



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Telemedicina como herramienta en la
atención para la promoción y
mantenimiento de la salud en niños,
niñas y adolescentes de un centro de
atención y cuidado infantil.
Análisis de la sistematización de una
experiencia académica durante la
pandemia.

Sergio Alejandro Rojas Díaz

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina,
Departamento de Pediatría,
Bogotá, Colombia
2020



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Telemedicina como herramienta en la atención
para la promoción y mantenimiento de la salud
en niños, niñas y adolescentes
de un centro de atención y cuidado infantil.
Análisis de la sistematización de una
experiencia académica durante la pandemia.

Sergio Alejandro Rojas Díaz

Trabajo de final de especialidad presentado como requisito parcial para optar al título de:
Pediatra

Director: Luis Carlos Méndez Córdoba, Pediatra, Perinatólogo y Neonatólogo, y Profesor
Asociado, Departamento de Pediatría, Universidad Nacional de Colombia.

Codirectora: María Fernanda Cañón Rodríguez, Pediatra, Doctora en Salud pública.

Asesor Metodológico: Daniel Antonio Marín Arias, Psicólogo, Magíster en Desarrollo
Educativo y Social.

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina,
Departamento de Pediatría,
Bogotá, Colombia

2020

[...] no basta con el reconocimiento a los derechos de los niños, niñas y jóvenes (titularidades), si al mismo tiempo no se fortalece su potencial humano para actuar en el mundo (capacidades) y no se crean las condiciones para que pueda darse el ejercicio de los derechos y el despliegue de sus potencialidades (oportunidades).

Alvarado, S y Suarez, M (2009). Las transiciones escolares: una oportunidad de desarrollo integral para niños y niñas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud.

Resumen

Un espacio académico promovido por el Departamento de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia y el grupo de Curso de Vida del área de promoción y prevención del Ministerio de Salud, permitió la construcción de una experiencia académica sobre la atención de niños, niñas y adolescentes en una institución de atención transitoria de niños, niñas y adolescentes en condición de mendicidad o riesgo de la misma. El canal que se utilizó para la atención fue la telemedicina.

En el contexto del confinamiento por la pandemia por Covid-19, la utilización de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones, sirvieron para la atención en una población con dificultades de acceso a servicios de salud. A través de la consulta para la promoción y mantenimiento de la salud, se realizó la atención por tele consulta de niños, niñas y adolescentes de una institución transitoria de cuidado, con el objetivo de “conocer el niño y sus entornos para orientar en salud”. El desarrollo del plan de atención inicia con construcción de un protocolo basado en herramientas como el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, resolución 3280 de 2018 del ministerio de salud y protección social, y la resolución 2654 del 2019 del ministerio de salud y protección social, sobre las disposiciones para la tele salud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país y el desarrollo del marco teórico sobre telemedicina.

La intención de la sistematización es recuperar, ordenar, precisar y clasificar la experiencia académica, para captar la complejidad y la dinámica del proceso, y vincular la práctica y la teoría, dentro de una praxis científica y que esta experiencia enriquezca el conocimiento¹.

El objetivo de la sistematización del proceso de planificación y ejecución de las teles consultas es lograr comprender los alcances de la telemedicina como herramienta en la atención para la promoción y mantenimiento de la salud, mediante la sistematización de una experiencia académica, en un centro de atención transitoria para la atención de los niños, niñas y adolescentes en condición de mendicidad o riesgo de la misma.

¹ 1. Angeloni ME. Reseña / La Sistematización de Experiencias, Práctica y Teoría Para Otros Mundos Posibles. Vol 9.; 2019. doi:10.14409/extension.v9i11.jul-dic.8749

Las fuentes de datos para el análisis del proceso son la descripción narrativa del proceso de construcción del protocolo de atención y su ejecución, se realizaron 3 presentaciones sobre la experiencia con el grupo de estudio de la Universidad durante el tiempo del desarrollo de las consultas, y el desarrollo de un marco teórico sobre, telemedicina como herramienta en la atención en salud, la atención para la promoción y mantenimiento de la salud para promocionar el cuidado, y la relación derechos - salud en la población en proceso de migración.

Palabras clave: (telemedicina, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, migración, vulnerabilidad).

Abstract

An academic space lived by the Department of Pediatrics of the National University of Colombia and the Life Course group of the area of promotion and prevention of the Ministry of Health, finding the construction of an academic experience on the care of children and adolescents in a temporary care institution for children and adolescents in a condition of begging or at risk of it. The channel used for care was telemedicine.

In the context of confinement due to the Covid-19 pandemic, the use of information and telecommunications technologies served to care for a population with difficulties in accessing health services. Through the consultation for the promotion and maintenance of health, the teleconsultation of children and adolescents from a transitional care institution was carried out, with the aim of "knowing the child and their surroundings to guide them in health." The development of the care plan begins with the construction of a protocol based on tools such as the technical and operational guidelines of the Comprehensive Care Route for the Promotion and Maintenance of Health, resolution 3280 of 2018 of the Ministry of Health and Social Protection, and the Resolution 2654 of 2019 of the Ministry of Health and Social Protection, on the provisions for telehealth and parameters for the practice of telemedicine in the country and the development of the theoretical framework on telemedicine.

The intention of systematization is to recover, order, specify and classify academic experience, to capture the complexity and dynamics of the process, and link practice and theory, within a scientific praxis and that this experience enriches knowledge.

The objective of the systematization of the process of planning and execution of teleconsultations is to understand the scope of telemedicine as a tool in care for the promotion and maintenance of health, through the systematization of an academic experience, in a temporary care center for the care of children and adolescents in a condition of begging or at risk of it.

The data sources for the analysis of the process are the narrative description of the process of construction of the care protocol and its execution, 3 presentations were made about the experience with the University study group during the time of development of the consultations, and the development of a theoretical framework on telemedicine as a tool in health care, care for the promotion and maintenance of health to promote care, and the relationship between rights and health in the population in the process of migration.

Keywords: (telemedicine, health promotion, disease prevention, migration, vulnerability).

Keywords: (telemedicine, health promotion, disease prevention, migration, vulnerability)

| | |
|--|----|
| Contenido | 8 |
| Introducción | 9 |
| 1. Telemedicina herramienta en la atención en salud, | 11 |
| ¡Error! Marcador no definido. Atención de promoción y mantenimiento de la salud para gestionar el cuidado | 14 |
| ¡Error! Marcador no definido. Derechos - salud en la población en proceso de migración. | 16 |
| 3.1 Contexto de la movilidad humana venezolana en Colombia | |
| 3.2 Situación de migrantes venezolanos en el confinamiento: covid-19 - contextos de inequidad | |
| 3.3 Concepto de vulnerabilidad | |
| 3.4 Derechos en salud | |
| ¡Error! Marcador no definido. 31 | |
| 5. Conclusiones | 36 |

Introducción

La telemedicina es una innovación en los servicios sanitarios, no solo desde el punto de vista tecnológico, sino también cultural y social. Es una herramienta en la prestación de servicios de salud y responde algunos de los retos en los sistemas sanitarios del siglo XXI; favorece el acceso a los servicios de atención sanitaria, mejora la eficiencia organizativa en los sistemas de salud, y aporta soluciones a los retos en la atención en salud.² Sin embargo es indispensable conocer los alcances de esta herramienta en la atención en salud para poder hacer un uso adecuado del recurso.

Un espacio académico promovido por el Departamento de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia y el grupo de Curso de Vida del área de promoción y prevención del Ministerio de Salud, permitió el desarrollo de una experiencia académica sobre la atención de niños, niñas y adolescentes en una institución de atención transitoria de niños en condición de mendicidad o riesgo de la misma. El canal que se utilizó para la atención fue la telemedicina.

En el marco del confinamiento por la pandemia por Covid-19, la utilización de las tecnologías de la información y de las telecomunicaciones, sirvieron para la atención en una población con dificultades de acceso a servicios de salud. A través de la consulta para la promoción y mantenimiento de la salud, se realizaron valoraciones mediante la tele consulta. Se tomó como referencia conceptual el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

La intención es recuperar, ordenar, precisar y clasificar la experiencia académica, para captar la complejidad y la dinámica del proceso, y vincular la práctica y la teoría, (dentro de una praxis científica), y que esta experiencia enriquezca el conocimiento³. El objetivo es lograr comprender los alcances de la telemedicina como herramienta en la atención para la promoción y mantenimiento

² Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud Oficina Regional Para las Américas. Marco de Implementación de Un Servicio de Telemedicina.; 2016.

³ 1. Angeloni ME. Reseña / La Sistematización de Experiencias, Práctica y Teoría Para Otros Mundos Posibles. Vol 9.; 2019. doi:10.14409/extension.v9i11.jul-dic.8749

de la salud, mediante la sistematización de una experiencia académica, en un centro de atención transitoria para la atención de los niños, niñas y adolescentes en condición de mendicidad.

