

Acceder a los servicios de salud: la mirada de migrantes del Chocó a Medellín

Access to health services: the perspective of migrants from Chocó to Medellín

Acesso aos serviços de saúde: a perspectiva dos migrantes de Chocó em Medellín

DOI: <https://doi.org/10.21803/penamer.16.31.521>

Keyra Liseth Asprilla Córdoba

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

Magister en Salud Pública. Universidad CES,
Medellín- Colombia. Correo electrónico:
asprilla.keyra@uces.edu.co.

Gino Montenegro Martínez

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

Doctor en Salud Pública. Universidad CES,
Medellín- Colombia. Correo electrónico:
gmontenegro@ces.edu.co.

Resumen

Introducción: Migrar internamente implica afrontar una serie de condiciones que impiden o retrasan la utilización de los servicios relacionados con el bienestar, entre ellos, los servicios de salud; **ii) objetivo:** Comprender las barreras de acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de migrantes del Chocó residentes en Medellín.; **iii) metodología:** Estudio cualitativo, se realizaron dos grupos focales en donde participaron 13 personas con experiencia migratoria del departamento del Chocó a Medellín-; **iv) resultados:** La población migrante afrocolombiana experimenta barreras a la entrada por no encontrarse asegurados al sistema general de seguridad social en salud, por negación en la prestación del servicio, por falta de información y por accesibilidad geográfica desfavorable. Al interior de los servicios de salud, las barreras están asociadas al color de piel y por retraso o negación de autorización para procedimientos; **v) conclusiones:** La población migrante experimenta barreras en el acceso a los servicios de salud. Se requiere el abordaje intersectorial de este problema, teniendo en cuenta las particularidades del contexto migratorio en el país en donde se transversalizan asuntos como empleo, educación y la violencia por actores armados, entre otros.

Palabras clave: Barreras de acceso a los servicios de salud; Grupo étnico; Migración interna; Narrativa Personal¹.

Abstract

Introduction: Internal migration implies facing a series of conditions that prevent or delay the use of health services; **ii) objective:** Understand barriers to health services access from the perspective of Chocó migrants living in Medellín.; **iii) methodology:** Qualitative study, two focus groups were carried out in which 13 people with migratory experience from the department of Chocó to Medellín participated-; **iv) results:** Afro-Colombian migrant population experiences barriers to entry due to not being insured by the general social security system in health, denial of service provision, lack of information, and unfavorable geographical accessibility. In health services, the barriers are associated with the color of skin and barriers due to delay or denial of authorization for procedures; **v) conclusions:** Migrant population experiences barriers to access to health services. An intersectoral approach to this problem is required, considering the particularities of the migratory context in the country where issues such as employment, education, and violence by armed actors, among others, are mainstreamed.

Keywords: Barriers to access of health services; Ethnic group; Internal migration; Personal Narrative.

¿Cómo citar este artículo?

Asprilla, K. y Montenegro, G. (2023). Acceder a los servicios de salud: la mirada de migrantes del Chocó a Medellín. *Pensamiento Americano*, e#:521. 16(31), 1-19. DOI: <https://doi.org/10.21803/penamer.16.31.521>

¹ Los términos clave han sido recuperados a partir del Tesoro [DECS (Ciencias de la Salud)].



Resumo

Introdução: Migrar internamente implica enfrentar uma série de condições que impedem ou atrasam a utilização de serviços relacionados com o bem-estar, incluindo serviços de saúde; **(ii) objetivo:** compreender as barreiras ao acesso aos serviços de saúde da perspectiva dos migrantes de Chocó residentes em Medellín; **(iii) metodologia:** estudo qualitativo, foram realizados dois grupos focais com a participação de 13 pessoas com experiência de migração do departamento de Chocó para Medellín; **(iv) resultados:** população migrante afro-colombiana do departamento de Chocó para Medellín. **v) conclusões:** A população migrante experimenta barreiras no acesso aos serviços de saúde. É necessária uma abordagem intersectorial a este problema, tendo em conta as particularidades do contexto migratório no país onde questões como o emprego, a educação e a violência por parte de actores armados, entre outras, são transversais.

Palavras-chave: Barreiras ao acesso aos serviços de saúde, Grupo étnico, Migração interna, Narrativa pessoal.



Introducción

La migración interna es el movimiento de personas que se produce cuando estas deciden de forma permanente o eventual, cambiar su lugar de residencia a otras ciudades, municipios o corregimientos del mismo país. Por su parte, el desplazamiento, es el movimiento forzado u obligado de personas que deben huir de su territorio y, que han abandonado su hogar o residencia habitual, para escapar a los efectos del conflicto armado o desastres ambientales, entre otros (Organización Internacional para las Migraciones, 2006a, 2006b).

La migración se instaura como un recurso al que las personas recurren para lograr sus objetivos, enfrentar crisis financieras o mejorar la calidad de vida (Granados, 2010; Rojas et al., 2011); decisión que, paralelamente, involucra experimentar una serie de cambios en las condiciones económicas, de empleo, de trabajo y de estilos de vida. En el contexto colombiano la migración internacional como interna es un proceso selectivo que se relaciona con el estrato socioeconómico y el nivel educativo (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).

En el país, las dos razones de migración para todos los quintiles de riqueza son por cuestiones familiares y económicas. No obstante, la tercera causa para el quintil más alto de ingresos es por educación y para el quintil más pobre es por violencia de grupos armados (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015). La mayoría de los migrantes internos en el país son mujeres, dando cuenta de la feminización del fenómeno migratorio. La población migrante es relativamente joven, seis de cada diez son menores de 29 años (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015).

El departamento del Chocó es uno de los departamentos de Colombia considerado como expulsor, se conoce que 75 personas de cada 1000 han migrado y en Medellín residen aproximadamente 32,855 personas provenientes de dicho departamento (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2018). Como parte del argumento para explicar esta dinámica, la oferta laboral y económica de Medellín se comportan como factores de atracción.

