. R., (2016). *Percepción de atención humanizada y su relación con la calidad de atención en el servicio de radiodiagnóstico*. UCV-SCIENTIA/Journal of Scientific Research of University Cesar Vallejo, 8(2), 124-131.  
<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/1031>
- Fernández-Niño J; Luna-Orozco, K; Navarro-Lechuga, E; Flórez-García, V; Acosta-Reyes, J, Solano, A; Bravo, E. y Geonaga, E. (2018) *Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas – Barranquilla,*

2018: *reporte de caso en salud pública*. Rev Univ Ind Santander Salud. 50(3): 269-276. doi: 10.18273/rev.sal.v50n3-2018002.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-08072018000300269&lng=es&nrm=is](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072018000300269&lng=es&nrm=is)

Fernández-Niño, A., y Orozco, L. (2018). *Migración venezolana en Colombia: retos en salud pública*. Revista Salud UIS, 50(1), 6-7.

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343854990001/343854990001.pdf>

Ferreira, J. H. P., Amaral, J. J. F., & Lopes, M. M. C. O. (2016). *Nursing team and promotion of humanized care in a neonatal unit*. Revista Rene, 17(6), 741-749

<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/21495>

Flórez García, C. (2017). *Caracterización de la atención de urgencia inicial en el sistema de salud en Colombia*.

<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/14211/1/CARACTERIZACION%20DE%20LA%20ATENCION%20INICIAL%20DE%20URGENCIA%20INICIAL.pdf>

Fuertes, M. (2019). *Experiencia del curso “Humanización de los servicios de salud” ofrecido por el Sena Regional Valle del Cauca*. Pontificia Universidad Javeriana, Cali.

[http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11317/Experiencia\\_humanizacion\\_servicios.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/11317/Experiencia_humanizacion_servicios.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Garza-Hernández, R., Meléndez-Méndez, C., Castillo-Martínez, G., González-Salinas, F.,

Fang-Huerta, M. D. L. Á., & Hidalgo, H. C. (2020). *Surgical Patients' Perception About Behaviors of Humanized Nursing Care*. Hispanic Health Care International, 18(1), 27-31. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1540415319856326>

Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Fundación Mapfre.



<https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>

Gómez, O., & Khoshnood, B. (1991). *La evolución de la salud internacional en el siglo XX. Salud Pública de México.* 33(4), 314-329.

<https://www.redalyc.org/pdf/106/10633403.pdf>

Gironés, C. (1997). *Bioética y Humanización de la Medicina.*

<http://www.monografias.com/trabajos7/bihu/bihu.shtml>

Goffman, E. (2003) *Estigma e identidad social. En Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.* (pp. 11-55).

<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Guataquí, J., García-Suaza, A., Ospina, C., Londoño, D., Rodríguez, P., y Baquero, J. (2017). *Informe 3: Características de los migrantes de Venezuela a Colombia.* Informe, 3, 1-

9. <https://www.labourosario.com/post/2017/08/14/informe-características-de-los-migrantes-de-venezuela-a-colombia>

Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (2020) *Refugiados y migrantes venezolanos. Valle del Cauca.*

[file:///C:/Users/PC/Downloads/Infografía\\_Refugiados\\_y\\_Migrantes\\_Valle\\_del\\_Cauca\\_Sept\\_VF.pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Infografía_Refugiados_y_Migrantes_Valle_del_Cauca_Sept_VF.pdf)

Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos (2020) *Refugiados y migrantes venezolanos. Arauca.* <https://reliefweb.int/report/colombia/gifmm-arauca-infograf-de-refugiados-y-migrantes-venezolanos-junio-2020>

Hernández, M. (agosto de 2012). *La crisis de la salud y la ley 100 de 1993. 60-67. (Deslinde, Entrevistador) Deslinde.* <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/46-7.pdf>

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, M. (2014) *Metodología de la investigación. Sexta edición.* Editorial Mc Graw Hill. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp->

[content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf](#)

Hines, B. (2019). *Las políticas migratorias de Donald Trump*. Nueva Sociedad (248), 53-71.