La sistematización sobre la experiencia de consulta de la promoción y mantenimiento de la salud por medio de telemedicina, narra el proceso de atención médica a distancia (a través de una pantalla) con niños, niñas y adolescentes de un centro tránsito de atención para familias en condición o riesgo de mendicidad, la mayoría en proceso de migración. La población del centro de atención son familias casi en su totalidad procedentes de Venezuela, quienes tienen dificultades para el acceso a los servicios de salud, por la situación migratoria irregular de la mayoría. También tienen dificultades de acceso a otros servicios de asistencia social y de salud, como acceso a medicamentos, atención de odontología, atención y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, atención para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre otros.

El análisis del proceso, se hará con la descripción narrativa de las consultas, los encuentros con el grupo de estudio, el desarrollo de un marco teórico sobre, telemedicina como herramienta en la atención en salud, la atención para la promoción y mantenimiento de la salud para promocionar el cuidado, y la relación derechos - salud en la población en proceso de migración.

1. Telemedicina herramienta en la atención en salud

La telemedicina es una innovación en los servicios sanitarios, no solo desde el punto de vista tecnológico, sino también cultural y social. Es una herramienta en la prestación de servicios de salud y responde algunos de los retos en los sistemas sanitarios del siglo XXI.

La OMS en el 2005 reconoció la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) como un aporte para la salud y la gestión de los sistemas de salud. Define la ciber salud como “el uso coste-efectivo y seguro de las TICs en apoyo de la salud, incluyendo los servicios de atención sanitaria, vigilancia de la salud, educación, conocimiento e investigación” y afirma que el fortalecimiento de los sistemas de salud a través de la ciber salud “refuerza los derechos humanos fundamentales aumentando y mejorando la equidad, la solidaridad, la calidad de vida y la calidad en la atención”.

La tecnología y los medios de comunicación han permitido obtener y compartir información de manera instantánea, en distintos lugares y empleando diversas modalidades. El ámbito de aplicación de las tecnologías de información y comunicaciones en salud es muy cambiante debido a los constantes avances tecnológicos y las dinámicas socioeconómicas. La telemedicina favorece el acceso a los servicios de atención sanitaria, mejora la eficiencia organizativa en los sistemas de salud, reduce la carga de atención hospitalaria y aporta soluciones a los retos para los sistemas de salud en siglo XXI.⁴ Sin embargo es indispensable conocer los alcances de esta herramienta en la atención en salud para poder hacer un uso adecuado del recurso.

Los principales servicios de la telemedicina son:

⁴ Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud Oficina Regional Para las Américas. Marco de Implementación de Un Servicio de Telemedicina. 2016.

- Servicios de asistencia remota: tele consultas, seguimiento, diagnóstico o tratamiento a distancia, servicios de tele monitorización, seguimiento de paciente crónico y formulación. También incluye la comunicación electrónica entre profesionales.
- Servicios de gestión administrativa de pacientes: estos incluyen tanto la solicitud de pruebas analíticas como aspectos relacionados con la facturación por la prestación de servicios.
- La formación a distancia para profesionales: tiene como objetivo suministrar pautas y evidencias sobre salud para mejorar las capacidades del personal en salud.
- La evaluación y la investigación colaborativa en red: el uso de las TIC para compartir y difundir información científica, así como crear y compartir conocimiento a través de las acciones y reacciones de sus miembros⁵.

Algunos ejemplos de telemedicina aplicada en especialidades utilizan recursos para transmitir o intercambiar por ejemplo imágenes de radiología diagnóstica y similares. Otra área de aplicación es lo relacionado con la gestión en información de datos para servicios de laboratorio clínico, verificación y validación, y la historia clínica electrónica; el uso de recursos de telemedicina en dermatología mediante la ayuda de la videoconferencia o la transmisión de imágenes; el uso de recursos para ayudar a los pacientes en psiquiatría mediante videoconferencias y chats en las enfermedades que clínicamente el escenario sea favorable para el paciente; o el uso de recursos de telemedicina para el diagnóstico y tratamiento de afecciones crónicas y retos diagnósticos.

Algunas consideraciones y limitantes en la implementación de la telemedicina.

La relación paciente – profesional en salud. Hay consideraciones en relación al proceso comunicativo entre los participantes. Algunos de los datos y procedimientos que se hacen durante el acto médico no se pueden obtener ni llevarse a cabo. La despersonalización de la atención durante la tele consulta, trae una percepción diferente de la atención y esto puede modificar la confianza de los actores del proceso diagnóstico y terapéutico, disminuyendo la calidad de la atención.

Algunas de las dificultades de la implementación son la falta de infraestructura tecnológica necesaria en algunas regiones donde hay limitaciones geográficas (donde tiene mejor utilidad el servicio); los problemas con las regulaciones en telecomunicación en cada país, los procesos de habilitación y la categorización de los servicios disponibles; dificultades en el reembolso económico por servicios en telemedicina; la incertidumbre sobre la calidad de la atención por parte de los pacientes y profesionales de salud; problemas en la normatividad sobre responsabilidad profesional; problemas

⁵ 1. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud Oficina Regional Para las Américas. Marco de Implementación de Un Servicio de Telemedicina.; 2016.

en la confidencialidad del historial clínico de los pacientes; la falta de desarrollo de protocolos para el tratamiento de los pacientes por medio de la aplicación de la telemedicina. También hay consideraciones en relación a la posibilidad del incremento de la carga de trabajo y que la telemedicina sea una herramienta dependiente totalmente del mercado de servicios de salud, priorizando su rentabilidad económica sobre el valor como herramienta integrada a una red de prestación de servicios.

2. Atención de promoción y mantenimiento de la salud para gestionar el cuidado

La promoción de la salud es un tema de interés y debate a nivel de las políticas públicas, los sistemas de salud, y en diferentes entornos comunitarios, familiares e individuales. Las acciones de cuidado familiar y el autocuidado son evidencia de una cultura en salud, donde la acción sistemática de favorecer los hábitos y entornos saludables sirve como estrategia activa para mejorar el bienestar de todos.

La declaración de Shanghái del 2016 sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, reconoce la salud de las personas y su bienestar como fundamentales para el desarrollo sostenible, y reafirma a la salud como recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países⁶. Por lo tanto, es imperativo promover la salud mediante la adopción de medidas encaminadas a garantizar una vida sana y a mejorar el bienestar de todas las personas. La promoción de la salud requiere una acción coordinada y es una responsabilidad compartida.

El Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la resolución 429 de 2016, adoptó la Política Integral de Atención en Salud –PAIS que está dirigida a generar “mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución”⁷. Orientó las acciones de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo. Se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones⁸. Desde el punto de vista conceptual orienta una transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud.

⁶Declaración de Shanghai Sobre La Promoción de La Salud En La Agenda 2030 Para El Desarrollo Sostenible. 9.a Conferencia Mundial de Promoción de La Salud.; 2016. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>.

⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 4.51.SMIÉt« DG 42 9DE 2016. (1 7 FEB 2016) Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

⁸ acemi. (2016, March). *La política de atención integral en salud*. Acemiopina. <https://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/10-actualidad/comunicados/743-la-politica-de-atencion-integral-en-salud>

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) es el modelo conceptual y operativo para la ejecución de actividades del sistema de salud colombiano que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) adoptó mediante la resolución 429 de 2016. Instrumento que articula todos los actores y procesos del sistema de salud contemplados en la Política de Atención Integral en Salud, la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015)⁹ - Les asigna responsabilidades a las entidades territoriales, a las EPS y a las IPS para la intervención en lo de su competencia a través de la promoción, la detección temprana y la atención oportuna.

El diseño de la política direcciona las intervenciones en acciones efectivas para la gestión de la salud y la gestión del riesgo. La gestión del riesgo promueve la prevención de la enfermedad, mediante la identificación de todos los posibles eventos o situaciones que pueden afectar la salud, sus orígenes y causas, e interviene de forma efectiva para modificar el impacto a las personas. En la gestión de salud se interviene de forma activa, a través de la orientación de los esfuerzos del sistema de salud en mantener la salud de la población como un objetivo común orquestado por el estado y sus instituciones nacionales y regionales. La gestión y la responsabilidad en la ejecución y cumplimiento de las acciones efectivas para la salud, es de todos los actores, pero es el estado el responsable, ejecutor, promotor, planeador de las acciones que lleven a mejorar la gestión de la salud de las personas, dando garantías de un medioambiente sano y seguro para crecer y desarrollarse, con acceso a agua potable y alimentación sana y de acceso económico y físico.

