



Barreras al interior de los servicios de salud en población afrocolombiana con experiencia de movilidad interna*

Barriers within health services for Afro-Colombian population with experience of internal mobility

Barreiras dentro dos serviços de saúde para a população afro-colombiana com experiência de mobilidade interna

Recibido: 26 de enero de 2022. **Aceptado:** 04 de octubre de 2022. **Publicado:** 31 de marzo de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps22.biss>

Keyra Liseth Asprilla Córdoba

Universidad CES-Escuela de Graduados, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2275-2276>

Gino Montenegro Martínez^a

Universidad CES-Escuela de Graduados, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9090-6209>

Andrés Felipe Cubillos Novella.

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2943-3590>

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: gmontenegro@ces.edu.co

Resumen

Introducción: La movilidad humana implica afrontar una serie de cambios relacionados con la inserción laboral, adaptación al contexto sociocultural, estilo de vida y acceso a los servicios de salud y educación, este último aspecto también incide en la población nacional y no es exclusivo de poblaciones migrantes internacionales.

Objetivo: Determinar las barreras al interior de los servicios de salud de la población afrocolombiana con experiencia de movilidad interna desde del departamento del Chocó hacia Medellín y de la población afrocolombiana nacida en esa ciudad.

Metodología: Estudio observacional analítico de corte transversal. Se realizó una encuesta telefónica a 211 personas afrocolombianas en condición de movilidad interna del departamento del Chocó a Medellín y nacidas en Medellín. A partir de ello se llevó a cabo un análisis descriptivo para describir las características sociales y demográficas de la población. Se calcularon razones de prevalencia con IC 95% para indagar la relación entre las características sociales, demográficas y condición de movilidad interna con la presencia o no de barreras para el acceso a los servicios de salud. La técnica multivariante fue un modelo lineal generalizado para variables dependientes categóricas reportando RP con IC 95%.

Resultados: El sexo, la edad y el régimen de afiliación son características que pueden estar asociadas con la presencia de barreras al interior de los servicios de salud. La condición de movilidad interna se relaciona con barreras de tipo geográfico y de continuidad, pero no de manera significativa.

Conclusiones: La población afrocolombiana en condición de movilidad interna y nacida en Medellín experimenta barreras de tipo geográficas, de continuidad y para la entrega completa de medicamentos al interior de los servicios de salud.

Palabras clave: Desigualdad en salud, etnia y salud, grupo étnico, migración interna, prestación de atención de salud, servicios de salud.

Abstract

Introduction: Human mobility implies facing a series of changes related to labor insertion, adaptation to the sociocultural context, lifestyle and access to health and education services, this last aspect also affects the national population and is not exclusive to international migrant populations.

Objective: To determine the barriers within the health services of the Afro-Colombian population with experience of internal mobility from the department of Chocó to Medellín and of the Afro-Colombian population born in that city.

Methodology: Cross-sectional analytical observational study. A telephone survey was made to 211 Afro-Colombian people in condition of internal mobility from the department of Chocó to Medellín and born in Medellín. From this, a descriptive analysis was carried out to describe the social and demographic characteristics of the population. Prevalence ratios with 95% CI were calculated to investigate the relationship between social and demographic characteristics and internal mobility status with the presence or absence of barriers to access to health services. The multivariate technique was a generalized linear model for categorical dependent variables reporting PR with 95% CI.

Results: Sex, age and affiliation regime are characteristics that may be associated with the presence of barriers within the health services. The condition of internal mobility is related to geographical and continuity barriers, but not significantly.

Conclusions: The Afro-Colombian population in condition of internal mobility and born in Medellín experiences barriers of a geographic type, of continuity and for the complete delivery of medicines within the health services.



Barreras al interior de los servicios de salud en población afrocolombiana con experiencia de movilidad interna*

Keywords: health inequality, ethnicity and health, ethnic group, internal migration, health care delivery, health services.

Resumo

Introdução: A mobilidade humana implica enfrentar uma série de mudanças relacionadas à inserção laboral, adaptação ao contexto sociocultural, estilo de vida e acesso a serviços de saúde e educação, este último aspecto também afeta a população nacional e não é exclusivo das populações migrantes internacionais.

Objetivo: Determinar as barreiras dentro dos serviços de saúde da população afro-colombiana com experiência de mobilidade interna desde o departamento de Chocó até Medellín e da população afro-colombiana nascida naquela cidade.

Metodologia: Estudo observacional analítico transversal. Foi realizada uma pesquisa telefônica com 211 afro-colombianos que eram móveis internos do departamento de Chocó para Medellín e nasceram em Medellín. A partir disto, foi realizada uma análise descritiva para descrever as características sociais e demográficas da população. Os índices de prevalência com IC 95% foram calculados para investigar a relação entre as características sociais e demográficas e o status de mobilidade interna com a presença ou ausência de barreiras ao acesso aos serviços de saúde. A técnica multivariada foi um modelo linear generalizado para variáveis categóricas dependentes relatando RP com 95% CI.

Resultados: Sexo, idade e regime de filiação são características que podem estar associadas com a presença de barreiras dentro dos serviços de saúde. O status de mobilidade interna está relacionado a barreiras geográficas e de continuidade, mas não de forma significativa.

Conclusões: A população afro-colombiana com status de mobilidade interna e nascida em Medellín experimenta barreiras de tipo geográfico, continuidade e para a entrega completa de medicamentos dentro dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Desigualdade sanitária, etnia e saúde, grupo étnico, migração interna, prestação de cuidados de saúde, serviços de saúde.