Los migrantes pueden tener dificultades para acceder a la vivienda, el trabajo, los servicios sociales y la atención de la salud al llegar a su destino. Por sus consecuencias, se ha conceptualizado que ésta puede configurarse como un determinante social de la salud (Cabienes et al., 2017). Fenómenos como la segregación residencial socioeconómica a la que se enfrentan los migrantes, revelan las vías por las que surgen estas dificultades para acceder a los servicios básicos (Rodríguez y Martínez, 2021).

En relación con los obstáculos para el acceso a servicios de salud, se han documentado demoras para la atención y poder conciliar los asuntos laborales, para asistir a las consultas con el profesional de salud (Búron, 2012). De otro lado, dado los trámites administrativos que deben realizar, de acuerdo con las características y dinámicas propias de los sistemas de salud, se retrasa la atención en salud (Obach et al., 2020). Adicionalmente, se ha descrito que hay poca o ninguna información que les permita a las personas saber a dónde ir, qué hacer y cómo hacerlo, lo cual se relaciona con el acceso deficiente a la atención médica de la población migrante (Dzúrová et al., 2014; Woodward et al., 2014).

El acceso a los servicios de salud se entiende como la capacidad que tiene la persona de utilizarlos cuando y donde sean necesarios, el cual se da en el marco de un sistema de prestación, el cual contiene una serie de peculiaridades en función de las políticas de salud de cada contexto (Aday & Andersen, 1974). Comprender el acceso a los servicios de salud requiere examinar las barreras de acceso, es decir, los factores que impiden



que las personas accedan a la atención en salud. En términos de su clasificación, las barreras pueden experimentarse desde el lado de la oferta o de la demanda. Las primeras hacen referencia a los recursos del sistema de prestación (volumen y distribución) y su organización (condiciones para el ingreso y estructura). Las segundas, se relacionan con las predisposiciones, la capacidad y la necesidad de la atención (Aday & Andersen, 1974).

El acceso a los servicios de salud puede verse afectado por varias características sociales y demográficas, tales como: nivel de educación, género, edad, tipo de empleo, vinculación al sistema general de seguridad social, lugar de residencia, y trámites al interior del sistema de salud, entre otras (Aday & Andersen, 1974). En Colombia, a pesar de tener coberturas mayores al 95% en afiliación a la seguridad social en salud, se siguen presentando barreras para el acceso a servicios de salud (Restrepo et al., 2018). Entre otras, existen desafíos para implementar modelos óptimos para lograr, además de coberturas universales, el acceso a servicios de salud y de esta manera lograr la equidad en salud (Bejarano, 2019).

Para el caso específico de la migración interna, se ha señalado que la información sobre las necesidades de los migrantes internos, así como las dificultades y abusos que enfrentan, es necesaria para desarrollar estrategias de política pública (Duarte y Montoya, 2020). En investigaciones previas realizadas en la ciudad, se ha indagado sobre las barreras para el acceso para mujeres a los controles prenatales (Hoyos y Muñoz, 2019), y en adultos mayores (Agudelo et al., 2014; Peña et al., 2016). Por lo anteriormente expuesto, este ejercicio investigativo es necesario dado que permite acercarnos en cómo la migración interna se vincula con el acceso o no a los servicios de salud y pone a las personas migrantes como elementos centrales en los análisis.

No tenemos conocimiento de un estudio que se oriente a analizar las barreras de acceso de migrantes internos en Medellín, de manera particular, en personas provenientes del Chocó. En este sentido, se fija como objetivo explorar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población afrocolombiana migrante del departamento del Chocó a Medellín.

REFERENTES TEÓRICOS

MIGRACIÓN

Los procesos de migración han generado interés en los investigadores, en cuanto el proceso de globalización ha posibilitado el cambio del lugar de residencia dentro del mismo país de nacimiento, puesto la migración interna se ha establecido como una realidad social creciente y como estrategia económica, ya que permite solventar necesidades básicas insatisfechas, conseguir nuevas oportunidades laborales, mejorar los ingresos y lograr una mayor oferta para el acceso al sistema educativo superior (Asprilla, 2016).

Migrar no es solo un cambio de lugar de residencia, implica dejar un lugar común para llegar a otro, con nuevas dinámicas social e intentar mantener la tuya y ganar poco a poco un nuevo lugar (Granados, 2010). En el proceso migratorio se involucran dos zonas geográficas, una donde se inicia la migración, denominada zona de origen, y la zona donde finaliza la migración, denominada zona de destino (Welti, 1997 citado en Franco, 2012). Al llegar a la comunidad de destino las personas migrantes pueden enfrentar numerosas dificultades vinculadas con el acceso a la vivienda, trabajo, cuidados de salud y otros servicios sociales. Es así



como quedan expuestas a los determinantes sociales propios del nuevo espacio en el que se encuentran que, en algunos casos, se agrava por mayores condiciones de inequidad, marginalización, xenofobia y discriminación (Cabieses et al., 2017).

La migración se considera un evento importante que obliga a las personas a maximizar su capacidad de adaptarse al nuevo entorno, lo que puede afectar su salud (Rojas et al., 2011). Migrar puede dar lugar a una cadena de desarrollo que se puede ver reflejada por las personas, pasa por las familias y las comunidades, y ulteriormente llega a los países (Organización Internacional para las Migraciones, 2013).

Por su parte, existe consenso en la comunidad científica sobre el reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud, siendo un proceso dinámico que va más allá de las variables biológicas e incluye cambios en el estilo de vida, condiciones sociales y socioambientales, cambios socioeconómicos, políticos y estructurales. Estos cambios pueden significar dificultad en la integración a nuevas formas de vida y entornos, así como mayor vulnerabilidad y riesgos para la salud de los migrantes, sus familias y las comunidades que los acogen (Cabieses et al., 2017). Son distintas las causas y las clases de migración existentes; hay contraste entre las áreas de atracción y rechazo, esto afecta la dirección e intensidad de la migración, lo que a su vez exacerba sus diferencias al cambiar el tamaño del área de origen y la población de destino (Franco, 2012).