La forma técnica y operativa de la gestión del salud es la resolución 3280 del 2018 donde establece el lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y define, ordena e integra las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y acciones de gestión de la salud pública requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud de las personas, las familias y las comunidades. El propósito de la resolución es contribuir a la garantía del derecho fundamental a la salud y al desarrollo integral de las personas, familias y comunidades en los entornos donde viven y se desarrollan, mediante la atención integral en salud en lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad¹⁰.

⁹ Natalia F. Implementación del modelo de atención integral en salud en Colombia. Nuevos retos. Implementation of the model of comprehensive health care in Colombia. New challenges. 2021;10(2):1-3.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 4.51.SMIÉt« DG 42 9DE 2016. (1 7 FEB 2016) Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

3. Derechos e inequidad en salud de la población en proceso de migración.

El fenómeno migratorio es, sin lugar a dudas, uno de los fenómenos sociales más complejos e importantes del siglo XXI. Intervienen múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, y su gestión es un tema que ha adquirido cada vez mayor relevancia para los países afectados en esferas locales, regionales y nacionales, así como para la comunidad internacional ^{11 12}..

Las migraciones humanas agrupan a las personas en movimiento de una unidad geográfica hacia otra, a través de una frontera administrativa o política con la intención de establecerse de manera indefinida o temporal, en un lugar distinto a su lugar de origen. Los movimientos migratorios obedecen a diversas causas, algunas asociadas a la búsqueda de oportunidades de trabajo, mejores condiciones socioeconómicas, huida ante violaciones a los derechos humanos, traslados por desastres naturales y guerras; en definitiva, se caracteriza por la búsqueda de mejores perspectivas de vida.

El número estimado de migrantes internacionales ha aumentado en las últimas cinco décadas (imagen 1); en 2019 había en el mundo aproximadamente 272 millones de migrantes internacionales, una cifra equivalente al 3,5% de la población mundial. El reconocimiento de su magnitud, impacto y tendencia creciente ha sido parte de la agenda de los organismos internacionales ¹³. Algunas características sociodemográficas de la población migrante como la

¹¹ (OIM). organización internacional para las migraciones. *Informe Sobre Las Migraciones En El Mundo 2020*.; 2019. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf.

¹² Observatorio de Venezuela de La Facultad de Ciencia Política, Gobierno y Relaciones Internacionales de La Universidad Del Rosario. *Retos y Oportunidades de La Movilidad Humana Venezolana En La Construcción de Una Política Migratoria Colombiana*.; 2018. <https://www.kas.de/documents/287914/287963/Retos+y+oportunidades+de+la+movilidad+humana+venezolana+en+la+construcción+de+una+política+migratoria+colombiana.pdf/bcee4a33-9677-4405-bc16-b10dc4565937>.

1. Respuesta P De. Fenómeno Migratorio del Sector Plan de Respuesta. :1-75.

¹³ Ministerio de Salud. (2018). *Plan de Respuesta del sector salud al fenómeno migratorio* (No. 1). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

edad, el sexo, la etnia, la educación, el acceso a oportunidades de empleo y recursos; así como las redes de apoyo con las que se cuentan, las condiciones que se dan las diferentes fases de migración o desplazamiento, la fase previa al inicio del viaje, el traslado, la llegada, la integración y el retorno, pueden tener efectos negativos en la salud, en especial para gestantes y niños^{14,15}.

Imagen 1: Migrantes internacionales 1970–2019.

| Año | Número de migrantes | Proporción de migrantes en la población mundial |
|------|---------------------|---|
| 1970 | 84,460,125 | 2.3% |
| 1975 | 90,368,010 | 2.2% |
| 1980 | 101,983,149 | 2.3% |
| 1985 | 113,206,691 | 2.3% |
| 1990 | 153,011,473 | 2.9% |
| 1995 | 161,316,895 | 2.8% |
| 2000 | 173,588,441 | 2.8% |
| 2005 | 191,615,574 | 2.9% |
| 2010 | 220,781,909 | 3.2% |
| 2015 | 248,861,296 | 3.4% |
| 2019 | 271,642,105 | 3.5% |

¹ modificado OIM. WORLD MIGRATION REPORT 2020.

Aunque en muchos casos los migrantes realizan efectivamente alguna forma de migración, no siempre es así; a veces son consideradas migrantes personas que nunca han migrado, como los hijos de madres migrantes nacidos en el país receptor, que suelen ser denominados migrantes de segunda o tercera generación; tienen o no la nacionalidad del país donde sus padres migraron, pero se relacionan en un entorno familiar inmediato que vive el proceso migratorio, aunque con unas garantías adicionales por su valor social.¹⁶

¹⁴ (OIM). organización internacional para las migraciones. *Informe Sobre Las Migraciones En El Mundo 2020*.; 2019. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf.

¹⁵ Ministerio de Salud. (2018). *Plan de Respuesta del sector salud al fenómeno migratorio* (No. 1). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

¹⁶ Ministerio de Salud. (2018). *Plan de Respuesta del sector salud al fenómeno migratorio* (No. 1). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>

3.1 Contexto de la movilidad humana venezolana en Colombia

Colombia está experimentando un proceso nuevo en su historia en cuanto no se había registrado un fenómeno migratorio del exterior con la magnitud del actual. Los datos a lo largo del tiempo indica que la migración está muy relacionada con las transformaciones en los ámbitos económico, social, político y tecnológico¹⁷. Estas transformaciones han afectado la calidad de vida de las personas, y en la República Bolivariana de Venezuela han llevado a una migración masiva. Al final de 2019, había al menos de 4 millones de venezolanos desplazados en distintas partes del mundo^{18,19}.

En Colombia las características de este fenómeno de movilidad procedente de Venezuela, han estado determinadas por la relación geográfica, comercial, y social. Comparte una larga y porosa frontera de 2.219 km y fuertes vínculos sociales, culturales, políticos y económicos. Desde hace dos décadas se ha presentado un ascenso constante del número de personas procedentes de Venezuela en el territorio colombiano, pero es hasta mediados del año 2015 que se identifica un crecimiento acelerado con una alta tasa de población en condición migratoria “irregular” o migrante indocumentado²⁰.

Un migrante irregular o indocumentado no cumple con los requisitos establecidos por la autoridad migratoria²¹. La falta de documentos afecta la integración laboral de los migrantes, su acceso a servicios sociales y el proceso de tránsito²². El Permiso Especial de Permanencia (PEP) permite a sus tenedores, entre otros beneficios, trabajar y afiliarse al sistema de salud (contributivo o subsidiado, según sea el caso). Con este permiso la persona se encuentra facultada para ejercer cualquier actividad u ocupación legal en Colombia, incluyendo aquellas que se desarrollen en virtud de una relación laboral.

La mayoría de población con estado migratorio irregular, no se encuentra afiliada a un asegurador del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que presentan barreras en la garantía al

¹⁷ 1. (OIM). organización internacional para las migraciones. Informe Sobre Las Migraciones En El Mundo 2020. 2019. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf.

¹⁸ 1. Ronal F.Rodríguez. Las migraciones en el contexto colombo-venezolano. Observatorio de Venezuela de la Facultad de Ciencia Política, Gobierno y Relaciones Internacionales de la Universidad del Rosario. 2019;(2):1. <https://lasillavacia.com/silla-llena/red-social/las-migraciones-contexto-colombo-venezolano-71279>.

¹⁹ (OIM). organización internacional para las migraciones. Informe Sobre Las Migraciones En El Mundo 2020.; 2019. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf.

²⁰ OIM. (2019). Glossary on Migration (No. 34). International Organization for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf

²¹ 1. Respuesta P De. Fenómeno Migratorio del Sector Plan de Respuesta. :1-75.

²² 1. Mundial BI de R y F. Migración Desde Venezuela a Colombia.; 2018.

cumplimiento del derecho a la salud, incluso cuando un segmento importante presenta condiciones de salud que requieren atención. Es una población con condiciones sociales preestablecidas y altas demandas de asistencia social incluyendo salud. Esto ha generado una llegada muy rápida de personas en condiciones de vulnerabilidad social y económica con altos requerimiento de asistencia social y salud. Como resultado de la migración, la demanda de servicios de salud ha aumentado rápidamente. Esta demanda se concentra en atención de urgencias, agudización de enfermedades crónicas, atención de partos y traumas.

Los migrantes tienen condiciones sociales y económicas complejas. Tienen dos veces mayor probabilidad de estar desempleados y cerca de la mitad viven en condiciones de pobreza. La inasistencia escolar entre los migrantes irregulares es casi el doble que la de toda la población migrante. En términos de salud, la población venezolana se enfrenta a una creciente desprotección de derecho a la salud por dificultades de acceso a los servicios de salud, particularmente afectando a los migrantes irregulares, quienes están casi en su totalidad fuera del sistema de salud²³. En relación a la atención en salud, se asegura la atención inicial de urgencias a toda la población migrante; así como también pueden ser beneficiarios de las intervenciones gestionadas desde las entidades territoriales y las acciones de gestión de la salud pública²⁴.