Introducción

La salud de las poblaciones que se mueven en espacios territoriales en la actualidad ha cobrado importancia debido, sobre todo, al aumento de los flujos migratorios, tanto a nivel interno como internacional en el contexto nacional y regional (1). Lo anterior ha puesto de relieve asuntos importantes desde los aspectos político, económico, social y cultural (2) que, aunados a las realidades por el hecho mismo de moverse en espacios territoriales o por las condiciones de vida que encuentran en el lugar de destino, son de interés para la salud pública (3).

Algunos de los escenarios en donde se han realizado estudios migratorios contemplan la: migración internacional y migración interna^[1]. El primero se refiere al movimiento de personas que dejan su país de origen para establecerse temporal o permanentemente en otro; el segundo, a los movimientos poblacionales que emprenden las personas al cambiar de residencia de manera temporal o definitiva a otras ciudades o municipios dentro de un mismo país, con el propósito de establecer una nueva residencia (4). El estudio del fenómeno migratorio puede realizarse desde diferentes teorías, entre ellas, la de los factores de expulsión y atracción, solo por dar un ejemplo (5).

Las condiciones en que se realiza la migración y las circunstancias en el lugar de llegada exponen a las personas a mayores riesgos para la salud, aumentando su vulnerabilidad (6). Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7), la Organización Internacional de Migraciones (OIM) (6) y Naciones Unidas (8) se han referido al propio hecho migratorio como un determinante social de la salud; sin embargo, para el caso de este estudio al centrarse en la movilidad interna aplican otras condiciones relacionadas con la clase social, la etnia, los aspectos culturales y algunas condiciones de vulnerabilidad. Dicha afirmación implica acercarse a la movilidad interna como un fenómeno que podría profundizar aquellas desigualdades sociales que producen la mala salud, tal y como afirma la OMS (7). Una de dichas desigualdades se relaciona con las barreras de acceso a los servicios de salud que experimentan los migrantes en los lugares de destino (9-11).

Las barreras para el acceso a los servicios de salud son las condiciones que impiden o dilatan la utilización de los servicios (12), estas pueden ser resultado de la ubicación y disposición de los servicios de salud ya que, de acuerdo con su lejanía o cercanía, inciden en la capacidad que tienen las personas para acceder oportunamente a los servicios (13). Otras barreras pueden estar relacionados con la inoportunidad al entregar medicamentos, la no autorización de procedimientos (14) y la dilación y/o discontinuidad en la atención en salud (15).

La población colombiana, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), accede a los servicios de salud mediante servicios de urgencia, consulta externa o especializada. Sin embargo, estas no son las únicas vías de acceso. La afiliación al SGSSS es, en principio, un



mecanismo que debería facilitar el acceso a los servicios de salud de la población en el territorio nacional. La afiliación se puede realizar a través del régimen contributivo o subsidiado.

En el primero se encuentran las personas afiliadas a través de contratos de trabajo, los servidores públicos, los pensionados o jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Por su parte, el segundo, el régimen subsidiado, es el mecanismo mediante el cual la población sin capacidad de pago accede a los servicios de salud. Existe además otro grupo de población que se encuentra afiliada al régimen especial, del cual hacen parte los trabajadores o pensionados de las fuerzas militares, la policía nacional, las universidades públicas, el fondo de prestaciones sociales del magisterio y Ecopetrol (16). Finalmente, las poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad, por ejemplo habitantes de calle, desplazados del conflicto armado, colombianos retornados del extranjero entre otros, son afiliados al SGSSS a través del listado censal (17).

En investigaciones previas se ha descrito que las personas afro son las que presentan mayores barreras para el acceso a servicios salud en comparación con personas sin pertinencia étnica (18-21). De acuerdo con Censo Nacional de Población y Vivienda (22) en el indicador de privación de hogares con al menos una persona que se auto reconoce como perteneciente a la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, se presentan más barreras para acceder a los servicios de salud con un 8,9%, en comparación con el resto de la población colombiana que presenta el 6,2%.

Pocos estudios en Colombia han analizado la movilidad interna y las barreras para el acceso a los servicios de salud ante la llegada de poblaciones a contextos donde la mayoría de habitantes corresponde a una condición étnica y racial mestiza (como es el caso de Antioquia). Se carece de datos epidemiológicos que evidencien los principales padecimientos en esta población, esto por la posición de vulnerabilidad social en la que se pueden encontrar en las personas con experiencia de movilidad interna (23). De otro lado, la falta de datos se debe, probablemente, a que es más difícil la estimación del volumen de las poblaciones étnicas y culturales que han realizado procesos de movilidad interna (24).

En este sentido, este trabajo comprenderá las barreras al interior de los servicios de salud de la población afrocolombiana en condición de movilidad interna procedente del Chocó en comparación con aquella población afrocolombiana nacida en Medellín.

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal.

Unidad de análisis

Población afrocolombiana en condición de movilidad interna procedente del Chocó y que al momento de la aplicación de la encuesta se encontraba en Medellín, y aquella población afrocolombiana nacida en el territorio de análisis.

Población de estudio

Se contactó telefónicamente a la totalidad de las personas afrocolombianas que hacían parte de la base de datos de atención de la Gerencia Étnica de la Alcaldía de Medellín^[2], la cual fue entregada a los investigadores el 6 de mayo de 2020 con 1566 registros. Se incluyeron personas mayores de 18 años que aceptaron participar y avalaron el consentimiento informado. Se excluyeron personas con alguna limitación que no les permitiera contestar autónomamente las preguntas contenidas en la encuesta.

Las personas que cumplieron los criterios de inclusión fueron 548 afrocolombianos correspondiente a 392 personas con experiencia de movilidad interna del departamento del Chocó a Medellín y 156 personas nacidas en Medellín. Para este estudio solo se incluyeron 211 personas que efectivamente accedieron al servicio de salud, de las cuales 154 eran población en condición de movilidad interna y 67 personas afrocolombianas nacidas en Medellín.