[https://www.nuso.org/media/articles/downloads/3.TC\\_Hines\\_284.pdf](#)

Herrero Jaén, S. (2016). *Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud*. Ene, 10(2), 0-0.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-](#)

[348X2016000200006&script=sci\\_arttext&tlng=pt](#)

Husserl, E. (1913). *Ideas relativas a una Fenomenología pura y una Filosofía*

*Fenomenológica*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

[https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7487258.pdf](#)

Lopera Betancur, M. A., García Henao, M. L., Madrigal Ramírez, M. C., y Forero Pulido, C.

(2010). *Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana*. Universidad de Antioquia, Medellín.

[http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/5102/1/LoperaMartha\\_2010\\_DificultadesAtencionServiciosUrgencias.pdf](#)

Merlano-Porras, C. A., & Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Gerencia y Políticas de salud*, 12(24).

[http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a05.pdf](#)

Mesías, O. (2004). *La investigación cualitativa*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.

[https://es.scribd.com/document/423062901/LA-INVESTIGACION-CUALITATIVA-dox](#)

Migración Colombia. (2020) *Venezolanos en Colombia corte a 31 de diciembre de 2019*.

[https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/259-infografias-2020/total-de-venezolanos-en-colombia-corte-a-31-de-diciembre-de-2019](#)

- Migración Colombia. (2020). *Más de 1 millón 825 mil venezolanos estarían radicados en Colombia. Bogotá.* <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/mas-de-1-millon-825-mil-venezolanos-estarian-ubicados-en-colombia>
- Migración Colombia. (2021). *Distribución de venezolanos en Colombia - corte 31 de enero de 2021.* <https://www.migracioncolombia.gov.co/infografias/distribucion-de-venezolanos-en-colombia-corte-31-de-enero-de-2021>
- Ministerio de salud pública (1992) *Decreto 412 de 1992.*  
[https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Decreto\\_412\\_1992.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Decreto_412_1992.pdf)
- Ministerio de salud. (2015) *Resolución número 00005596.* <http://achc.org.co/wp-content/uploads/2017/08/RESOLUCIO%CC%81N-No-5596-DE-2015-MINSALUUD-TRIAGE.pdf>
- Ministerio de Salud. (2016). *Protocolo de atención al ciudadano. Bogotá: Ministerio de salud y Protección Social.*  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/SG/SAB/protocolo-atencion-ciudadano-sector-salud.pdf>
- Ministerio de salud. (2020) *Carta de derechos y deberes y carta de desempeño del afiliado al sistema de salud.* <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/Carta-de-derechos-y-deberes-y-carta-de-desempeño-del-afiliado-al-sistema-de-salud.aspx>
- Ministerio De La Protección Social. (2006). *Ley número 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.*  
<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2012) *Resolución 4343 de 2012*.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución%204343%20de%202012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%204343%20de%202012.pdf)

Moore, P., Gomez, G., Kurtz, S. (2010). *Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferentes*. Elsevier España.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656711004239?token=9a25cafd9eefa543c841fda15cb8804c13f17ff1724407f4cdc6e6b0ac98ce02664bd0e7ac8bc9d003a6e62fb66d3f9>

Noreña-Peña, A., Moreno, N. A., Rojas, J. G., Rebolledo-Malpica, D. M. (2012).

*Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*.

Aquichan, 12(3), 263-274. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4322420>

Numpaque-Pacabaque, A., Buitrago-Orjuela, L. A., y Pardo-Santamaría, D. F. (2017).

*Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario*. Revista de la Facultad de Medicina, 67(2), 235-239.

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/65978>

Oblitas, L. (2008). *Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*. *Avances en Psicología*. 16(1), 9-38.

<http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Organización internacional para las migraciones. (2019) *Refugiados y emigrantes de*

*Venezuela superan los cuatro millones: la OIM y el ACNUR*.

<https://www.iom.int/es/news/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-superan-los-cuatro-millones-la-oim-y-el-acnur>

Organización internacional para las migraciones. (2016) *Sobre migración*.

<https://colombia.iom.int/sobre-migraci%C3%B3n>

OECD. (2013). *La migración mundial en cifras*.