En la población migrante venezolana en Colombia el 28.1% es menor de 14 años, más o menos 570.000 niños, niñas y adolescentes (imagen 2). La población con priorización en política pública son las gestantes, recién nacidos, niños, niñas y jóvenes, o aquellos con enfermedades crónicas como el asma, la epilepsia, la discapacidad cognitiva y del comportamiento; quienes tienen dificultades para la prestación de los servicios sociales y de salud, por la condición de irregularidad, por lo que el riesgo en salud es mayor y la probabilidad de presentar complicaciones en salud o requerimiento en salud en significativamente mayor²⁵.

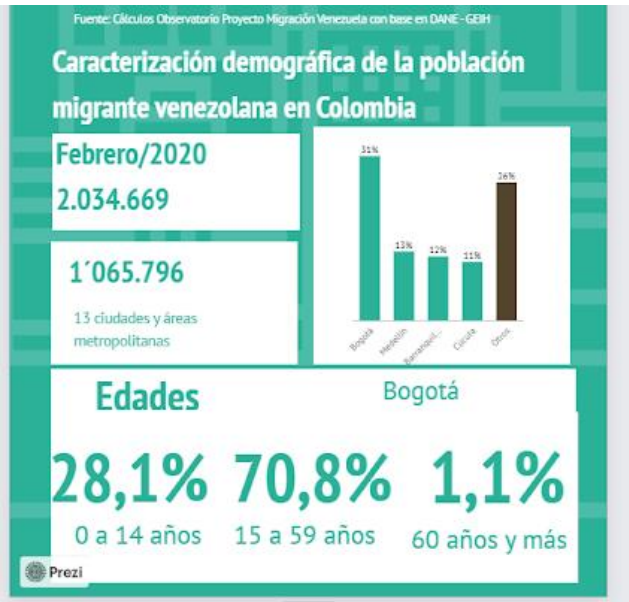
Imagen 2: Caracterización demográfica de la población migrante venezolana en Colombia²⁶.

²³ 1. Mundial BI de R y F. Migración Desde Venezuela a Colombia.; 2018.

²⁴ 1. Respuesta P De. Fenómeno Migratorio del Sector Plan de Respuesta. :1-75.

²⁵ 1. Respuesta P De. Fenómeno Migratorio del Sector Plan de Respuesta. :1-75.

²⁶ Proyecto Migración Venezuela. (2020, April 22). Caracterización demográfica de la población migrante venezolana en Colombia. <https://migravenezuela.com/web/articulo/cuantos-son-y-donde-estan-los-venezolanos-en-colombia-/1636>



Tomada: Cálculos Observatorio Proyecto Migración Venezuela con base en DANE - GEIH

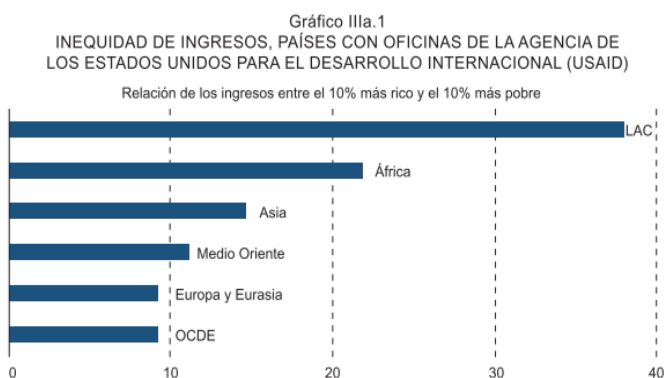
3.2 Situación de migrantes venezolanos en el confinamiento: COVID-19 - contextos de inequidad

América Latina y el Caribe es una región heterogénea, con grandes inequidades en la distribución de ingresos y se estima una población de 547,5 millones de habitantes (imagen 3). Buena parte de los países deben encarar dificultades preestablecidas en la lucha contra el COVID-19. Altos índices de inequidad y vulnerabilidad social, baja intensidad del crecimiento económico, debilidades en sus sistemas de salud, precariedades del mercado de trabajo, y la situación de pobreza, disminuye la capacidad de resiliencia social frente a eventos de tanto impacto para la economía y la salud de las personas.

Cuadro IIIa.1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, 2000-2009
(En millones)

| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 486,8 | 493,5 | 500,1 | 506,9 | 513,7 | 520,6 | 527,4 | 534,2 | 540,9 | 547,5 |

Fuente: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Economic Analysis and Data Services [en línea], <http://www.usaid.gov/results-and-data/information-resources/economic-analysis-data-services-eads> [fecha de consulta: 11 de junio de 2011].



Fuente: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Economic Analysis and Data Services [en línea], <http://www.usaid.gov/results-and-data/information-resources/economic-analysis-data-services-eads> [fecha de consulta: 11 de junio de 2011].

Las medidas tomadas en los países destino de la migración venezolana durante la pandemia, han tenido implicaciones sociales y económicas importantes en las familias migrantes. Estas se traducen en menos ingresos de las personas y de los hogares. Los efectos operan de manera diferenciada a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.

La pérdida del empleo es uno de los primeros efectos que ha traído la situación de confinamiento (imagen 4). El impacto puede ser particularmente significativo para los trabajadores migrantes. Es común que se desempeñen en ocupaciones informales o en emprendimientos pequeños, con una base económica inestable y en ocasiones no es suficiente para mitigar las dificultades adquisitivas. Hay suspensión de las actividades generadoras de ingresos, asociado a ausencia de seguridad social, en especial los que presentan una situación migratoria irregular²⁷.

²⁷Ronal F. Rodríguez. Las migraciones en el contexto colombo-venezolano. Observatorio de Venezuela de la Facultad de Ciencia Política, Gobierno y Relaciones Internacionales de la Universidad del Rosario. 2019;(2):1. <https://lasillavacia.com/silla-llena/red-social/las-migraciones-contexto-colombo-venezolano-71279>.

CONSIDERA USTED QUE POR SU CONDICIÓN DE MIGRANTE DURANTE EL ÚLTIMO MES HA SIDO AFECTADO POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

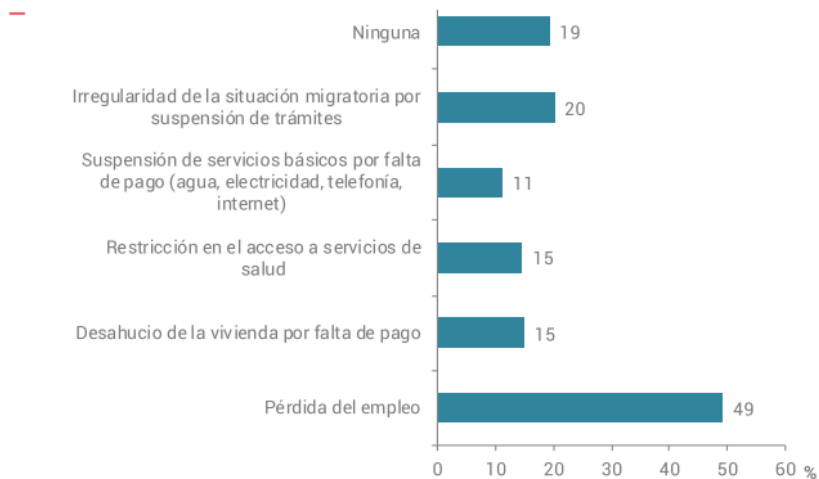


Imagen 4: tomada de 1. Mazuera R, Situación de migrantes venezolanos recientes en contexto del COVID-19

En una muestra estudiada de migrantes venezolanos, el 42% reportó que perdió su empleo. Entre estos últimos meses la situación más común fue la permanencia en casa sin laborar (22%). Alrededor de la mitad de los migrantes encuestados son personas que forman parte de un núcleo familiar propio (54%), la mayoría de las veces con hijos (31%), 9 de cada 10 declaró que sus ingresos por trabajo han disminuido durante el último mes.

A nivel nacional aumentó la atención en servicios de salud de personas en proceso de migración procedente de Venezuela. De 1.475 casos en 2015 a 131.958 en 2018, y en enero de 2019, en comparación con enero de 2018, tuvo un incremento de 375% (Migración Colombia, 2019). Asimismo, según Migración Colombia, para marzo 2018, en el sector educativo se han matriculado 35.000 niños y adolescentes venezolanos. La demanda estudiantil que seguirá creciendo, teniendo en cuenta que hay al menos 83.000 niños y adolescentes migrantes que aún se encuentran fuera del sistema (RAMV, 2018).²⁸

²⁸. Ronal F. Rodríguez. Las migraciones en el contexto colombo-venezolano. Observatorio de Venezuela de la Facultad de Ciencia Política, Gobierno y Relaciones Internacionales de la Universidad del Rosario. 2019;(2):1. <https://lasillavacia.com/silla-llena/red-social/las-migraciones-contexto-colombo-venezolano-71279>.