Instrumento de medición

Se aplicó telefónicamente una encuesta con 45 preguntas, las cuales fueron resultado de la construcción del autor a partir del modelo de Aday y Andersen (12) y de estudios previos sobre barreras de acceso a los servicios de salud (25, 26). Se indagó por las características sociales y demográficas de la población y la presencia o no de barreras geográficas para la entrega de medicamentos, de continuidad y para la autorización de procedimientos.

Para averiguar acerca las barreras geográficas se preguntó por el tiempo de desplazamiento de la persona para acceder al servicio de salud, estableciendo que trayectos mayores a 31 minutos se configuraban como una barrera^[3]. Frente a las barreras por medicamentos, se indagó si las personas recibían o no la totalidad de medicamentos recetados por el profesional de salud. En relación con barreras de continuidad en la atención, se examinó si las personas recibieron una nueva atención en la medida que fuera requerida. Finalmente, para la presencia o no de barreras en la autorización de procedimientos, se preguntó si a los encuestados se les autorizaron o no los procedimientos requeridos por el personal de salud.

Las encuestas fueron realizadas por el primer autor del presente artículo y dos encuestadores preparados y previamente, antes de la realización de una prueba piloto. La prueba piloto se



realizó con el 5% de las 1566 personas que hicieron parte del registro de la base de datos inicial. Esta prueba tuvo como finalidad identificar la claridad en las preguntas y la receptividad de las personas encuestadas. Además, permitió identificar el promedio de minutos en el que se estaba realizando la encuesta: 12 minutos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo orientado a reseñar las características sociales, demográficas y la condición de migración de la población encuestada, para ello se recurrió al cálculo de frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente, se realizó un análisis bivariado con la finalidad de conocer si las variables sociales y demográficas y la condición de movilidad interna se relacionaban con barreras al interior de los servicios de salud indagadas. Para ello se calcularon Chi cuadrado de Pearson y Razones de Prevalencias (RP) con intervalos de confianza al 95%. Para el análisis multivariante se emplearon regresiones lineales generalizadas para variables dependientes categóricas y se reportaron RP con intervalos de confianza al 95%. Todos los análisis se realizaron en el software de uso libre Jamovi versión 1.2.27.0.

Aspectos éticos

La investigación se clasificó como de riesgo mínimo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (27). Este artículo hace parte del trabajo de tesis doctoral titulada “Barreras al acceso a los servicios de salud y estado de salud de afrocolombianos migrantes del departamento del Chocó a Medellín”, aprobada por el Comité de ética en humanos de la Universidad CES, registrada en el acta No. 125 del 8 de agosto de 2018.

Resultados

En total se encuestaron 211 personas que en los últimos seis meses asistieron al servicio de salud, de las cuales 154 son población en condición de movilidad interna desde el departamento del Chocó a Medellín y 67 personas afrocolombianas nacidas en Medellín. Las mujeres representaron el 77,9%, de la población en condición de movilidad interna y el 89,47% en los nacidos en Medellín.

Según el nivel educativo, el 49,6% de las personas en condición de movilidad y el 54,5% de los nacidos en Medellín tienen el bachillerato como el nivel más alto de estudio. De acuerdo con el estado civil, el 66,2% de las personas en condición de movilidad interna y el 59,65% de los nacidos en Medellín no tenían pareja.

Acerca del ciclo de vida, la mayoría de las personas tienen entre 30 y 59 años, de las cuales el 68,1% corresponde a personas en condición de movilidad interna y el 49,1% a los nacidos en Medellín. En relación con la afiliación al sistema de salud, el 94,8% de las personas en condición de movilidad interna y el 92,9% de los nacidos en Medellín estaban afiliados.

Según el régimen de afiliación, el 50,0% de las personas en condición de movilidad interna y el 54,3% de los nacidos en Medellín pertenecen al régimen subsidiado. De acuerdo con la ocupación, el 81,1% de las personas en condición de movilidad interna y el 77,7% de los nacidos en Medellín son empleados.

Finalmente, con relación al tipo de consulta, la mayoría de la población encuestada asistió a consulta externa, lo que corresponde al 80,1% de las personas en condición de movilidad interna y el 82,1% de nacidos en Medellín. ver tabla 1.



Tabla 1 . Características sociales y demográficas de la población afrocolombiana encuestada

Variables	Movilidad interna				p*
	Si		No		
	n	%	n	%	
Sexo (n=211)					
Hombre	34	22,08	6	10,53	0,057
Mujer	120	77,92	51	89,47	
Nivel educativo (n=202)					
Primaria	20	13,61	6	10,91	0,792
Secundaria	73	49,66	30	54,55	
Superior o universitario	54	36,73	19	34,55	
Estado civil (n=211)					
Sin pareja	102	66,23	34	59,65	0,375
Con pareja	52	33,77	23	40,35	
Edad agrupada (n=211)					
60-85	26	16,88	2	3,51	<0,001
30-59	105	68,18	28	49,12	
19-29	23	14,94	27	47,37	
Afiliación sistema (n=211)					
No	8	5,19	4	7,02	0,612
Si	146	94,81	53	92,98	
Régimen de afiliación (n=211)					
No afiliado	8	5,19	4	7,02	0,639
Subsidiado	77	50,00	31	54,39	
Especial	3	1,95	0	0,00	
Contributivo	66	42,86	22	38,60	
Ocupación (n=71)					
Cuenta propia	10	18,87	4	22,22	0,757
Empleado	43	81,13	14	77,78	
Tipo de consulta (n=207)					
Urgencias	30	19,87	10	17,86	0,745
Consulta externa	121	80,13	46	82,14	

*Chi cuadrado de Pearson

elaboración propia

Se analizaron las relaciones entre las barreras al interior de los servicios y las características sociales, demográficas y condición de movilidad interna entre los encuestados. Se encontró que algunas características mostraron una prevalencia superior en las diferentes barreras; sin embargo, dichas relaciones no fueron estadísticamente significativas para todos los casos.