<https://www.oecd.org/els/mig/SPANISH.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Documentos básicos: cuadragésima novena edición (con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de mayo de 2019)*. Ginebra, Suiza.

<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2010) *Compilación de la legislación sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina*.

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-LEG-EMC\\_2010Spa.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/HSS-LEG-EMC_2010Spa.pdf)

Oviedo, G. (2004). *La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt*. Revista de estudios sociales, (18), 89-96.

<https://revistas.uniandes.edu.co/doi/abs/10.7440/res18.2004.08>

Peña, D. (2019) *El derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos desde la perspectiva de los Derechos Humanos*.

<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/24020/1/EI%20derecho%20a%20educaci%C3%B3n%20de%20los%20ni%C3%B1os%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes%20migrantes%20venezolanos.pdf>

Peñalosa Pacheco, L. J. (2019). *El impacto del éxodo migratorio de venezolanos sobre los salarios reales en Colombia*. Doctoral disertación, Universidad Nacional de La Plata. UNLP.

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/80485>

Pita, G., Gallego, J., y García, M. (2018). *Satisfacción frente a la humanización en el servicio de urgencias de la clínica ESIMED*. Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira.

<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/736/Satisfacci%C3%B3n%20frente%20a%20la%20humanizaci%C3%B3n%20en%20el%20servicio%20de%20urg>

[encias% 20de% 20la% 20cl% c3% adnica% 20ESIMED% 2c% 20marzo% 20del% 20a% c3% b1o% 202018.pdf?sequence=1&id Allowed=y](https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf)

- Profamilia. (2020). Desigualdades en salud de la población migrante venezolana en Colombia. ¿Cómo mejorar la respuesta local dentro de la emergencia humanitaria? Profamilia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/05/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-mejorar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
- Reyes Valencia, D. M., Sarmiento Acosta, L., y Hernández Quiroz, M. A. (2017). *Caracterización de la percepción de humanización en el servicio de urgencias de la ESE Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Anserma Caldas para la vigencia 2017*. Universidad Católica, Manizales. <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/handle/10839/1947>
- Rodríguez, D. (2001) *Inmigración africana hacia Europa: ¿un proceso sin fin? El caso de Gambia, en Ô Willaeri (La cooperación)*. Full informatiu d'ETANE especial 10ª Diada Cultural Afro-catalana, núm.1, junio 2001, pp. 5-7. [https://www.researchgate.net/publication/262971352\\_Inmigracion\\_africana\\_hacia\\_Europa\\_un\\_proceso\\_sin\\_fin\\_El\\_caso\\_de\\_Gambia](https://www.researchgate.net/publication/262971352_Inmigracion_africana_hacia_Europa_un_proceso_sin_fin_El_caso_de_Gambia)
- Romero, E., Contreras I., y Moncada, A. (2016). *Relación entre cuidado humanizado por enfermería con la hospitalización de pacientes*. Hacia la Promoción de la Salud, 21(1), 26-36. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772016000100003script=sci\\_abstract\\_tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772016000100003script=sci_abstract_tlng=en)
- Romero, L. (2017). *Planeamiento Estratégico de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia* (Doctoral dissertation, Pontificia Universidad Católica del Perú-CENTRUM Católica (Perú)).

[http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12358/ORDO%  
%91EZ PEREZ PLANEAMIENTO VIVIENDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/12358/ORDO%c3%91EZ_PEREZ_PLANEAMIENTO_VIVIENDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ruiz, Aida. (2002) *Migración oaxaqueña, una aproximación a la realidad*. Oaxaca:

*Coordinación Estatal de Atención al Migrante Oaxaqueño*, p. 13.

<https://search.library.utoronto.ca/details?4797385>

Ruiz, R. (2010). *Modelos de comunicación clínica*. Unidad de Medicina de Familia de

Córdoba. Doctor: Boletín de educación médica. [http://www.doctutor.es/wp-](http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Modelos-de-Comunicaci%C3%B3n-Cl%C3%ADnica.pdf)

[content/uploads/2010/03/Modelos-de-Comunicaci%C3%B3n-Cl%C3%ADnica.pdf](http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Modelos-de-Comunicaci%C3%B3n-Cl%C3%ADnica.pdf)

Secretaria de Transparencia. (2014). *Informe de Gestión*. Bogotá: *Imprenta Nacional de*

*Colombia*.