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Una de las dimensiones donde se ha observado una mayor desigualdad es el acceso a los servicios de salud, ya que muchas veces el proceso de búsqueda de atención no se completa o incluso no se inicia debido a las barreras de la oferta o la demanda (Mejía et al., 2007). Los más vulnerables son aquellos que enfrentan las mayores barreras: aquellos que viven en la pobreza socioeconómica, los grupos minoritarios, las mujeres y otros que enfrentan el estigma y la discriminación (Cabieses y Bird, 2014).

Las desigualdades cada vez son mayores en todo el mundo, significa que aproximadamente 100 millones de personas son empujadas a la pobreza cuando pagan de su bolsillo los servicios de salud. En la actualidad, más de mil millones de personas no pueden obtener los servicios de salud que necesitan porque esos servicios son inaccesibles, no están disponibles, son impagables o de mala calidad (World Health Organization, 2018). De tal modo, el acceso a los servicios de salud resulta ser la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado (Cabieses et al., 2017), los cuales pueden principalmente mejorar la salud de las personas y las poblaciones al proporcionar intervenciones de alta calidad a quienes pueden beneficiarse de ellas (Shengelia et al., 2005).

El acceso a los servicios de salud es un concepto que trata de explicar operativamente cómo funciona la puerta de entrada al sistema de salud, independientemente de su tipo (público, privado o mixto), así como la relación entre pacientes que demandan atención en salud y diferentes servicios que componen tales estructuras sanitarias (Valencia et al., 2007). De otro lado, está indisolublemente ligado al tipo de sistema de salud disponible, el nivel general de desarrollo del país, su demografía y geografía, y cuestiones más amplias como las creencias y valores de la población sobre la salud y la mala salud. Por esta razón, el acceso a la atención médica puede variar ampliamente entre las poblaciones, dependiendo de muchos factores sociales, económicos y culturales (Cabieses y Bird, 2014).

Garantizar la igualdad de acceso a la atención de la salud es un objetivo importante para todos los países,



pero es especialmente difícil en los países de ingresos bajos y medianos (PIMB). A pesar del amplio uso del concepto de acceso, continúa siendo definido y medido de maneras muy diferentes (Cabieses y Bird, 2014).

En una revisión crítica de literatura internacional (Cabieses y Bird, 2014) identifican como importante los siguientes componentes del acceso: i) acceso físico o geográfico se refiere a la disponibilidad de servicios de salud, lo que refleja si el proveedor/servicio de atención de la salud adecuado está disponible en el lugar correcto en el momento adecuado para satisfacer las necesidades de salud de la población.; ii) el acceso financiero, que tiene que ver con la asequibilidad, incluido el costo total del uso del servicio para el individuo y la capacidad de pago de la persona en relación con el presupuesto familiar. iii) Acceso sociocultural, hace referencia a la aceptabilidad de la población de la prestación del servicio de salud.

MODELO TEÓRICO DE ADAY Y ANDERSEN

El modelo teórico planteado por Aday y Andersen fue el seleccionado para explorar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población afrocolombiana migrante del departamento del Chocó a Medellín dado que permitió comprender el acceso a los servicios de salud desde un todo, es decir, el estudio al acceso a servicios de salud va en la lógica de la multicausalidad: factores y niveles como ejes explicativos que permitan dar respuesta al objetivo de esta investigación. El propósito del modelo es descubrir las condiciones que facilitan o impiden la utilización (Rodríguez, 2010b).

En relación con las características del sistema de prestación, se hace referencia a la forma en que se organiza la prestación de los servicios para la atención potencial de los consumidores. Dos elementos esenciales se ubican en este ámbito: los recursos y la organización. En relación con el primero esto incluye el personal, la estructura en la que se brinda la atención y los equipos y materiales utilizados. Frente al segundo, corresponde al proceso de ingreso al sistema, es decir, los tiempo de viaje y de espera; y las características del sistema que determinan qué sucede con el paciente luego del ingreso, a quién consulta y qué tratamiento reciben (Aday & Andersen, 1974).

Según las características de los grupos de alto riesgo, se hace referencia a las predisposiciones, capacidades y necesidades, las cuales se comportan como determinantes individuales para la utilización del servicio. Frente a la categoría predisposiciones, se encuentra: la edad, el sexo, la raza, la religión y la valoración que hace el individuo frente a la salud y la enfermedad. Las capacidades dan cuenta de todos los medios que las personas tienen para utilizar los servicios de salud, estos incluyen el nivel de ingresos, la cobertura del seguro de salud y las características de la comunidad en la que vive el individuo. Finalmente, la necesidad está relacionada con la gravedad de la enfermedad, que a su vez es un motivo directo de uso de los servicios de salud (Aday & Andersen, 1974).

En relación con la utilización de los servicios de salud, este puede caracterizarse en términos de tipo, lugar, motivo e intervalo de tiempo. El tipo se refiere a la clase de servicios recibidos y al agente de salud que los provee (hospital, médico, odontólogo, farmacéutico, etc.). El lugar hace referencia a si es un centro médico, el servicio ambulatorio del hospital, la sala de urgencias, etc., en donde se produce la atención. El motivo de la visita se refiere a si la consulta corresponde a una de tipo preventivo, terapéutico o de atención personal en un ámbito no médico. Y finalmente, el intervalo de tiempo puede expresarse en términos de contacto, volumen o continuidad (Aday & Andersen, 1974).



METODOLOGÍA

Se recurrió a un enfoque cualitativo en la medida que, dada la naturaleza de la pregunta de investigación que se pretende abordar, este tipo de enfoque habilita la indagación sobre las dinámicas relacionales de forma local y contextualizada y se caracteriza principalmente por ser emergente, inductiva, más que fuertemente configurada (Vasilachis et al., 2006). Teniendo en cuenta que, de acuerdo con la revisión de literatura que acompañó el desarrollo de este estudio, el alcance de esta investigación es exploratoria.

La técnica para la recolección de información de la investigación se desarrolló en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria por Covid-19. De este modo fue necesario realizar ajustes en el procedimiento de modo que se cambió la modalidad de grupos focales presenciales, por grupos focales virtuales remotos, debido a que no se podía establecer contactos personales con los sujetos de investigación. Sobre el desarrollo de esta técnica de recolección, se siguieron algunas recomendaciones ya señaladas previamente (Archibald et al., 2019).