Para el caso de las barreras geográficas las variables de sexo, nivel educativo, edad agrupada y condición de movilidad interna pueden estar asociadas. Los hombres tuvieron un 29% de menor prevalencia de presentar barreras geográficas respecto a las mujeres (RP=0.71; IC95%=0,41-1,21). Las personas con nivel educativo de secundaria tuvieron un 39% de mayor prevalencia de presentar barreras geográficas con respecto a los de nivel educativo universitario o superior (RP= 1,39; IC95% = 0,93 - 2,07). En relación con la edad la prevalencia de barreras geográficas, esta es menor en un 13% para las personas entre los 60 y 85 años en comparación con aquellas entre los 19 y 29 años (RP= 0,87; IC95%=0,48 – 1,59). Finalmente, la condición de movilidad interna aumenta en un 23% la prevalencia de tener barreras geográficas en comparación con los nacidos en Medellín (RP= 1,23; IC95%=0,80 - 1,88) (ver tabla 2).

Para el caso de las barreras por medicamentos, estas pueden estar asociadas con el sexo y la ocupación. Se encontró que para los hombres la prevalencia aumenta en un 8% en comparación con las mujeres (RP= 1,08; IC95%= 1,01 - 1,16). Frente a la ocupación, esta es mayor en un 8% en personas que están por cuenta propia en comparación con las personas que refirieron estar empleadas (RP=1,08; IC95%=1,00 – 1,16) (ver tabla 2).

Para el caso de las barreras por continuidad, las variables de sexo, nivel educativo, edad y condición de movilidad interna pueden estar asociadas. En el caso de los hombres, la prevalencia de barreras de continuidad es mayor en un 11% en comparación con las mujeres (RP= 1,11; IC95%=0,73 - 1,68). Frente al nivel educativo, la prevalencia es 49% mayor en aquellos con formación primaria en comparación con aquellas de nivel universitario o superior (RP= 1,49; IC95%=1,11 - 1,99). Para la edad agrupada, la prevalencia fue mayor en un 61% en aquellos entre los 60 y 85 años en comparación con el grupo de 19 a 29 años (RP=1,61; IC95%=1,03 - 2,50). Finalmente, en el caso de las personas en condición de movilidad interna se presentó una prevalencia 34% mayor en comparación con los nacidos en Medellín para presentar barreras de acceso de continuidad (RP= 1,34; IC 95% = 0,87 - 2,06) (ver tabla 2).

En el caso de las barreras para la autorización de procedimientos, se encontró que la variable de nivel educativo puede estar asociada. En este sentido, las personas con nivel de educación de primaria tienen una prevalencia 17% mayor de presentar este tipo de barreras en comparación con aquellas de nivel superior o universitario (RP= 1,17; IC95% =1,02 - 1,33) (ver tabla 2).



Tabla 2. Aspectos sociales, demográficos y barreras de acceso a los servicios de salud de la población afrocolombiana encuestada