[https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/informe\\_secretaria\\_transparencia2  
014.pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/informe_secretaria_transparencia2014.pdf)

Salgado, A. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y*

*retos*. *Liberabit*, 13 (13). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=en)

[48272007000100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=en)

Salgado, C. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas*

*controversias*. *Ciência & Saúde Coletiva* 17 (3), 613-619.

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>

Salgado, C. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y*

*retos*. *Liberabit*, 13(13), 71-78. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=en)

[48272007000100009&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=en)

Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallon, W. y Viccellio, A. (2017). *Congestión*

*en el servicio de urgencia: Respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes*.

*Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 220-227.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300366>

- Santacruz-Bravo, J. D. (2016). *Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991*. Universidad y Salud, 18(2), 373-384.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n2/v18n2a17.pdf>
- Santamaria, M., García, F., Rozo, S., & Uribe, M. (2008). *Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. Efectos de la Ley, 100*. [http://www.med-informatica.net/FMC\\_CM CB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion\\_MauricioSantamaria\\_cap1\\_final.pdf](http://www.med-informatica.net/FMC_CM CB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf)
- Suárez-Rozo, L. F., Puerto-García, S., Rodríguez-Moreno, L. M., y Ramírez-Moreno, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 34-50.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>
- Tajfel, H., Sheikh, A. A., & Gardner, R. C. (1964). *Content of stereotypes and the inference of similarity between members of stereotyped groups*. *Acta Psychologica*, 22, 191-201.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0001691864900174?via%3Dihub>
- Trujillo Cuellar, V. (2014). *Zonificación de la amenaza de inundación urbana en el municipio de Arauca, Arauca en el marco de la revisión y ajuste de planes de ordenamiento territorial*.  
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/12436/Trabajo%20final.%20UMNG%202014.pdf?sequence=1&id Allowed=y>
- Yuehua, K. (2017). *Effect of Humanized Nursing on Emergency Success Rate and Satisfaction in Emergency Nursing*. *Journal of Clinical and Nursing Research*, 1(1), 18-22.



<http://ojs.bbwpublisher.com/index.php/JCNR/article/view/92>

Vélez, M. (Agosto de 2012). *La crisis del sistema de salud colombiano: Revista del Centro de Estudios de Trabajo Cedetrabajo*. <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/40-10.pdf>

Zhong, Z. J., Nie, J., Xie, X., & Liu, K. (2019). *How Medic–Patient Communication and Relationship Influence Chinese Patients’ Treatment Adherence*. *Journal of health communication*, 24(1), 29-37.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2018.1561768>

Wabgou, W. (2016). *Migraciones de origen africano y sus conexiones diaspóricas: impactos socioculturales, económicos y políticos*. *Ciencia Política* 11(22), 67-98.

<https://doi.org/10.15446/cp.v11n22.61398>

## ANEXOS

### *ANEXO 1. Consentimiento informado.*



## DECLARACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Proyecto:** Percepción del acceso a la salud y a la atención humanizada en migrantes venezolanos que asisten a servicios de urgencias en las ciudades de Cali y Arauca

El presente estudio tiene como objetivo comprender la percepción sobre la atención humanizada en servicios de urgencias en IPS de las ciudades de Cali y Arauca, por parte de la población migrante venezolana, de esta manera, se pretende obtener datos que permitan conocer las barreras de acceso y atención a los servicios, y las necesidades relacionadas con la interacción con el personal de la salud. Finalmente, se pretende que los avances obtenidos en este estudio promuevan y faciliten la realización de futuras investigaciones y planes de intervención psicológicos para el tratamiento de este problema para beneficiar a la población migrante venezolana, como a los usuarios que acuden a los servicios de urgencias en Colombia.