3.3 Concepto de vulnerabilidad

○

En América Latina buena parte de los países deben encarar la lucha contra el COVID-19 en contextos nacionales muy vulnerables debido, entre otros factores, a la baja intensidad del crecimiento económico, las debilidades en sus sistemas de salud, las precariedades del mercado de trabajo, y la situación de pobreza y desigualdad social.

La vulnerabilidad son condiciones de los individuos o colectivos, que limitan su capacidad de evitar un serio daño en una situación. Tiene una diferenciación entre la susceptibilidad de ser afectado seriamente por una situación específica, o ser vulnerable a estar en una situación específica que lo pueda afectar seriamente. En el primer caso, los umbrales se determinan en gran medida por las probabilidades de ser afectado por una situación presente y en algunos casos inevitable, la intensidad, la duración, la capacidad de resiliencia; mientras que, en el segundo caso, hay una situación estructural determinada por parámetros éticos normativos que sitúan a la persona en condición de mayor riesgo.

Las mediciones de vulnerabilidad no pueden solo sustentarse en la flexibilidad de las personas y grupos sociales para recuperarse de los efectos de una condición. Sin duda, las capacidades individuales y colectivas para mitigar las amenazas y responder rápidamente a un evento de peligro son importantes; sin embargo, no son de manera alguna suficientes para comprender, definir y medir la vulnerabilidad social en relación a los determinantes estructurales.

La integración de los estudios del bienestar, han extrapolado los tipos de causalidad inferidos a partir de sistemas ecológicos, sistemas climáticos y organismos biológicos para explicar la interacción ambiente y sociedad vía el concepto de 'sistemas sociales y ecológicos acoplados'. Reconocer la existencia de un conjunto de 'necesidades universales' indispensables para que cualquier persona tenga una vida digna y se convierten en el parámetro del 'bien fundamental', punto de referencia para evaluar el bienestar, o para medir la intensidad de las condiciones de vulnerabilidad y los efectos dañinos y/o degradantes de una situación específica de crisis para un individuo, hogar o grupo social²⁹.

²⁹ Rivera NR. La definición y medición de la vulnerabilidad social . Un enfoque normativo Defining and measuring social vulnerability . Towards a normative approach. 2012:63-74.

3.4 Derechos en salud y migración

Las políticas en salud promueven el cumplimiento al derecho humano a la salud, y han evolucionado con un enfoque de protección de derechos civiles y políticos, económicos y culturales; y en los últimos años acerca de los derechos de grupos específicos y derechos colectivos.

Los Derechos Humanos son facultades exigibles con los que nacen todas las personas. Son atributos universales que tiene los seres humanos por el hecho de existir y que promueven una vida digna. Los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad cubren a todas las personas. La Constitución indica que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado y que se debe garantizar a todas las personas.

Los extranjeros que se encuentren dentro del territorio nacional disfrutarán de los mismos derechos fundamentales que se conceden a los colombianos. El derecho a la salud debe ser garantizado a todas las personas residentes en el territorio nacional, pues es algo ligado al ser humano. El Estado colombiano ha desarrollado acciones para el acceso a algunos servicios de salud en la situación actual de migración, las cuales i) viabilizan la atención de urgencias para el caso de los inmigrantes en situación irregular, ii) permiten acceder al aseguramiento de una parte de esta población de acuerdo con su estatus migratorio y iii) fortalecen la gestión de la salud pública en las entidades territoriales más afectadas.

En la teoría de los derechos de acceso propuesta por Amartya Sen, en las condiciones en las que los grupos sociales tienen acceso diferenciado a recursos, se han investigado aspectos como los derechos de propiedad, la organización de los modos de vida y la fortaleza de las redes sociales y de los mecanismos de protección social para determinar la susceptibilidad a determinados tipos de amenazas y la intensidad con la cual los desastres impactan en la capacidad del hogar para alcanzar parámetros de bienestar.

En el marco de una ley migratoria se debe revisar el acceso a derechos de salud, educación y trabajo, para la población con necesidades de protección. La población migrante irregular, requiere un abordaje desde las atenciones individuales y esto debe tener como referencia una priorización de las condiciones o situaciones de estas personas. En este sentido, deben tenerse en cuenta las orientaciones al momento de proponer proyectos o estrategias con recursos del sector o de otros sectores u organismos de cooperación.

El fortalecimiento a las atenciones e intervenciones en salud se refiere a las acciones que deben ponerse en marcha para favorecer la atención en salud de la población migrante a través de atenciones individuales e intervenciones colectivas y poblacionales. Reconociendo las particularidades de los sujetos en relación a su situación migratoria y entendiendo que la regularización es un factor fundamental para avanzar en la garantía del derecho a la salud de estas poblaciones.

El derecho a la salud de los niños en Colombia, se reconoce como derecho fundamental y estos derechos prevalecen sobre los de los demás. Al respecto todo niño menor de un año que no tenga algún tipo de aseguramiento en salud, tiene derecho a ser atendido de forma gratuita en las instituciones de salud que reciben aportes del Estado ^{30 31. 32.}

No basta con el reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y jóvenes (titulares de derechos), si al mismo tiempo no se fortalece su potencial humano para actuar en el mundo (capacidades) y no se crean las condiciones para que pueda darse el ejercicio de los derechos y el despliegue de sus potencialidades (oportunidades).

³⁰ 1. Ronal F. Rodríguez. Las migraciones en el contexto colombo-venezolano. Observatorio de Venezuela de la Facultad de Ciencia Política, Gobierno y Relaciones Internacionales de la Universidad del Rosario. 2019;(2):1. <https://lasillavacia.com/silla-llena/red-social/las-migraciones-contexto-colombo-venezolano-71279>.

³¹ Fundación Panamericana para el desarrollo- FUPAD, Organización de los Estados Americanos-OEA, Equipo redactor grupo de investigación en Derechos Humanos: (2019, December). EL ACCESO A LOS DERECHOS DE LOS MIGRANTES EN COLOMBIA. Cartilla práctica e informativa. [migravenezuela.com. https://s3.amazonaws.com/semanaruralvzla/documentos/1575586667_fupadcartilladerechospdf](https://s3.amazonaws.com/semanaruralvzla/documentos/1575586667_fupadcartilladerechospdf)

³² (OIM). organización internacional para las migraciones. *Informe Sobre Las Migraciones En El Mundo 2020.*; 2019. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf.

4. Sistematización de una experiencia académica: planeación y ejecución de la consulta de promoción y mantenimiento de la salud mediante telemedicina

4.1 El punto de partida, la experiencia: planeación y ejecución de tele consultas

La experiencia académica fue la construcción y ejecución de un protocolo para la atención de la promoción y mantenimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes que asisten a un centro de atención transitoria para familias en condición de mendicidad o riesgo de la misma. Las consultas fueron realizadas de forma no presencial, a través de una pantalla gracias a las tecnologías de la información y la comunicación. Se valoraron recién nacidos, lactantes, preescolares, escolares y adolescentes, durante los meses de abril, mayo y junio de 2020, dos días a la semana, con un promedio de 3 familias por semana.

La experiencia se da en un espacio promovido por el Departamento de Pediatría de la Universidad Nacional de Colombia y el grupo de Curso de Vida del área de promoción y prevención del Ministerio de Salud, en el contexto temporal del confinamiento durante el primer pico de la pandemia por COVID 19.

4.2 ¿Para qué sistematizar?

El objetivo es comprender a través de la sistematización de la experiencia los alcances de la telemedicina como herramienta en la atención para la promoción y mantenimiento de la salud de un centro de atención y cuidado infantil de niños en condición de mendicidad o riesgo de la misma.

4.3 ¿Qué experiencia sistematizada?

La experiencia que se quiere sistematizar es el proceso de planificación, ejecución y análisis de una serie de teleconsultas que se realizaron a niños, niñas y adolescentes en un centro de atención transitoria para familias en condición de mendicidad. La sistematización es recuperar, ordenar, precisar y clasificar la información del proceso de planeación y ejecución de las telesconsultas.

Las telesconsultas fueron una serie de atenciones para la valoración del estado de salud de los niños, conocer sus entornos y poder dar orientación en salud al cuidador para promover, mantener y reestablecer la salud. La consulta fue a través de una pantalla, en tiempo real, conectados desde la institución de cuidado con el cuidador, los niños, niñas y adolescentes de cada familia y un profesional del cuidado infantil de la institución.

4.4 ¿Qué aspectos centrales nos interesan más?

- Describir la experiencia de planificar y ejecutar las consultas de promoción y mantenimiento de la salud en un centro de atención transitoria por medio de la teleconsulta
- Describir una percepción desde la práctica médica del pediatra (praxis), sobre la atención de los niños de un centro de atención transitoria
- Describir una percepción desde los determinantes sociales y la vulnerabilidad, sobre el contexto de migración no regular, mendicidad, y confinamiento.