Variable	Barrera geográfica					Barrera medicamentos					Barrera continuidad					Barrera autorización procedimientos								
	Sí		No		p*	RP (IC95%)	Sí		No		p*	RP (IC95%)	Sí		No		p*	RP (IC95%)	Sí		No		p*	RP (IC95%)
n	%	n	%	n			%	n	%	n			%	n	%	n			%	n	%	n		
Sexo (n=211)																								
Masculino	11	14,1	28	21,54	0,18	0,71 (0,41 - 1,21)	39	20,31	1	5,56	0,06	1,08 (1,01 - 1,16)	11	15,94	8	20	0,59	1,11 (0,73 - 1,68)	34	19,32	6	17,65	0,82	0,98 (0,84 - 1,14)
Femenino	67	85,9	102	78,46		1	153	79,69	17	94,44		1	58	84,06	32	80		1	142	80,68	28	82,35		1
Nivel educativo (n=202)																								
Primaria	7	9,21	19	15,45	0,60	0,83 (0,40 - 1,70)	25	13,59	1	5,88	0,58	1,03 (0,93 - 1,14)	13	20,97	1	2,5	0,03	1,49 (1,11 - 1,99)	25	14,97	1	2,94	0,08	1,17 (1,02 - 1,33)
Secundaria	46	60,53	56	45,53	0,09	1,39 (0,93 - 2,07)	91	49,46	11	64,71	0,40	0,95 (0,87 - 1,05)	26	41,94	25	62,5	0,30	0,82 (0,56 - 1,18)	82	49,1	20	58,82	0,76	0,97 (0,84 - 1,12)
Superior o universitario	23	30,26	48	39,02		1	68	36,96	5	29,41		1	23	37,1	14	35		1	60	35,93	13	38,24		1
Estado civil (n=211)																								
Sin pareja	49	62,82	85	65,38	0,70	0,93 (0,65 - 1,33)	124	64,58	11	61,11	0,77	1,01 (0,92 - 1,11)	43	62,32	28	70	0,41	0,88 (0,66 - 1,18)	112	64,74	23	67,65	0,65	0,97 (0,86 - 1,10)
Con pareja	29	37,18	45	34,62		1	68	35,42	7	38,89		1	26	37,68	12	30		1	61	35,26	11	32,35		1
Edad agrupada (n=211)																								
60-85	10	12,82	18	13,85	0,66	0,87 (0,48 - 1,59)	25	13,02	3	16,67	0,92	0,99 (0,84 - 1,16)	17	24,64	2	5	0,02	1,61 (1,03 - 2,50)	26	14,77	2	5,88	0,50	1,05 (0,91 - 1,22)
30-59	48	61,54	83	63,85	0,61	0,89 (0,59 - 1,34)	122	63,54	10	55,56	0,60	1,02 (0,92 - 1,14)	42	60,87	30	75	0,83	1,05 (0,66 - 1,65)	106	60,23	26	76,47	0,22	0,91 (0,79 - 1,04)
19-29	20	25,64	29	22,31		1	45	23,44	5	27,78		1	10	14,49	8	20		1	44	25	6	17,65		1
Afiliación al sistema (n=211)																								
No	4	5,13	8	6,15	0,75	0,88 (0,38 - 2,00)	11	5,73	0	0	0,30	1,10 (1,05 - 1,15)	1	1,45	4	10	0,04	0,36 (0,05 - 1,78)	11	6,25	0	0	0,13	1,21 (1,13 - 1,28)
Sí	74	94,87	122	93,85		1	181	94,27	18	100		1	68	98,55	36	90		1	165	93,75	34	100		1
Régimen de afiliación (n=211)																								
No afiliado	4	5,13	8	6,15	0,72	0,86 (0,37 - 2,00)	11	5,73	0	0	0,34	1,08 (1,02 - 1,15)	1	1,45	4	10	0,02	0,28 (0,04 - 1,65)	11	6,25	0	0	0,16	1,18 (1,08 - 1,29)
Subsidiado	40	51,28	68	52,31	0,81	0,95 (0,66 - 1,37)	97	50,52	11	61,11	0,54	0,97 (0,89 - 1,06)	37	53,62	23	57,5	0,35	0,87 (0,66 - 1,15)	88	50	20	58,82	0,60	0,96 (0,84 - 1,09)
Contributivo y especial	34	43,59	54	41,54		1	84	43,75	7	38,89		1	31	44,93	13	32,5		1	77	43,75	14	41,18		1
Ocupación (n=71)																								
Cuenta propia	2	8,7	12	26,67	0,09	0,36 (0,09 - 1,38)	14	21,21	0	0	0,30	1,08 (1,00 - 1,16)	2	8,7	5	50	0,08	0,35 (0,10 - 1,16)	10	16,95	4	36,36	0,14	0,81 (0,57 - 1,15)
Empleado	21	91,3	33	73,33		1	52	78,79	4	100		1	21	91,3	5	50		1	49	83,05	7	63,64		1
Tipo de consulta (n=207)																								
Urgencias	13	16,88	26	20,47	0,52	0,85 (0,53 - 1,39)	35	18,52	4	23,53	0,61	0,97 (0,86 - 1,09)	17	25,37	8	21,05	0,61	1,09 (0,79 - 1,50)	33	19,08	6	18,18	0,90	1,01 (0,86 - 1,17)
Consulta externa	64	83,12	101	79,53		1						50	74,63	30	37,5		1		130	80,92	27	81,82		
Condición de movilidad (n=208)																								
Con movilidad interna	60	76,92	92	70,77	0,33	1,23 (0,80 - 1,88)	137	71,35	16	88,89	0,11	0,92 (0,86 - 0,99)	57	82,61	28	70	0,13	1,34 (0,87 - 2,06)	128	72,73	25	73,53	0,92	0,99 (0,87 - 1,13)
Sin movilidad interna	18	23,08	38	29,23		1	55	28,65	2	11,11		1	12	17,39	12	30		1	48	27,27	9	26,47		1

*Chi cuadrado de Pearson

Elaboración propia

Luego de realizar los diferentes modelos multivariantes ajustados por las variables de sexo, edad agrupada, nivel educativo y régimen de afiliación, se observó que la condición de movilidad interna reduce de manera significativa en un 10% la frecuencia de tener barreras de acceso a medicamentos (RP ajustado = 0,90; IC95%= 0,83 – 0,97) (ver tabla 3).

De otro lado, se observó que la prevalencia de barreras geográficas fue de un 36% en las personas en condición de movilidad interna (RP ajustado = 1,36; IC95%=0,87 – 2,13), y que la prevalencia de barreras de continuidad también fue mayor en un 29% para las personas en condición de movilidad interna (RP ajustado=1,29; IC95%=0,81-2,07). Sin embargo, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas (ver tabla 3)

Tabla 3. Asociación de las barreras al interior de los servicios de salud y la condición de movilidad de la población afrocolombiana encuestada

Variable	n	%	n	%	<i>p</i>	RP (IC 95%) Crudo	RP (IC 95%) ajustado*	<i>p</i>
Barrera geográfica								
			Si	No				
Con movilidad	60	76,92	92	70,77	<i>0,33</i>	1,23 (0,80 - 1,88)	1,36 (0,87- 2,13)	<i>0,17</i>
Sin movilidad	18	23,08	38	29,23				
Barrera medicamentos								
			Si	No				
Con movilidad	13	71,35	16	88,89	<i>0,11</i>	0,93 (0,86 - 0,99)	0,90 (0,83 – 0,97)	<i>0,04</i>
Sin movilidad	7	28,65	2	11,11				
Barrera continuidad								
			Si	No				
Con movilidad	57	70,00	28	82,61	<i>0,12</i>	1,34 (0,87 - 2,05)	1,29 (0,81 – 2,07)	<i>0,26</i>
Sin movilidad	12	30,00	12	17,39				
Barrera procedimientos								
			Si	No				
Con movilidad	12	72,73	25	73,53	<i>0,92</i>	0,99 (0,87 - 1,13)	1,00 (0,87 – 1,19)	<i>0,96</i>
Sin movilidad	8	27,27	9	26,47				

* Ajustado por sexo, edad agrupada, nivel educativo y régimen de afiliación

elaboración propia

Discusión

Los resultados de esta investigación permitieron evidenciar que la población afrocolombiana en condición de movilidad interna y la población afrocolombiana nacida en Medellín puede experimentar barreras en los servicios de salud de tipo geográfica, de continuidad, para la autorización de procedimientos y para la entrega completa de medicamentos. El sexo, la edad y el régimen de afiliación son características que pueden estar asociadas con la presencia barreras al interior de los servicios de salud.