Cordialmente lo estamos invitando a participar en esta investigación, por lo tanto, si decide participar, su participación consistirá en responder las preguntas de una entrevista semiestructurada la cual será realizada por uno de los investigadores a cargo del estudio, esta entrevista será grabada con fines académicos y su tiempo de duración es de una hora en promedio, adicionalmente a esto, se realizarán pausas activas durante la entrevista si el entrevistado lo desea. Por otra parte, se le recuerda que su participación es de manera voluntaria, anónima y sin ningún tipo de remuneración económica. Finalmente, se le garantiza absoluta confidencialidad en el manejo de la información recolectada una vez finalizada la entrevista.

La información que usted suministre será totalmente confidencial y de manejo exclusivo de los investigadores. Para lograr este objetivo confidencialidad, en ningún documento aparecerá

su nombre real y nadie a excepción de los investigadores tendrá acceso a la información suministrada por usted. Usted tiene derecho a solicitar la información que requiera, también tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento y abstenerse de responder preguntas que usted considere inconvenientes o no desee dar la información solicitada.

La información producto de la entrevista y toda la documentación que de allí se derive reposará en los archivos del grupo de investigación Salud y Calidad de vida (SYCV) de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, sumado lo anterior, esta información sólo tendrá acceso los investigadores durante el proceso de desarrollo del estudio.

Esta investigación puede aportar información significativa para conocer y comprender los procesos de atención en servicios de urgencias IPS para la población migrante venezolana en una ciudad fronteriza con respecto a una ciudad de paso, en este caso particular Cali. Por otra parte, también puede aportar información significativa para analizar y discutir las barreras de acceso existentes al sistema de salud y la calidad del servicio ofrecido por su personal.

Yo, \_\_\_\_\_, identificada con la cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro que he sido informada de los objetivos y fines del presente estudio y estando conforme con los mismos, en forma libre y voluntaria, acepto hacer parte del proyecto de investigación presente.

Esta investigación y el consentimiento informado están ajustados a las normas según la Resolución 8430 de 1993.

En caso de tener alguna pregunta sobre el estudio o querer información adicional, puede contactar a los investigadores **Juan José Durán Martínez** al teléfono celular 310 535 6470 en Cali, **Eduardo Hernández Huertas** al teléfono celular 322 404 4964 en Cali, **Luis Mario**

**Silva Picón** al teléfono celular 316 423 2800 en Arauca, o al asesor de esta investigación

**Diego Correa Sánchez** al teléfono 317 439 8350, Psicólogo, docente investigador de la Pontificia Universidad Javeriana Cali y miembro del grupo de investigación Salud y Calidad de vida.

\_\_\_\_\_

Firma de la participante

C.C.

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

C.C.

\_\_\_\_\_

Firma del testigo

C.C

\_\_\_\_\_

Firma del asesor

C.C

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

C.C

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

C.C

Fecha: \_\_\_\_\_

*Anexo 2 Entrevista semi estructurada antes de la validación por jueces.*

**Datos sociodemográficos:**

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Nivel educativo:

Ocupación actual:

No. de hijos:

Con quién vive:

**Información migración:**

¿Cuál es su ciudad de origen?

¿A qué se dedicaba o en que trabajaba en Venezuela?

¿Qué le llevó a migrar de Venezuela? ¿Cuál fue su motivación?

¿En cuales ciudades de Colombia ha vivido?

¿Cuánto tiempo lleva usted en Colombia?

¿Considera usted a Colombia un país de paso o un lugar para quedarse?

**Categoría 1: *Acciones orientadas al trato cálido, efectivo y personalizado***

- ¿Cómo fue su experiencia con el personal en general?
- ¿Sintió un trato agradable de parte de ellos?

**Categoría 2: *Comunicación verbal en la atención***

- ¿considera usted que se le brindó el diagnóstico de forma clara y entendible, empleando un vocabulario acorde a su necesidad?
- ¿La información proporcionada por el personal de salud fue suficiente?
- ¿Usted comprendió la información que recibió?

### **Categoría 3: Comunicación no verbal en la atención**

- ¿Cómo describe usted las expresiones faciales por parte del profesional en el momento de consultar?
- ¿Cómo se sintió usted al respecto?
- ¿Considera usted que el personal de salud tuvo un contacto visual adecuado?