4.5 ¿Qué fuentes de información?

- La narrativa sobre el proceso del planeación y ejecución de las telesconsultas permite recuperar, ordenar, precisar y clasificar la experiencia académica, para captar la complejidad y la dinámica del proceso, y vincular la práctica y la teoría, dentro de una praxis científica y que esta experiencia enriquezca la adquisición de conocimiento.
- Marco teórico de las categorías de análisis, telemedicina como herramienta en la atención en salud, la atención para la promoción y mantenimiento de la salud para gestionar el cuidado, y la relación derechos - salud en la población en proceso de migración.
- Presentaciones de avances durante la ejecución de las telesconsultas con el grupo de estudio de la Universidad.

4.6 La recuperación del proceso vivido • Reconstrucción narrativa de la experiencia. Ordena y clasifica la información.

La reconstrucción de experiencia está ordenada en tres momentos, antes, durante y después de las teles consultas.

a. Antes de la consulta:

i. Presentación y planificación

- La tele consulta: propósito, población y telemedicina

La tele consulta de promoción y mantenimiento de la salud está basada en los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, resolución 3280 de 2018 del ministerio de salud y protección social; y la resolución 2654 del 2019 del ministerio de salud y protección social, sobre las disposiciones para la tele salud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país y el desarrollo del marco teórico sobre telemedicina.

La tele consulta es una atención no presencial para la valoración del estado de salud de un niño, en tiempo real, a través de un sistema de audio y video, interconectados desde la institución de cuidado, y donde se establece una relación comunicativa por medio de una pantalla. La organización de la tele consulta se consolida en un protocolo de atención para la población del centro de cuidado.

- Propósito de la tele consulta: conocer para orientar

El propósito de la tele consulta es orientar al cuidador sobre la salud y el cuidado (tele orientación), basados en “conocer al niño, sus entornos y prioridades”; y que esta información sirviera para transformarla en prácticas específicas para el cuidado, gestionadas por la familia o la institución, y que buscaran prevenir, promover, mantener, o restablecer la salud, reconociendo e informando las limitaciones del proceso diagnóstico y terapéutico que da una consulta a distancia.

- Población e institución

El centro de atención transitorio para niños, niñas y adolescentes, y sus familias quienes se encuentran en condición de mendicidad o riesgo de la misma en la ciudad de Bogotá. El propósito

de la institución de cuidado es acompañar y apoyar el proceso de reintegración social de las familias, y al mismo tiempo mitigar los impactos inaplazables. Ofrece atención todos los días de la semana, en jornada continua 12 horas, donde cubren el 100% del requerimiento nutricional diario, además de otros beneficios de apoyo y vínculo a redes externas. Tiene capacidad para atender a más de 70 niños cada día, aunque en las primeras semanas de la pandemia la asistencia era de menos de 30 niños. Nace de la necesidad de protección a una población específica, casi en su totalidad en tránsito migratorio. La institución inicia atención en el 2019 en respuesta al aumento de niños, niñas y adolescentes en mendicidad, la mayoría en proceso de migración procedente de Venezuela. Atiende primaria infancia, infancia y adolescencia desde los 3 meses hasta los 13 años. Está estructurado por grupos de edad en un modelo circular en el cual los niños y niñas rotan por diferentes áreas pedagógicas que propician el desarrollo de sus habilidades. Son entornos de cuidado donde se promueve el desarrollo integral, físico-corporal, social-participativo, emocional-afectivo, lingüístico-comunicativo, cognitivo, espiritual o trascendente y ético-moral. Además, se promueve la convivencia, las relaciones y experiencias que construyen competencias y destrezas necesarias para participar en la sociedad, y ejercer una ciudadanía cordial, lograr sensibilidad, empatía cultural y sentido de pertenencia. Todo con el acompañamiento del personal profesional de cuidado y educación de la institución que abarca las áreas de psicología, pedagogía infantil, trabajo social entre otras. La comunicación e interacción de los profesionales de cuidado con los niños es diaria. Su experiencia y conocimiento del niño tiene un componente académico y se convierte en un validador de información en temas de aprendizaje, desarrollo y comportamiento. Aporta datos de una dimensión relacional, su adaptabilidad social con pares y adultos, participación en el entorno comunitario, comportamiento y aprendizaje.

ii. Construcción de protocolo

El protocolo para la atención de pacientes mediante la tele consulta se basó en la resolución 2654 del 2019 del ministerio de salud y protección social, sobre las disposiciones para la tele salud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país, y en los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, resolución 3280 de 2018 del ministerio de salud y protección social.

El ejercicio de elaborar un protocolo permitió planificar la tele-atención de la población en cuestión, con el objetivo de cumplir el propósito de conocer al niño y sus entornos para orientar en salud. La construcción del protocolo de tele consulta se describe en tres procesos, antes (planificación de la tele consulta), durante (ejecución de las teles consultas) y posterior a la ejecución de las teles consultas (análisis del proceso y ajuste).

Planificar la tele consulta: proceso de construcción de un protocolo y las herramientas necesarias para ejecutar una consulta de promoción y mantenimiento de la salud de pacientes mediante la telemedicina. El plan comienza con la delimitación de los objetivos para formar un propósito, tomando en cuenta a la población específica (niños, niñas, adolescentes con familia en condición de migración no regular y mendicidad), el canal de comunicación (tele consulta) y el mensaje (promoción y mantenimiento de la salud). La metodología para la elaboración del protocolo se estableció mediante la construcción de herramientas secuenciales que permitieran conocer metódicamente la salud de los niños y su entorno, y una estrategia comunicativa para orientar en salud.

El desarrollo de marco teórico ayudó a establecer los principios del proceso (propósito de la tele consulta, los objetivos específicos, los resultados esperados en la población, las acciones específicas, la educación en salud) y metodologías para elaborar el protocolo (desarrollo de herramientas). Se estableció entonces el objetivo general de la consulta y es el de orientar al cuidador sobre salud y cuidado, basados en el proceso de “conocer al niño, sus entornos y establecer prioridades”.

El primer objetivo específico de la consulta es por lo tanto conocer al niño y sus entornos. Las herramientas para el cumplimiento del objetivo son la entrevista clínica y la actividad dirigida (escenario con juegos, mesas, sillas, elementos para dibujar y armar que fue construido para tal fin). La entrevista medica es una consulta general de salud donde se explora la percepción de salud que tiene el cuidador del niño, la situación actual de salud, antecedentes, estado vacunal, nutricional y se explora las dimensiones de familia, comportamiento y salud mental, y determinantes sociales de salud en relación a la vivienda, seguridad alimentaria y capacidad de cuidado. La actividad dirigida es una herramienta de valoración de la acción participativa del niño en diferentes actividades lúdicas disponibles. La actividad dirigida es acompañada por el profesional de cuidado de la institución. Tiene el objetivo de validar datos y valorar dimensiones como el desarrollo psicomotor, psicosocial y cognitivo a partir de datos suministrados por el niño durante las actividades.

El segundo objetivo específico es orientar en salud, tras el análisis de la información suministrada durante la entrevista médica y la actividad dirigida. Los resultados esperados de las acciones de orientación y educación en salud es que esa información pueda ser trasformada en prácticas para la gestión de la salud del niño. Se construyó una estrategia comunicativa que lograra transformar el análisis de los datos sobre la salud del niño y sus entornos, en información efectiva para orientar en salud. Dentro del protocolo la recapitulación y el proceso de orientación persiguen el cumplimiento del objetivo. La recapitulación es el proceso donde se hace un resumen priorizado de datos a través de una conversación con el cuidador sobre la percepción de salud construida en conjunto, sobre proceso de la entrevista y la actividad libre, la descripción de la relación del niño y los entornos

familiares e institucional, y se motiva a un proceso reflexivo de 15 minutos con las cámaras cerradas donde se escribe los puntos identificados durante la recapitulación y las dudas y preguntas. Además, se hace una reconstrucción histórica del proceso de migración de la familia y los cambios en estructura familiar.

Previa instalación técnica en la institución (cámara, micrófono, sonido, red de internet, plan de conexión y escenario) y capacitación presencial (presentación del protocolo, toma de medidas antropométricas, introducción al consentimiento informado), se organizó un calendario de citas durante las primeras semanas de la pandemia a través de telemedicina. El escenario desde la institución se construyó para favorecer la entrevista con el cuidador y el niño; y la participación del niño en actividades dirigidas (dibujo, armar, actividades con pelotas).

b. Ejecución de la tele consultas: Preparación, presentación, entrevista médica al cuidador y el niño, actividad libre juego y participación del niño, recapitulación y proceso de orientación

La ejecución de la tele consulta que tiene seis etapas la preparación, la presentación, la entrevista al cuidador y el niño, actividad libre juego y participación del niño, recapitulación y proceso de orientación.