El lugar de procedencia y la condición de movilidad interna se relaciona con barreras de tipo geográfico, de continuidad y para la autorización de procedimientos, pero no de manera significativa. Para el caso de las barreras por medicamentos, la movilidad interna reduce significativamente la prevalencia de este tipo de barreras en la población encuestada.

Frente al hallazgo de que las barreras al interior de los servicios de salud se experimentan con frecuencia similar tanto para la población en condición de movilidad interna como para los nacidos en Medellín, se precisa la necesidad de ampliar la atención en el abordaje de estudios



que aporten evidencia sobre las desigualdades étnico/raciales en el acceso a los servicios de salud en Colombia. Asimismo, es meritorio explorar las formas de interacción que ocurren entre los diferentes actores del sistema y los grupos sociales que demandan la atención en salud, ya que están mediadas por las características propias del sistema y por los valores, las normas y las representaciones de las personas. En este caso, los grupos de acuerdo con su pertenencia étnica-racial y los actores del sistema (p. ej. profesionales de la salud, administrativos, personal auxiliar, etc.) que, siguiendo sus dinámicas y representaciones propias, entablan interacciones que pueden facilitar, retrasar o minar el acceso oportuno, pertinente, seguro y de calidad a los servicios de salud (28).

Adicionalmente, debe indagarse por los recursos y capacidades de la población, lo cual puede demarcar características distintas en términos demográficos, sociales y culturales; además de las necesidades propias que, dadas dichas características, hacen necesaria la adaptación de los sistemas de salud que permitan dar respuesta a las demandas de atención (15).

Con relación a las barreras de acceso por cuestiones geográficas, se ha descrito que las personas en condición de movilidad interna, de manera regular y dadas las diferentes formas y mecanismos mediante los cuales salen de sus territorios, se asientan en lugares que podrían representar riesgo para mejorar su calidad de vida, por ejemplo guetos, zonas de invasión no urbanizadas etc., lo cual incide en las distancias que deben recorrer para acceder a los servicios. No obstante, la selectividad migratoria juega un papel preponderante, ya que puede conducir rápidamente desde situaciones de nula segregación a otras de aguda segregación (29).

Es probable que la movilidad interna reduzca la prevalencia de barreras por medicamentos, esto no asevera que las personas encuestadas procedentes del departamento del Chocó a Medellín no hayan presentado en algún momento dicha dificultad. Al ser, en su mayoría, personas en edad laboral es probable que tengan mejores condiciones de salud, accedan a una mayor oferta de servicios en salud en comparación con el lugar de procedencia y desarrollen estrategias para preservar su salud, situaciones que inciden en la baja presencia de la barrera. Este hallazgo es coherente y se encuentra soportado en la literatura sobre el efecto de migrante sano, en donde se ha descrito que la dinámica de salud es caracterizada por una ventaja inicial en términos de salud de las personas en condición de movilidad (30, 31).

De otra parte, el contexto migratorio genera procesos adaptativos y recursivos frente al cuidado de la salud, es decir, los afrocolombianos con experiencia de movilidad interna mantienen algunas de las prácticas de cuidado; sin embargo, modifican algunas de estas dado el espacio geográfico y social en el que se desenvuelven (32).

La entrega tardía e incompleta de los medicamentos representa una de las principales razones del gasto de bolsillo de las personas (33) y es reflejo de la deficiente calidad de la atención en salud (34). Es así como el llamado es al establecimiento de estrategias que permitan mejorar el acceso a los medicamentos, lo que redundará en una mejor calidad de los servicios de salud y del bienestar de la población. Una revisión de ellas se puede encontrar en Ledezma y otros (35).

La interrupción de la atención médica y de los tratamientos farmacológicos no solo afectará la gestión y el tratamiento del usuario, sino que también afectará a las familias, los profesionales, las finanzas, las comunidades y otros (36).

La continuidad en la atención, entendida como el grado en que los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (37), es una de las barreras al interior de los servicios de salud en la población encuestada. La no continuidad puede traer efectos no solo para el usuario y el manejo terapéutico de su enfermedad, también tiene efectos a nivel familiar, laboral, económico, social, entre otros, inhabilitándolo no solo a él, sino a su familia (36).

Se ha descrito que la falta de continuidad en la atención es resultado de la estructura o los recursos del desarrollo del sistema en sí mismo (38). Aunado a ello, desde que comenzó la pandemia del COVID-19, los servicios de salud de rutina fueron reorganizados o interrumpidos y muchos dejaron de brindar atención a las personas en tratamiento. Estas interrupciones probablemente tendrán un impacto en los resultados de salud para estas poblaciones vulnerables (39), como puede estar representado en la población afrocolombiana residente en Medellín.

Frente a las autorizaciones, para el acceso a los procedimientos, de acuerdo con la Defensoría del Pueblo, en el 2018 se presentaron 41,68 tutelas en salud por cada 10.000 habitantes, lo que representa un aumento de 3,95% en relación con el 2017 (40,10 por cada 10.000 habitantes). Aquellas por derecho de petición se ubican en el primer lugar, seguidas por aquellas por vulneración de la salud. Los departamentos en donde con mayor frecuencia se presentan son Antioquia (contexto de interés para el estudio), Valle del Cauca y Bogotá, los cuales concentran el 42% del total de tutelas. La mayor frecuencia de ellas se instaura para la solicitud de tratamientos, seguidas por aquellas para el acceso a medicamentos y en tercer lugar para acceder a citas médicas especializadas. Las tutelas son más frecuentes en el régimen subsidiado (49,45%) en comparación con el contributivo (39,61%) (40).