Los participantes fueron contactados telefónicamente a partir de la información suministrada por el equipo de etnias de la Alcaldía de Medellín. En total se conformaron dos grupos focales con una participación total de 13 personas con experiencia migratoria del departamento del Chocó a Medellín. Los grupos focales fueron realizados por el primer y segundo autor del presente artículo y una tercera persona que hizo las veces de observador.

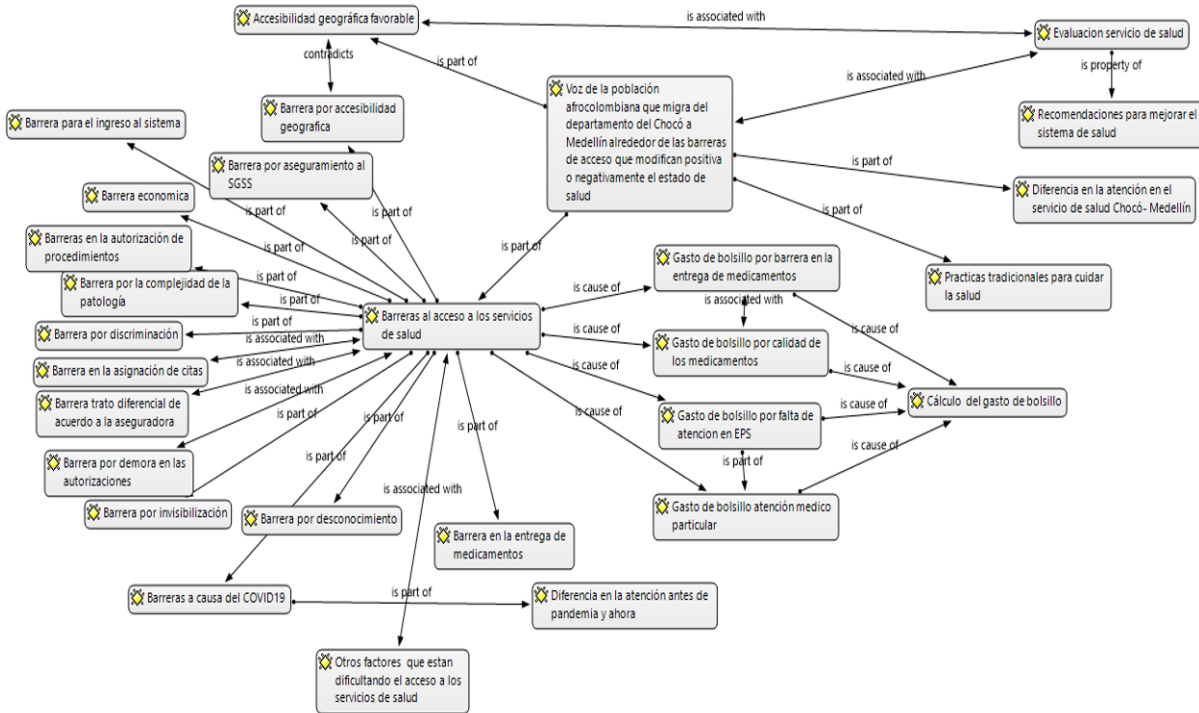
La guía de grupo focal se construyó con el propósito de profundizar sobre algunos aspectos relevantes para comprender las barreras de acceso a los servicios de salud y se partió desde algunas preguntas que orientaron los encuentros: ¿Cómo ha sido su experiencia con relación al acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín?, ¿Qué tipo de barreras presentan más cuando van a los servicios de salud?, ¿Qué factores cree que están dificultando el acceso a los servicios de salud de la población migrante?.

Para el análisis de los datos se realizó interpretación de los discursos desde el análisis narrativo de contenido (Ruiz, 2012). Para ello, se segmentan los relatos por el tipo de barreras, se realizó una primera codificación de los datos, posteriormente se agruparon en categorías a partir de las preguntas planteadas. Finalmente se realizó una síntesis de dichas categorías y subcategorías desde los dominios de interés descubiertos, orientados a dar cuenta de las barreras de acceso a los servicios de salud de la población afrocolombiana migrante del departamento del Chocó a Medellín.

Los grupos focales virtuales transcribieron de manera textual siendo fiel a lo expresado por las personas participantes, luego se codificaron los datos en el procesador de datos Atlas-Ti© versión 8 (Licencia de la Universidad CES). Todas las categorías fueron el resultado del análisis de los datos que emergieron de los grupos focales virtuales remotos con los participantes.



Figura 1
Codificaciones barreras de acceso a los servicios de salud desde las narrativas de la población afrocolombiana



Fuente: Elaboración propia

Los criterios de participación de la investigación fueron: a) Migrantes afrocolombianos del departamento del Chocó que al momento de la investigación residieron en la ciudad de Medellín. b) Migrantes afrocolombianos que aceptaran participar y firmaran el consentimiento informado. c) Migrantes afrocolombianos mayores de edad (18 años). Por su parte los criterios de exclusión fueron: a) Personas que con alguna limitación cognitiva o de otro tipo.

La investigación se clasificó como de riesgo mínimo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de salud, 1993). 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 2020”, 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

Caracterización sociodemográfica

Las personas entre 19-29 años representaron el 7,7%, las 30-59 años el 69,2%, los adultos mayores de 60 años y más representaron el 23,1%. De acuerdo con el estado civil, el 53,8% no tiene pareja y el 46,2% tiene pareja. Según el municipio de nacimiento el 30,8% migró de Quibdó, el 23,1% migró de Alto Baudó, el



15,4% migró de Tadó y el 7,7% migró de Bahía solano, Condoto, Carmen del Atrato y medio Baudó respectivamente.

Según el periodo de migración, la mayor proporción de migración es de 1997-2006 migraron el 46,2% de las personas, antes de 1996 migró el 7,7%, de 2007 a 2016 el 38,5% y del 2017 en adelante el 7,7%. Según las causas de la migración, el 46,2% lo hizo por violencia a causa de grupos armados, el 15,4% en busca de mejoras económicas y el 38,5% por otras causas.