Preparación:

Involucraba el proceso sistemático de verificar el funcionamiento y organización de los sistemas de información (escalas y formatos, historia clínica), y redes de comunicación (internet, audio y video, plataforma de comunicación). Se verifica el adecuado funcionamiento del audio, el video, la red, la conectividad, y las herramientas clínicas a utilizar, favoreciendo la optimización del tiempo de la consulta.

Presentación:

Se identifican los participantes y se establecen los roles. El proceso de información y resolución de dudas, se materializó con la firma del formato del consentimiento informado que contenía los datos del proceso a realizar en la consulta, la duración de la consulta, las características de la misma, las limitaciones en el proceso de diagnóstico y terapéutico y el manejo de datos.

Se establece comunicación por audio y video en tiempo real con el centro de atención y cuidado. Se adaptó en un salón del centro de atención un escenario de consulta dinámica. En la pantalla, en un primer plano el cuidador y el niño, niña o adolescente; en el regazo del cuidador, los más pequeños, y en su propia silla los escolares y adolescentes. En segundo plano, al fondo del salón, se adaptó un escenario que generaba datos clínicos importantes, unas sillas, dos mesas, dibujos, colores, hojas de papel, juguetes, pelotas y la posibilidad de interactuar entre hermanos bajo la guía del profesional del cuidado.

Entrevista médica:

Se utilizaron herramientas médicas como la historia clínica que se construye como ruta de acción durante gran parte de la tele consulta, ya que favorece la exploración sistemática de las diferentes dimensiones que van a ser evaluadas. Las dimensiones objeto de exploración son la corporal, psicosocial, cognitiva y emocional. Durante el proceso se busca conocer al niño y su relación en los diferentes ambientes donde se desenvuelve, en la casa y con la familia, en el centro de atención y sus compañeros, y durante la tele consulta.

La historia clínica comienza con la percepción de salud que tiene el cuidador de niño, y las preguntas o preocupaciones que tiene sobre su desarrollo. La percepción del cuidador sobre la salud del niño acompaña la búsqueda de datos necesarios para soportar la valoración general sobre el estado de salud del niño y una exploración sistemáticas de sus entornos, priorizando según las preocupaciones del cuidador. El curso de la consulta podría cambiar según antecedentes como enfermedades crónicas o agudas, o preocupaciones puntuales como vacunación incompleta o caries dentales.

Posterior al verbalizar la percepción de salud, continua la exploración de las diferentes dimensiones y entornos con la anamnesis alimentaria y la valoración antropométrica, estado de vacunación, salud oral, anamnesis de estructura y función familiar, anamnesis de salud mental y comportamiento en los entornos, anamnesis cognitiva y escolaridad (audición VALE, anamnesis visual, aprendizaje, lenguaje, neurodesarrollo), anamnesis sobre proceso migratorio y capacidad de cuidado (salud del cuidador).

Las dimensiones establecidas en la historia clínica fueron la ruta de exploración para soportar la percepción conjunta del estado de salud del niño y la relación con sus entornos. La Anamnesis y valoración nutricional se realiza con la anamnesis alimentaria y la interpretación de los índices antropométricos según la edad tomando como referencia las curvas de crecimiento de la OMS. Las medidas fueron tomadas por el personal de la institución que fueron previamente capacitados para la toma de las mismas, además de la verificación de los instrumentos de medida. La anamnesis

alimentaria también parte de la percepción sobre una alimentación adecuada, y se revisa según la edad, el tipo de alimentos que recibe, frecuencia y calendario, los lugares donde recibe los alimentos, antecedentes nutricionales (peso, talla nacer, lactancia materna), el apetito, preferencias (estrategias para consumo de frutas y verduras), consumo de proteínas, salud oral (habito de cepillado, caries o antecedentes de caries, últimas cita odontología), revisión de síntomas sobre estreñimiento y actividad física (juegos y participación, frecuencia y duración, deportes, tiempo pantalla).

La exploración de la dimensión y entorno familiar parte de la narrativa histórica del cuidador sobre el tránsito migratorio del niño para establecer su estructura y función. Los datos de interés que se priorizaron estaban en la historia clínica para dirigir el discurso. La exploración del ciclo migratorio inicia con la edad y lugar de nacimiento del niño, niña o adolescente. Además de la composición del núcleo familiar al nacimiento y la descripción del actual. El tiempo en territorio colombiano, si el nacimiento no es en Colombia, la ruta de migración desde la frontera. Posteriormente se intenta determinar la capacidad de adaptabilidad de la familia actual y las redes de apoyo disponibles, se tomó la herramienta del APGAR familiar para explorar de la función, estructura y redes de apoyo de la familia. La herramienta sirvió como guía para dirigir la entrevista, ya que no se realizaron las mismas preguntas por la dificultad del canal comunicativo y la dificultad ejecutiva que representa el desarrollo de texto. El objetivo no era cuantificar la funcionalidad de la familia, sino darle herramientas a la entrevista para vincular la experiencia narrativa a un proceso comunicativo de revelación.

La perspectiva del cuidador es fundamental para construir una idea sobre la capacidad de cuidado y asignar responsabilidades compartidas en la familia como gestores de la salud del niño. En ese sentido el gestor directo de la salud del niño es el cuidador principal, y por lo tanto uno de los datos significativos sobre el proceso de salud familiar, es el bienestar del cuidador. Indagar sobre el bienestar físico y mental del cuidador permite apertura de la entrevista, profundidad del contexto, determinantes para cualificar la capacidad de cuidado y la identificación de acciones específicas hacia el cuidador principal.

La herramienta ejecutiva en la exploración de la salud mental para el cuidador y el paciente fue la mhGAP, que permitió dirigir la entrevista. Se identificó la necesidad de valorar al cuidador principal ante las situaciones referenciadas por los cuidadores durante los primeros encuentros. La elección de la herramienta mhGAP, se propone como respuesta a esta situación emergente de síntomas auto referenciados de los cuidadores. Es un componente conceptual en la valoración, y una herramienta ejecutiva para autogestión de la salud mental, la contención inicial y referenciación a servicios externos de salud mental.

Actividad dirigida:

La actividad dirigida es un espacio que tiene como objetivo el de construir datos nuevos y validar los de la entrevista. La fuente generadora de información es directamente el niño. El espacio destinado a la tele consultas se adecuó para promover la participación del niño en actividades como el dibujo, armar legos, jugar roles con animales o carros. El profesional de cuidado de la institución acompañó el proceso y era el interlocutor del niño durante el juego.

Durante el encuentro, generalmente al momento de profundizar en la entrevista con el cuidador, el niño, niña o adolescente se motivaba para participar en alguna actividad en una mesa dispuesta con colores, dibujos, legos, juguetes y pelotas. En el encuadre de la pantalla, una la mesa al fondo permitía observar en segundo plano toda la actividad dirigida mientras la entrevista continuaba. El profesional de cuidado acompaña en todo el momento la actividad del niño, motivando según la edad y las preferencias por actividades. Según la edad y la voluntad de participación se motivaba a realizar el dibujo de la figura humana y su información complementaba la valoración de la esfera cognitiva. Se solicitó realizar algunas actividades de la escala abreviada del desarrollo 3 para sustentar la percepción ante hallazgos clínicos o preocupaciones específicos del cuidador, en diferentes áreas del desarrollo en cuanto a la motricidad, la comunicación y/o el comportamiento.

Recapitulación: es un momento que hacemos pausa a la consulta, cerramos cámara y se motiva a pensar sobre el proceso desarrollado hasta ese momento y poderlo verbalizar. Se motiva a construir un discurso sobre la percepción de salud y el rol de gestor de salud del niño, tomando en cuenta las preocupaciones en salud y los hallazgos de las exploraciones durante la entrevista y la actividad dirigida con el niño. El objetivo de la recapitulación es promover la participación del cuidador en el proceso de análisis tras una reflexión de la experiencia. Sirve para agrupar datos y poder priorizar situaciones de salud según cada caso, al mismo tiempo que ejercer una conciencia de gestor de salud para promover la realización de las acciones pactadas al finalizar la consulta.

Orientación:

Las estrategias comunicativas fueron indispensables en cada una de las etapas de la tele consulta para la etapa final de orientación. La priorización de los hallazgos parte de las percepciones del cuidador y de los hallazgos en la exploración de la salud del niño y sus entornos. La orientación se basa en el reconocimiento de derechos en salud y su aplicabilidad en el territorio colombiano. Acceso a los servicios de urgencias, vacunación y servicios de asistencia social, pero dificultades al acceso de servicios de odontología, consulta externa, medicamentos u otros servicios de salud.