### **Categoría 4: Acceso a salud**

- ¿Tiene usted afiliación al sistema de salud? ¿Se encuentra afiliado a alguna EPS?
- ¿Dónde recibe usted atención en salud?
- ¿Cómo ha sido el acceso a los servicios de salud?
- ¿Qué barreras percibe usted para lograr ingresar al sitio de atención?

### **Categoría 5: Atención en salud.**

- ¿Cómo considera usted que el profesional de los servicios de salud orientó su accionar a conservar su salud?
- ¿Cómo describe el trato dentro de la consulta?
- ¿Cómo ha sido la experiencia con la atención que ha recibido?
- ¿Cuáles han sido las barreras en la atención que usted ha percibido?

### **Categoría 6: Necesidades en comunicación.**

- ¿La manera en la que le comunicaron la información fue la más adecuada?

- ¿Podía comunicarse con el profesional de la salud fácilmente?
- ¿Entendía la información que le brindaba el personal de salud?

**Categoría 7: Empatía.**

- ¿Se sintió tratado dignamente?
- ¿Se sintió juzgado por el personal de salud?
- ¿Percibió usted un esfuerzo por parte del personal de salud por comprender su punto de vista?
- ¿cómo describiría el trato por parte del personal?

**Categoría 8: Suministro de información**

- ¿Cree que la información brindada por el personal de salud hizo parte fundamental del proceso de recuperación?
- ¿Considera que la información brindada era clara?

**Categoría 9: Estigma y discriminación**

- ¿Considera relevante que durante la consulta existen comentarios sobre su lugar de origen?
- ¿Percibió durante la consulta una minimización de su padecimiento?
- ¿Se sintió juzgado por su condición de migrante por parte del personal de salud?



*Anexo 3 Síntesis de recomendaciones de los jueces y la prueba piloto.*

---

Observaciones de jueces expertos

- Con base a las observaciones y sugerencias realizadas por los jueces fue posible realizar los siguientes cambios, los cuales permitieron acotar el número de categorías de análisis al lograr integrar ítems en categorías ya existentes.
- Las siguientes categorías de análisis fueron eliminadas debido a que los ítems que las componían podían ser anexados en otras categorías, asimismo, hubo ítems en dichas categorías que no cumplían su función dentro de la categoría. Estas fueron las categorías eliminadas: suministro de información (8), empatía (7) y necesidades de comunicación (6).

Los siguientes ítems fueron agregados en categorías diferentes

**Ítems de la categoría necesidades en comunicación:** ¿Considera que la manera en la que le comunicaron la información fue la más adecuada?

**Este ítem fue agregado a la categoría comunicación verbal en la atención.**

**Ítems de la categoría empatía:** ¿Qué entiendes por atención humanizada?, ¿Cómo describiría el trato por parte del personal de salud?, ¿Percibió usted un esfuerzo por parte del personal de salud por comprender su punto de vista?, ¿Se sintió tratado dignamente? y ¿En algún momento se sintió juzgado o rechazado?

**Estos ítems fueron agregados Acciones orientadas al trato empático, efectivo y personalizado y estigma y discriminación**

**Ítems de la categoría suministro de información:** ¿Considera que la información brindada por el personal de salud hizo parte fundamental del proceso de recuperación? Y ¿Considera que la información brindada era clara?

**Estos ítems fueron agregados a la categoría comunicación verbal en la atención**

- Los siguientes ítems fueron agregados con el objetivo de profundizar la información recolectada.

¿Durante el proceso de atención, el personal de salud le llamó por su propio nombre para comunicarse con usted? Si esto fue así ¿Esto lo hizo sentirse más escuchado?

**Este ítem fue agregado en la categoría comunicación en la atención.**

¿Cómo considera la atención que le brindó el personal de salud en el área de Triste? Y ¿Percibió un trato cordial y acogedor por parte del personal de salud que lo trato?

**Estos ítems fueron agregados en la categoría atención en salud**

---

¿En algún momento se sintió juzgado o rechazado por su condición de migrante por parte del personal de salud encargado del acceso a los servicios de salud?