Con relación al nivel educativo el 7,7% personas no lee y no escribe, el 7,7% tiene primaria, el 69,2% secundarias y el 15,4% personas con estudios superiores o universitarios. Finalmente, en el grupo focal 1 participaron el 46,2% de las personas y en el grupo focal 2 participaron el 53,8% de las personas (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Características de la población participante en los grupos focales

Variable	n	%
Edad		
19-29	1	7,7
30-59	9	69,2
60-85	3	23,1
Sexo		
Hombre	7	53,8
Mujer	6	46,2
Estado Civil		
Sin pareja	7	53,8
Con pareja	6	46,2
Municipio Nacimiento		
Alto Baudó	3	23,1
Bahía Solano	1	7,7
Condoto	1	7,7
Carmen de Atrato	1	7,7
Medio Baudó	1	7,7
Quibdó	4	30,8
Tadó	2	15,4
Año de llegada Medellín		
Antes de 1996	1	7,7
1997- 2006	6	46,2
2007 -2016	5	38,5
2017 en adelante	1	7,7
Motivo de migración		
Violencia a causa de grupos armados	6	46,2
Busca de mejores económicas	2	15,4
Otras causas*	5	38,5
Nivel educativo		
No lee, no escribe	1	7,7
Primaria	1	7,7
Secundaria	9	69,2
Superior o Universitario	2	15,4
Participación grupo focal		
Grupo 1	6	46,2
Grupo 2	7	53,8

Nota: *Otras causas: Educación, razones familiares, salud, fenómenos naturales

Fuente: Elaboración propia



Barreras a la entrada de los servicios de salud

Aunque el estado colombiano debe garantizar el acceso a los servicios de salud, los migrantes internos choconos expresan presentar barreras al acceso a los servicios por falta de aseguramiento. Lo anterior implica experimentar dificultades en la atención por los prestadores de salud y la negación de la oportunidad de atención que requieren por no tener capacidad de pago. Esta situación la expresan los migrantes como la privación al derecho a gozar de un buen estado de salud física y mental.

Mujer de 35 años; Cita 2:29

“Te preguntan si tienes seguro, dices: ¡no tengo seguro! solo por de buenas a uno lo atienden [...] hasta el medicamento no te lo dan como es debido por no tener plata... yo sí creo que eso es una cosa mala”

También expresan presentar barreras por dilación en la prestación del servicio de salud. La población transita infructuosamente en las instituciones de salud de la ciudad en las que no son atendidos. En consecuencia, incurren en gastos de bolsillo, es decir, afectación de la capacidad económica de las familias para gasto privado en salud y limitación en la recuperación del estado de salud.

Hombre de 40 años; Cita 2:107

“Llegan a una parte y no los atienden por las distintas variables y demoras [...] cuando se trata de casos que requieren de especial atención, vaya para tal parte, vaya de un lado a otro lo que denominamos, el paseo millonario y paseo de la muerte, es que aquí no lo podemos atender [...] Finalmente le toca a uno sacar plata de donde no la tiene, para pagar médicos particulares”

Asimismo, identifican barreras al acceso a los servicios de salud por falta de información que oriente a la población migrante sobre prestadores y sobre el funcionamiento de la prestación de servicios de salud (derechos, portabilidad del servicio, lugares de atención, programas de prevención y promoción, entrega de medicamento y otros). Esto implica la realización de un mayor número de trámites de una población que finalmente desconoce deberes y derechos en la utilización de los servicios.

Hombre de 40 años; Cita 2:87

“Yo creería que una de las principales barreras cuando se llega aquí a la ciudad tiene básicamente que ver con el desconocimiento de los espacios o como se maneja el sistema de salud aquí en Medellín [...] para nadie es un secreto de que los centros de salud [...] están en casi todas las comunidades, pero el no tener información clara a donde ir para solicitar una cita y no conocer la ciudad juega en contra”

Es más, expresan barreras al acceso a los servicios de salud por el no reconocimiento, por parte de instituciones municipales de asentamientos de estas personas en algunos sectores de la ciudad, lo que se expresa en escasez de oferta de servicios de salud, pocos datos de la composición étnica-racial y acceso desigual a la atención.

Hombre de 47 años; Cita 2:112

“La secretaria de salud tiene el fallo en no visibilizar esos territorios esas personas de alto riesgo, de alta



vulnerabilidad donde están las comunidades negras, entonces es una falencia donde se identificaba que en el sistema de salud no hay variables de comunidades negras, no hay datos de comunidades negras, pero eso tiene que ver con el tema que no tuvieron en cuenta que la mayoría de la población tenemos un contexto y estamos estigmatizados como sujetos de desplazamiento”

Al tiempo, refieren barreras al acceso a los servicios de salud por accesibilidad geográfica desfavorable, se evidencia que la población afrocolombiana migrante del departamento del Chocó a Medellín está asentada en parte de la periferia de la ciudad de Medellín lo que dificulta movilizarse a los sitios de atención en salud.

Hombre de 47 años; Cita: 2:13

“Mucho vivimos aislados en las periferias y resulta que el sistema no va a las periferias, entonces por ejemplo en el parque de la azotea, a la hora van llevar el programa integral de salud, pero resulta que no tienen en cuenta las comunidades negras que viven en las periferias y que se les dificulta bajar”

Barreras al interior de los servicios de salud

La afiliación al sistema y solventar barreras a la entrada de los servicios de salud solo es una parte de la situación; la población afrocolombiana identifica barreras al interior de los servicios de salud relacionadas con discriminación, es decir, experimentan trato diferencial por su color de piel y cultura. Los prejuicios por la condición étnico- racial pueden desencadenar consecuencias negativas en el estado de salud, inequidad en el acceso a los servicios de salud y desincentivar el uso de los servicios.