De este modo, aun cuando el derecho a la salud en Colombia está amparado por la constitución, se identifica que prevalece la negación o dilación de autorizaciones de procedimientos médicos que requieren los usuarios afrodescendientes.

Limitaciones

La investigación se realizó bajo el escenario de pandemia por el virus SARS-CoV-2 caracterizado por altas tasas de desempleo, informalidad económica y reestructuración de los servicios de salud; por lo tanto, es posible que los resultados de la investigación se vieran influenciados.



Toda la población estudiada se autoreconoció como afrodescendiente. No hubo comparación, lo cual limita el análisis con otras etnias y grupos migrantes socioeconómicamente similares.

Conclusiones

La población afrocolombiana en condición de movilidad interna y nacida en la ciudad de Medellín experimenta barreras para el acceso a los servicios de salud de tipo geográfica, de continuidad y para la entrega completa de medicamentos. En el caso de las barreras por medicamentos, la movilidad interna podría reducir significativamente la prevalencia de este tipo de barreras en la población encuestada.

Este estudio es un primer paso para entender si la migración es un determinante social de la salud que afecta a la población étnica afrocolombiana procedente del Chocó residente en Medellín, así mismo surge la necesidad de abordar las barreras de acceso a los servicios de salud en población afrodescendiente en comparación con otras etnias y grupos migrantes socioeconómicamente similares.

Contribución de los autores

Keyra Liseth Asprilla Córdoba, participó en la concepción y el diseño del estudio, recogida de datos análisis y la interpretación de los mismo. Realizó la escritura del artículo y revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales Gino Montenegro Martínez participó en la concepción y el diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos. Realizó la escritura del artículo y revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales.

Andrés Felipe Cubillo Novella participó en análisis y la interpretación de los datos. Realizó la escritura del artículo y revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales.

Los tres autores hemos aprobado la versión final presentada y garantizamos que todos los partes que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Conflictos de interés

Los autores declaramos no tener conflictos de interés para este estudio.

Financiación

Dirección de Investigación e Innovación de la Universidad CES, apoyo financieramente el desarrollo de la investigación “Barreras al acceso a los servicios de salud y estado de salud de afrocolombianos migrantes del departamento del Chocó a Medellín, 2019.”, bajo la modalidad de mediana cuantía, código INV.032019.003.

Aclaraciones

Este artículo de investigación hace parte del trabajo de tesis doctoral titulada “Barreras al acceso a los servicios de salud y estado de salud de afrocolombianos migrantes del departamento del Chocó a Medellín”, aprobada por el Comité de ética en humanos de la Universidad CES, registrada en el acta No. 125 del 8 de agosto de 2018.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Humanos de la Universidad CES, registrada en el acta No. 125 del 8 de agosto de 2018.

El estudio se orientó por lo establecido en la resolución 8430 de 1993 y lo relacionado en la Declaración de Helsinki de 1975 para la investigación en seres humanos. A los participantes se les informaron los riesgos y beneficios y aprobaron su participación la cual fue refrendada a través de la firma del consentimiento informado. Se administraron los datos bajo los parámetros de la Ley 1266 de 2008 y los datos personales de los participantes fueron única y exclusivamente con fines académicos. Se mantuvo el principio de veracidad y calidad de los registros, así como el principio de finalidad y cuando los participantes de la investigación solicitaron información se les suministro.

Se acogió el principio de circulación restringida, la administración de los datos personales no está disponible para su acceso por internet o por otros medios de divulgación masiva, nos ceñimos al principio de temporalidad de la información y no se suministró ni se suministrará datos personales a terceros. Ninguno de los participantes fue objeto de juicios sobre sus comportamientos, creencias, pertenencia étnica y actitudes, por lo que los encuestadores y el investigador principal fueron muy cuidadosos con los encuestados para preservar al máximo el respeto por las libertades de pensamientos, ideologías y creencias.

Agradecimientos

Agradecimientos al grupo de apoyo a la Convocatoria Formación de alto nivel- Doctorado Nacional para el departamento del Chocó. Universidad Tecnológica del Chocó/ Gobernación del Chocó

Referencias

1. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2020: Una Perspectiva de la Migración y la Movilidad en Tiempos de Creciente Incertidumbre [Internet]. Organización Internacional para las Migraciones; 2019. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020-capitulo-1>



2. Organización Panamericana de la Salud. Documento de orientación sobre migración y salud [Internet]. Organización Panamericana de la salud. 2018 []. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documento-s/documento-orientacion-sobre-migracion-salud>
3. Cabieses B, Bernal M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile; 2017. 520 p. Disponible: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
4. Organización Internacional para las Migraciones. N°7 Glosario sobre Migración: Derecho internacional sobre migración. Ginebra. [Internet]. 2006. Disponible en: http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf
5. Vila J. Las «Leyes de las Migraciones» de E. G. Ravenstein, cien años después. REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 1985;(32):7-26.
6. Organización Internacional para las Migraciones. Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica . El Salvador: Organización Internacional para las Migraciones; 2015 p. 67. Disponible en: <https://saludymigracion.org/es/informe-regional-sobre-determinantes-de-la-salud-de-las-personas-migrantes-retornadas-o-en-0>
7. OMS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO.2009. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
8. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. UNDP. 2020. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
9. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Revista de Salud Pública. marzo de 2007;9(1):26-38. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000100005&script=sci_abstract&tlng=es
10. Cabieses B, Oyarte M. Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. Rev Saude Publica. 54:20. doi: 10.11606/S1518-8787.2020054001501
11. Gene H, Coffman M, Obregon A, Morales A, Decano L. Access barriers to genetic services for Spanish-speaking families in states with rapidly growing migrant populations. Journal of Genetic Counseling. 2020;29(3):365-80. doi: 10.1002/jgc4.1195
12. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health services research. 1974; 9(3): 208–220. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>
13. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El Concepto de Accesibilidad: La Perspectiva Relacional entre Población y Servicios. 2006;xiV:201-9. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019
14. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Tesis Doctoral]. [Bellaterra]: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf>
15. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978;56(2):295-303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/96953/>