**Este ítem fue agregado a la categoría estigma y discriminación**

## Prueba piloto

Durante el desarrollo de la prueba piloto fue posible notar ciertas dificultades a la hora de seguir el orden de las preguntas según el instrumento validado por los jueces, asimismo se fue necesario agregar nuevas preguntas en ciertos puntos de la entrevista, pues de no hacerlas, la continuidad y fluidez de la entrevista se hubiera visto afectado.

Estas preguntas fueron:

- ¿Cuáles fueron los síntomas que te llevaron a tomar la decisión de asistir al servicio de urgencias?
- ¿En cuántas ocasiones has tenido que experimentar dificultades en el acceso al servicio de urgencias?

Estas preguntas fueron realizadas teniendo en cuenta que la estructura de la entrevista lo permitía, pues la función de estas preguntas estuvo orientada a profundizar en aspectos mencionados por el entrevistado.

---

#### ***Anexo 4. Entrevista después de la validación por jueces y el estudio piloto.***

##### *Acciones orientadas a la atención humanizada en salud*

1. Descríbeme ¿cómo fue su experiencia con el personal de seguridad y administrativo?
2. Descríbeme ¿cómo fue el trato que recibió por parte del personal médico y el personal de enfermería?
3. ¿Cómo describiría el trato por parte del personal?
4. ¿Qué entiendes por una atención humanizada?
5. ¿Percibió usted un esfuerzo por parte del personal de salud por comprender su punto de vista?
6. ¿Se sintió tratado dignamente?

##### *Acceso y atención en salud*

7. ¿Tiene usted afiliación al sistema de salud? ¿Se encuentra afiliado a alguna EPS?
8. ¿Dónde recibe usted atención en salud?
9. ¿Cómo ha sido el acceso a los servicios de salud?
10. ¿Qué barreras encontró usted para lograr ingresar a las instalaciones donde le brindaron la atención en salud?
11. ¿Ha logrado solucionar las barreras que ha encontrado para ser admitido y recibir atención en salud? ¿Cuánto tiempo ha tenido que esperar? ¿Cómo las ha solucionado?
12. ¿Ha tenido usted la experiencia de no ser atendido en una institución y tener que transitar por varias IPS antes de recibir atención?
13. ¿Cuáles han sido las barreras administrativas en la atención que usted ha percibido?
14. ¿Cómo considera la atención que le brindó el personal de salud en el área de Triage?
15. ¿Cómo considera la atención que le brindó el médico tratante?

16. ¿Recibió usted seguimiento a su problema de salud a través de citas de control y suministro de medicamentos?

17. ¿Percibió un trato cordial y acogedor por parte del personal de salud que lo trato?

#### *Comunicación verbal y no verbal en la atención*

18. ¿El diagnóstico que le dieron frente a su estado de salud fue claro?

19. ¿Durante el proceso de atención, el personal de salud le llamó por su propio nombre para comunicarse con usted? Si esto fue así ¿esto lo hizo sentirse más escuchado?

20. ¿Considera que la información proporcionada por el personal de salud fue suficiente?

21. ¿Considera que la información proporcionada por el personal administrativo fue clara?

22. ¿Cree que la información brindada por el personal de salud hizo parte fundamental del proceso de recuperación?

23. ¿Considera que la información brindada por el personal de salud encargado del acceso al servicio de salud fue clara?

24. ¿Considera que la manera en la que le comunicaron la información fue la más adecuada?

25. ¿Cómo describiría usted a nivel general, una atención en salud amable y cordial en términos de la expresión facial del profesional en el momento de la consulta?

26. ¿Durante el proceso de atención, el personal de salud estableció contacto visual para comunicarse con usted?

27. ¿Percibió un tono de voz acogedor o amable en el personal de salud que lo atendió?

#### *Estigma y discriminación*

28. ¿En algún momento se sintió juzgado o rechazado por su condición de migrante por parte del personal de salud encargado del acceso a los servicios de salud?

29. ¿Percibió durante la consulta una minimización de los síntomas?

30. ¿Percibió conductas discriminatorias o estigma frente a su procedencia, por parte del personal de la salud?
31. ¿Qué alternativas ha utilizado para poder acceder a servicios, exámenes de laboratorio y medicamentos, cuando no ha tenido acceso a ellos?