Mujer de 60 años; Cita 2:24

“Y en cuanto al racismo si se nota como es la atención a nosotros los que somos afros con diferencia a las personas mestizas, eso no lo podemos negar porque algunos manejan su racismo de una manera soterrada o un micro racismo y lo hacen muy disimuladamente que usted no nota, o si medio le dicen algo por su color de piel ahí mismo lo disimulan con algo que usted se queda pues creyendo que esa parte primera que le dijo no tiene que ver o no es mala, entonces sí se nota en los funcionarios, en la atención y también en algunos médicos que también se inclinan cuando el usuario o cliente es de una minoría étnica”

Sumado a lo anterior, la población migrante interna experimenta barreras por dilación o negación de autorización para procedimientos en salud, lo cual fragmenta la atención, complejiza los procesos de recuperación, aumenta los trámites y obliga al usuario acudir a servicios de salud privados. Estas barreras estructurales de la red de servicio aumentan los costes de la atención médica y retrasa el diagnóstico.

Mujer de 35 años; Cita 2:18

“Tengo dos años que necesito una ecografía, porque yo me hice una cirugía para no tener más niños y esta es la altura pues que [...] nunca me ha llegado el papel, no me han llamado a explicarme a decirme porque o cuando me la van a hacer, nunca la autorizan”

Hombre de 40 años; Cita 2:140

“Usualmente tardan un mes, dos meses o hasta seis meses para autorizar procedimientos en ocasiones,



hasta más, el tiempo usted sabe que es un factor importante...entre más rápido se diagnostique o se atienda el caso hay más probabilidades de mejoría”

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación permitieron evidenciar condicionantes contextuales y de las dinámicas en la atención en salud del sistema de salud colombiano, que generan obstáculos para el acceso a los servicios de salud de la población migrante del departamento del Chocó a Medellín.

Las barreras que experimentan los migrantes de Chocó a Medellín se dan a la entrada de los servicios de salud por no encontrarse asegurados en el SGSSS y la consecuente negación del servicio, por falta de información para el acceso oportuno a los servicios de salud, por la falta de reconocimiento de asentamientos de esta población en la ciudad y por desfavorable accesibilidad geográfica. Al interior de los servicios de salud reconocen barreras asociadas al color de su piel y barreras por dilación de autorización para procedimientos. En concordancia con esta investigación, Sznajder et al. (2020) identificaron que los migrantes se enfrentan a una serie de desafíos que afectan negativamente su salud.

Las barreras son causadas por factores como la segregación y el estigma, que están vinculados a la desigualdad de género, las condiciones de vida y la desventaja socioeconómica (Pan American Health Organization, 2021). De acuerdo con Censo Nacional de Población y Vivienda (Departamento Administrativo Nacional De Estadística, 2018) 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 presenta más barreras al acceso a los servicios de salud con un 8,9% en comparación con el resto de la población colombiana que presenta el 6,2%.

A nivel mundial la Organización Panamericana de la Salud calcula que al menos la mitad de los habitantes del mundo aún no cuentan con cobertura integral de servicios básicos de salud (Organización Panamericana de la Salud y OPS/OMS, 2021). A nivel nacional el Ministerio de Salud y Protección Social afirma que el 1% de los colombianos no tienen seguro de salud, siendo un determinante importante de las disparidades en el acceso a la salud entre grupos étnicos (Viáfara et al., 2021)

Otro asunto relevante que da cuenta del contexto en el que se configura el proceso migratorio, es alrededor de sus causas. Casi la mitad de los entrevistados afirmó que esto fue por violencia de grupos armados, asunto que, de acuerdo con investigaciones previas, corresponde a la tercera motivación de los migrantes internos de menor quintil de ingresos (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015). Sobre lo anterior, los afrodescendientes comenzaron y terminaron la última década con índices de pobreza más altos que los blancos y mestizos; también son menos móviles socialmente que sus compatriotas. El análisis de movilidad arroja que las familias afrodescendientes son 2,5 veces más propensas a vivir en pobreza crónica que los hogares no afrodescendientes (Banco Mundial, 2018).

La falta de visibilidad de la población migrante interna afrocolombiana es otro factor importante a abordar. El desconocimiento del tamaño de la población se expresa en barreras de acceso a oportunidades para el mejoramiento de su calidad de vida. Los datos oficiales con relación a la población afrocolombiana son precarios en cuanto las condiciones, marginalidad, pobreza y exclusión (Ingleby, 2012).



La limitación de estadísticas específicas que expliquen la existencia, características y de la población afrocolombiana es considerada una de las formas más visibles del racismo estructural (Rodríguez, 2010a). La falta de información no permite medir ni comprender la complejidad de la realidad social; esto significa retrasos, segregación socioeconómica y falta de institucionalización en la prestación de servicios, especialmente de salud, lo que puede impactar negativamente en la experiencia de la migración interna (Sun & Yang, 2021). Los datos estadísticos y la caracterización de la población afrocolombiana son vertebrales para la distribución de servicios y recursos económicos, así como la formulación de políticas públicas que impacten de manera positiva esta población.

Otra barrera recurrente expresada por los participantes de la investigación fue el trato diferencial que recibieron en la atención en salud, esto relacionado con su color de piel y pertenencia a una minoría étnica. En términos de servicios de salud, existen grandes disparidades entre las poblaciones blancas y mestizas y las comunidades afrocolombianas (Tovar et al., 2020). Está claro que la mayor diferencia entre los indicadores de salud de los grupos mayoritarios y minoritarios está en la calidad de la atención que reciben (Torres, 2001), hay presencia de actitudes poco favorables desde los profesionales de la salud hacia la población étnica.

Por otra parte, las relaciones de poder y dominación mediadas por la raza, el racismo y la etnicidad han sido documentadas en sociedades y culturas de diferentes épocas y lugares (Lamus, 2012). Dichas relaciones se basan en estereotipos raciales negativos arraigados en la cultura dominante y actúan como configuración de las estructuras institucionales de la sociedad, exacerbando las desigualdades en salud (Williams & Mohammed, 2009). El trato discriminatorio a la población afrocolombiana migrante interna implica déficit en términos de cobertura y calidad de la atención, desincentiva al usuario a utilizar los servicios, temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud trayendo consigo rezagos en el acceso, menor calidad de vida e indicadores de salud bajos. La discriminación también exagera las desigualdades en la atención de la salud, y la exclusión tiene consecuencias negativas (Hurtado et al., 2013).