16. Ministerio de Salud y Protección Social. Condiciones de acceso a los servicios de salud [Internet]. Supersalud. 2018 . Disponible en: <https://wcmportal.supersalud.gov.co:443/portalweb/Comunicaciones/Lists/Noticias/Noticia.aspx?ID=801>
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 616 de 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.cerlatam.com/normatividad/minsalud-decreto-616-de-2022>
18. Riviere P, Rose BS. Reply to Equal access to health care reduces racial disparities in prostate cancer outcomes and Access and socioeconomic status play an important role in outcomes for African American patients with prostate cancer. *Cancer*. 2020;126(18):4258-4258. doi: 10.1002/cncr.33064.
19. Watson J. Young African American Males: Barriers to Access to Health Care. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. 1 2014;24(8):1004-9. <https://doi.org/10.1080/10911359.2014.953416>
20. Okoro O, Cernasev A, Hillman L, Kamau N. Access to Health Care for Low-Income African American Women: Lived Experiences and Expectations. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2020;31(2):939-57. doi: 10.1353/hpu.2020.0070.
21. Ariza-Montoya J, Hernández Álvarez M. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de Salud Pública*;10. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600006
22. Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda [Internet]. 2018. Disponible en: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/>
23. Fernández A, Manduján J, Guzmán E. Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. junio de 2014;10(1):291-306. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46129579013>
24. Hernández G, Torres M. Pobreza, migración y salud [Internet]. *Revista Universidad de Sonora*; 2013. Disponible en: https://www.google.com/url?hl=es&q=http://www.revistauniversidad.uson.mx/revistas/26-9.pdf&source=gmail&ust=1507827583396000&usq=AFQjCNfirBRM1uXeJ7_E5P-hQAHa8o5pZQ
25. Agudelo A, Gil D, Vives C, Love J, Wimpenny P, Ronda E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Services Research*. diciembre de 2012;12(1):1-13. doi: 10.1186/1472-6963-12-461.
26. Mösko M, Schulz H, Nienhaus A, Handtke O, Schilgen B. Health situation of migrant and minority nurses: A systematic review. 2017;12(6):1-28. doi: 10.1371/journal.pone.0179183. eCollection 2017.
27. Ministerio de salud. Resolución N° 8430 [Internet]. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
28. Nelson S, Wilson K. Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada. *Social Science & Medicine*. 2018;218:21-7. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.017.



29. Vignoli J. Segregación residencial, migración y movilidad espacial. El caso de Santiago de Chile. *cadernos metrópole*. 2007;(17):35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4028/402837795007.pdf>
30. Fernández J, Vásquez A, Florez V, Rojas M, Luna K, Navarro E, et al. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. *Revista de Salud Pública*. 1 de julio de 2018;20(4):530-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000400530&lng=en&nrm=iso
31. Rivera B, Casal B, Currais L. Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. *Studies of Applied Economics*. 2013;31(2):339-58. Disponible en: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/eea/article/view/3330>
32. Asprilla K. Migración interna: representaciones sociales de las prácticas de cuidado de la salud en familias afrocolombianas [Internet] [Maestría]. [Manizales]: Universidad Autónoma de Manizales; 2016. Disponible en: <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/982/1/Informe%20Final.pdf>
33. Universidad Nacional de Colombia. Propuestas de política pública sobre acceso y uso óptimo de medicamentos para las campañas presidenciales memorandos de campaña [Internet]. 2018. Disponible en: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/20180403_siun_ep-pun-cp-medicamentos_entrega-oportuna-y-completa-de-los-medicamentos_propuesta_01.pdf
34. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. *Conpes Social 155 Política farmacéutica nacional*. 155 ago 30, 2012 p. 49. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/155.pdf>
35. Ledezma M, Amariles P, Vargas C, Rossi F. Estrategias para promover el acceso a medicamentos de interés en salud pública: revisión estructurada de la literatura. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2019;38(1). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/e332273>
36. Rodríguez J, Rodríguez D, Corrales J. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. 2015;20(6):1947-58. doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014
37. Ministerio de la Protección de Colombia Social. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. abr 3, 2006. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
38. Rodríguez S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia [Internet]. 2010. Disponible en: <https://catalog.ihsn.org/citations/23814>
39. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas - [Internet]. Organización Panamericana de la salud. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
40. Defensoría del Pueblo Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. Bogotá D.C.: Defensoría del Pueblo de Colombia; 2018 p. 99. Disponible en: <https://saludporcolombia.unbosque.edu.co/documentos/tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

Notas

* Artículo de investigación

- [1] Es importante aclarar que los estudios migratorios incluyen temas relacionados con el tiempo de las migraciones, las causas de la migración, los espacios territoriales donde ocurren, las condiciones de vida de las poblaciones migrantes, los motivos de la migración, entre otros. Este estudio no espera ser exhaustivo en estas tipologías, pero se centrará en la movilidad interna como una de las categorías de esta tipología de movilidad humana.
- [2] El equipo coordina, ejecuta y evalúa los planes, programas, proyectos y políticas públicas, mediante el desarrollo de estrategias de enfoque étnico diferencial y de acceso a oportunidades para los grupos étnicos de la ciudad, con equidad, bajo principios y valores de identidad cultural y corresponsabilidad.
- [3] El tiempo de desplazamiento estandarizado fue para transporte en bus.