Se prioriza los eventos significativos en la salud partiendo del resultado del proceso de recapitulación. Se estructura información para orientar en la ejecución específica de acciones

encaminadas a promover, mantener y restaurar la salud. Para el trabajo de comunicación en salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambios. Desde una perspectiva ecológica los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles (por factores individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas) y son de causalidad recíproca con su entorno (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

c. Después de las consultas: retroalimentación y adaptaciones

Posterior al inicio de las consultas, se realizaron tres encuentros con el grupo de estudio para mostrar el proceso, discutir las situaciones emergentes y proponer acciones para abordarlas. Se ejecutó un pilotaje de dos semanas que consistió en la ejecución de un protocolo inicial. Posteriormente fue modificado para promover un abordaje priorizado a algunos asuntos que estaban repercutiendo en la salud y el cuidado familiar, y que se fueron evidentes posterior a realizar las consultas de las primeras dos semanas. Se realizó un primer encuentro con el grupo académico donde se presentó el proceso de planeación y la experiencia de la ejecución de las primeras consultas. Se identificaron algunas dificultades con el registro de los datos durante la entrevista, y se propuso un acompañamiento para la digitación y una construcción de una base de datos. Otra situación emergente fue la afectación de la esfera mental del cuidador principal, se propuso la ejecución de la herramienta mhGAP para tamizar salud mental en el cuidador y el niño.

5. Conclusiones

El proceso de sistematización de la elaboración y ejecución de las tele consultas, desde la práctica pediátrica, permitió reconocer categorías de análisis en relación al objetivo de determinar el alcance de la telemedicina en la consulta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, partiendo de tres ejes temáticos; la telemedicina como herramienta en la atención de los sistemas de salud, La categoría de análisis sobre la atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la promoción del cuidado familiar, y la relación derechos - salud en la población en proceso de migración.

La categoría de análisis sobre el marco de la telemedicina como herramienta en la atención en los servicios de salud a distancia, se orientó hacia la base de un dilema sobre el papel de la telemedicina no como servicio aislado, sino como parte de una red integrada de servicios y gestionada dentro de un sistema de salud que debe garantizar otros servicios para el cumplimiento de un abordaje integral, incluyendo acciones de carácter presencial. La telemedicina es una modalidad novedosa que da respuesta a los retos en la atención de la población en el siglo XXI, sin embargo, es importante vincular la atención de los pacientes, a una red de prestación de servicios externa para complementar la atención con acciones presenciales, como dispensación de medicamentos, vacunación, tamizaje visual, entre otros.

La habilitación de los servicios de telemedicina es indispensable para una atención de calidad cumpliendo los estándares de confidencialidad y manejo de datos. La habilitación de los servicios de telemedicina tiene requerimientos para favorecer una atención adecuada en cuanto a una conectividad y comunicación efectiva, una historia clínica y formatos sistematizados a los que el paciente tenga acceso, el manejo confidencial de datos, un sistema digital para formulación de medicamentos y otros servicios disponibles en los planes de atención en salud.

La categoría de análisis sobre la atención para la promoción y mantenimiento de la salud, y la promoción del cuidado familiar, se orientó hacia “la educación en salud como acción específica en la atención para la promoción y mantenimiento de la salud” y se identificaron habilidades ejecutivas indispensable para una comunicación efectiva través de telemedicina. La consulta de promoción y mantenimiento de la salud es una estrategia individual que promueve la salud a través de la educación en salud como acción específica en la atención de pacientes. La educación en salud busca orientar hacia la gestión familiar del cuidado sistémico del niño y transmitir información pertinente para promover, mantener y/o recuperar la salud. Las variables comunicativas que construyen la relación entre paciente - cuidador - profesional de la salud, se establece a través de una pantalla y por lo tanto tienen particularidades al momento de explorar datos y transmitir

información. La relación médico paciente se construyó a partir de un objetivo mutuo de explorar datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para recibir orientación para la gestión de la salud del niño y aumentar la probabilidad que esta información pueda ser convertida en prácticas y acciones puntuales con el objetivo de intervenir y modificar los riesgos en salud y cómo promoverla y mantenerla.

La categoría de análisis sobre la relación derechos - salud en la población en proceso de migración, parte de la revisión de la situación de salud de la población migrante durante la pandemia. La emergencia sanitaria por la enfermedad COVID-19 y el aislamiento social obligatorio han tenido repercusiones en diferentes ámbitos de la vida de todas las personas y ha generado un impacto en las dinámicas familiares y sociales³³. El confinamiento social ha sido una estrategia de contención durante la pandemia, pero ha tenido repercusiones económicas que afectan considerablemente las dinámicas sociales y tiene repercusiones significativas en el proceso de integración social de las familias migrantes, en especial cuando no tienen una condición diplomática regular, ya que tienen dificultades para el acceso a servicios de asistencia social, inestabilidad laboral, menor ingreso económico por familia y dificultades en el acceso a servicios de salud.³⁴ Las personas y familias con algún grado de vulnerabilidad previo, y menos capacidad adaptativa, pueden profundizar y aumentar el grado de necesidades básicas insatisfechas en el tiempo de confinamiento. En la salud, estas condiciones de vulnerabilidad estructural modulan negativamente la expresión de salud de las personas, y ponen en riesgo el curso normal del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes³⁵.

Los niños, niñas y adolescentes que pertenecen a una familia en condición de migración pueden presentar condiciones que modifique negativamente su salud y desarrollo. Si presentan situaciones de vulnerabilidad estructural adicionales, derivado del tránsito migratorio como inseguridad física y alimentaria, dificultad para el acceso a servicios de salud, ausencia de vivienda y saneamiento básico, pueden aumentar la probabilidad que estas situaciones generan efectos negativos en la salud, y lleve consigo consecuencias irremediables del curso normal del desarrollo de una generación de niños. Estas condiciones pueden modificar la capacidad adaptativa del grupo familiar y puede representar dificultades en la integración social, repercutiendo en la salud física y mental de los cuidadores y niños. Derivado del efecto de largos desplazamientos, movimientos forzosos y extenuantes, la separación de familiares y amigos, el riesgo de discriminación, explotación o

³³ 1. Holmes EA, Connor RCO, Perry VH, et al. Position Paper Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic : a call for action for mental health science. 2020;0366(20):1-14.

³⁴ 1. Abreu A, Castro-olivo S, Ura SK. Understanding the role of acculturative stress on refugee youth mental health : A systematic review and ecological approach to assessment and intervention. 2019. doi:10.1177/0143034318822688

³⁵ 1. Rivera NR. La definición y medición de la vulnerabilidad social . Un enfoque normativo Defining and measuring social vulnerability . Towards a normative approach. 2012:63-74.

violencia, la población de migrantes tiene mayor riesgo en salud y seguridad. Esto es particularmente importante y expresa de forma inequitativa en las mujeres y niños en condición de migración irregular. Por su alto valor social estos grupos poblacionales requieren asistencia social del estado, pero en muchos casos esta asistencia se ve limitado por el estado migratorio irregular.

Los desafíos para la integración social de la población migrante irregular buscan disminuir el impacto de los condicionantes diplomáticos que no permiten el acceso universal a servicios básicos y de asistencia social. En términos de salud, los desafíos de la atención de población migrante buscan mitigar los efectos de las condiciones adversas en las que viven en proceso de migración, así como impacto del aumento de la demanda de servicios de una población que debe tener un enfoque diferencial. Las instituciones de cuidado son unidades de atención social que tienen como objetivo atenuar las consecuencias de condiciones sociales que pueden repercutir en el desarrollo a largo plazo de los niños. Promueve el relacionamiento con pares en un entorno seguro y que estimula el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo. Son instituciones de apoyo y acompañamiento a población vulnerable, y gestiona recursos externos para promover la integración social durante el periodo de migración. Proporcionan apoyo en el cuidado de niñas niños y adolescentes de familias que no están en condición óptima para ejercer el cuidado apropiado. Las instituciones de asistencia social pueden intervenir en algunas vulnerabilidades como la seguridad alimentaria, pero hay vulnerabilidades de difícil intervención como la inseguridad y la gestión de recursos.

Capacidad de cuidado es un concepto que abarca una visión sistémica sobre factores que determinan la posibilidad que un cuidador ejerza adecuadamente su rol de cuidador. Está determinado por las necesidades de cuidado del niño, no es lo mismo los requerimientos de cuidado de un adolescente, que un recién nacido, y no es lo mismo el cuidado de un niño con secuelas neurológicas leves a otro niño con secuelas severas o dependencia funcional total. También es determinado por las características propias del cuidador, la motivación del cuidado que es el vínculo, la salud física y mental de cuidador, la carga de ocupación del cuidador y el acompañamiento del cuidador. Y finalmente las condiciones que rodean al grupo familiar, la capacidad laboral de la familia, el acceso a servicios sociales y de salud, seguridad en los entornos, acceso a los alimentos y recursos básicos.