De otro lado, fue posible puntualizar las barreras por falta de información para acceder a los servicios de salud por parte de la población migrante. Experimentaron desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud, puntos de atención, oferta de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así mismo desconocimiento de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad. Esta situación implica más trámites por parte de los usuarios, el desconocimiento de sus derechos en salud y finalmente personas que desertan de acceder a los servicios. En concordancia de lo anteriormente expuesto (Hernández et al., 2015) observan en su estudio, que el desconocimiento de las normas de los usuarios se ha convertido en un obstáculo para el acceso real a la atención en salud.

Ahora bien, la portabilidad de los servicios de salud podría ser otra razón por la cual se podría estar presentando barreras por desconocimiento para el acceso a los servicios de salud en la población migrante afrocolombiana. La portabilidad, aplica cuando un afiliado cambia su sitio de residencia de manera ocasional o temporal, por un periodo superior a un mes e inferior a doce meses. Por lo tanto, la persona deberá informar a la EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), cuando una persona no realiza dicha solicitud solo podrá tener atención en los servicios de urgencias, esta situación implica dificultades para el acceso efectivo a los servicios de salud.

Para disminuir las barreras de acceso por falta de información, el Consejo Danés para refugiados (2021) propone realizar actividades de promoción y publicidad con información para personas migrantes y refugia-



das con portafolios de oferta institucional, acceso a derechos y trámites para incorporarse al sistema de salud para garantizar la atención médica. En cuanto a la accesibilidad geográfica desfavorable a los centros de atención en salud, esta se relaciona por una parte al tiempo empleado en el traslado para la consulta mayor a 31 minutos y con algunas características socioeconómicas de la población afrocolombiana que dificultan el acceso a los servicios de salud.

Tener bajo nivel de ingresos económicos impide que las personas puedan sufragar el costo del desplazamiento a los lugares de atención, obtener servicios de copagos lo que se traduce en un acceso desigual a la atención en salud. En consonancia con este hallazgo Vargas (Vargas, 2009) señala que las barreras financieras están más relacionadas con los costos de transporte para realizar procedimientos y recibir atención debido a la inaccesibilidad geográfica de los servicios, y los copagos por los servicios. Sumado a lo anterior, otra de las barreras para el acceso a los servicios de salud en la población participantes fue la discontinuidad de los servicios de salud a causa de denegación de autorización para procedimientos. La interrupción de los tratamientos y servicios de salud no solo afecta a los usuarios y la gestión de su tratamiento, sino que también tiene consecuencias familiares, laborales, económicas, sociales, entre otras (Rodríguez et al., 2015). Además del aumento en el costo de los servicios médicos debido a que la gente tiene que consultar muchas veces para tratar de solucionar la situación de salud. La falta de continuidad de la atención se describió como resultado de la estructura o desarrollo del propio sistema (Rodríguez, 2010b).

Finalmente, es fundamental adaptar las estrategias culturales cuando se trata de la prestación de servicios de salud para reconocer las necesidades actuales de los migrantes internos afrocolombianos, lo cual debe hacer parte de un abordaje integral de la migración interna, dado que se cruza con asuntos como educación, empleo y violencia armada.

Limitaciones

Los participantes del estudio pudieron omitir, no recordar o modificar la experiencia del acceso a los servicios de salud. De otro lado, el estudio se realizó bajo escenario de la pandemia por el virus SARS Covid-19 caracterizado con altas tasas de desempleo, economía informal y la reestructuración de los servicios de salud, por lo que es posible que los resultados de la investigación se vieran influenciados.

CONCLUSIONES

Las barreras identificadas por la población afrocolombiana migrante del departamento del Chocó a Medellín dan cuenta de obstáculos a la entrada de los servicios de salud y a su interior. Esto implica inequidades sanitarias exacerbadas por la interrupción de los servicios de salud y en los tratamientos, aumento en el costo económico por múltiples desplazamientos para intentar acceder a los servicios de salud y el pago de servicios de salud privados.

Se requiere el abordaje intersectorial con el fin de garantizar un impacto social eficaz y efectivo a los servicios de salud, teniendo en cuenta las características de la población migrante interna en el país en donde se transversalizan asuntos como empleo, educación y la violencia por actores armados, entre otros.

Este estudio permite a los tomadores de decisiones, orientar políticas, programas y estrategias que mejo-



ren el acceso a los servicios de salud para las personas afrocolombianas migrantes internas. De otro lado, incita a los investigadores de la salud pública y las ciencias sociales a profundizar sobre la migración interna y su impacto en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones afrocolombianas.

Agradecimientos

A la dirección de Investigación e Innovación de la Universidad CES, por el apoyo financiero para 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



Referencias

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>
- Agudelo, A. A., Álzate, S., López, F., López, C., Espinosa, É., Posada, A. y Meneses, E. J. (2014). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), Article 27. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.bfas>
- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G. & Lawless, M. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 160940691987459. <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>
- Asprilla, K. (2016). *Migración interna: Representaciones sociales de las prácticas de cuidado de la salud en familias afrocolombianas* [Maestría, Universidad Autónoma de Manizales]. <http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/982/1/Informe%20Final.pdf>
- Banco Mundial. (2018). *Afrodescendientes en Latinoamérica Hacia un marco de inclusión* (pp. 1-113). Banco Mundial. <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/316161533724728187/pdf/129298-7-8-2018-17-30-51-AfrodescendientesenLatinoamerica.pdf>
- Bejarano, J. (2019). *Estudio del universalismo como principio del sistema de salud colombiano Una propuesta desde el ámbito económico del liberalismo igualitario* [Doctoral, Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69734>
- Búron, A. (2012). *Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya* [Tesis Doctoral, Autónoma de Barcelona]. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/96528/abp1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cabieses B, Bernal M, y McIntyre A. (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., & Bird, P. (2014). Glossary of access to health care and related concepts for low- and middle-income countries (LMICs): A critical review of international literature. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 44(4), 845-861. Doi: <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.j>
- Consejo Danés para refugiados. (2021). *Barreras en el acceso a salud de la población refugiada y migrante venezolana en Riohacha y Maicao, la Guajira*. <https://www.r4v.info/es/document/colombia-barreras-en-el-acceso-salud-de-la-poblacion-refugiada-y-migrante-venezolana-en>
- Departamento Administrativo Nacional De Estadística. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/>
- Duarte, C., y Montoya, L. (2020). Migración interna en Colombia. Entre la búsqueda de oportunidades y el desplazamiento forzado. En F. Aliaga y A. Florez (Eds.), *Dimensiones de la migración en Colombia*. (1.a ed.). USTA. <https://doi.org/10.2307/j.ctv15kxfvt>
- Dzúrová, D., Winkler, P. & Drbohlav, D. (2014). Immigrants' Access to Health Insurance: No Equality without Awareness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(7), 7144-7153. <https://doi.org/10.3390/ijerph110707144>
- Franco, L. (2012). *Migración y remesas en la ciudad de Ixmiquilpan*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. <https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/5454>
- Granados, J. (2010). *Las Migraciones Internas Y Su Relación Con El Desarrollo En Colombia: Una aproximación desde algunos estudios no clasificados como migración interna de los últimos 30 años*. <http://www.javeriana.edu.co/>



biblos/tesis/eambientales/tesis27.pdf

Hernández, J., Rubiano, R. y Barona, J. C. C. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Colectiva*, 20, 1947-1958. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>

Hoyos, L. y Muñoz, L. (2019). Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 17-21. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69642>

Hurtado, T., Rosas, R. y Valdés, A. (2013). Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: Un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, 9, 19. https://www.researchgate.net/publication/333156643_MServicios_de_salud_discriminacion_y_condicion_etnicaracial_un_estudio_de_caso_de_la_problematika_en_Mexico_y_Colombia

Ingleby, D. (2012). *Ethnicity, Migration and the 'Social Determinants of Health'*. 21(3), 331-341. <https://dx.doi.org/10.5093/in2012a29>.

Lamus, D. (2012). *Raza y etnia, sexo y género: El significado de la diferencia y el poder*. 14(27), 68-84. <https://doi.org/10.29375/issn.0124-0781>

Mejía, A., Sánchez, A. y Tamayo, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 9(1), 26-38. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100005

Ministerio de salud. (1993). *Resolución N° 8430*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Portabilidad*. <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Archivos-temporal-jd/infografia-portabilidad.png>

Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2015).

Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (p. 430). Profamilia. <https://dhsprogram.com/publications/publication-FR334-DHS-Final-Reports.cfm>

Obach, A., Hasen, F., Cabieses, B., D'Angelo, C. y Santander, S. (2020). Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: Resultados de un estudio exploratorio. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.175>

Organización Internacional para las Migraciones. (2006a). *Migración y Salud. Sección 2.7, Fundamentos de Gestión de la Migración*. http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf

Organización Internacional para las Migraciones. (2006b). *N°7 Glosario sobre Migración: Derecho internacional sobre migración*. Ginebra. http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf

Organización Internacional para las Migraciones. (2013). *Informe Sobre las Migraciones en el Mundo 2013 El Bienestar De Los Migrantes Y El Desarrollo*. United Nations Pubns. http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2013_sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud y OPS/OMS. (2021). *Atención primaria en salud [Organismo internacional]. OPS/OMS*. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

Pan American Health Organization. (2021). *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54503>

Peña, M. E., Garzón, M., Cardona, D. y Segura, A. (2016). *Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia - Colombia. Universidad y Salud*, 18(2), 219-231. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200004

Restrepo, J., Casas, L. y Espinal, J. (2018). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760. *Revista de Salud Pública*, 20(6), 670-676. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.78585>



- Rodríguez, J. y Martínez, A. (2021). *Nuevas herramientas y análisis sobre segregación residencial socioeconómica, migración interna y movilidad cotidiana en Costa Rica, Guatemala y el Perú, 1980-2018*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47558/S2100730_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, J., Rodríguez, D. y Corrales, J. (2015). *Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013*. 20(6), 1947-1958. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
- Rodríguez, M. (2010). La invisibilidad estadística étnico-racial negra, afrocolombiana, raizal y palenquera en Colombia. *Trab. Soc. [Internet]*, 12, 89-99. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/ts>
- Rodríguez, S. (2010a). *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*. https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Barreras%20y%20determinantes%20del%20acceso%20a%20los%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia&author=S.%20Rodr%C3%ADguez%20Acosta&publication_year=2010
- Rodríguez, S. (2010b). *Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia* [Tesis de maestría, Autónoma de Barcelona]. <http://encuentros.alde.es/antteriores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>
- Rojas, G., Fritsch, R., Castro, A., Guajardo, V., Torres, P. y Díaz, B. (2011). Trastornos mentales comunes y uso de servicios de salud en población inmigrante. *Revista médica de Chile*, 139(10), 1298-1304. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011001000008>
- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5.a ed.). Universidad de Deusto. <https://books.google.es/books?id=WdaAt6ogAykC&printsec=copyright&hl=es#v=onepage&q=narrativo&f=false>
- Shengelia, B., Tandon, A., Adams, O. B. & Murray, C. J. L. (2005). Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science & Medicine* (1982), 61(1), 97-109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.055>
- Sun, N. & Yang, F. (2021). Impacts of internal migration experience on health among middle-aged and older adults—Evidence from China. *Social Science & Medicine*, 284, 114236. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114236>
- Sznajder, K. K., Winchester, M. S., Biney, A. A. E., Dodoo, N. D., Letsa, D. & Dodoo, F. N.-A. (2020). The Migration Experience and Differential Risks to Sexual and Reproductive Health in Ghana. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 47(5), 718-727. <https://doi.org/10.1177/1090198120939492>
- Torres, C. (2001). La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 188-201. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892001000900015>
- Tovar, J. A. M., Pomares, D., Sierra, M. y Martínez, M. G. (2020). Racismo y segregación en Colombia: Salud, educación y trabajo en la población afrodescendiente del pacífico. *Trans-pasando Fronteras*, 16(16). <https://doi.org/10.18046/retf.il6.4102>
- Valencia, M., González, G., Agudelo, N., Acevedo, L. y Vallejo, I. (2007). Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. *Rev. Salud pública*, 9(4), 529-540. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap>
- Vargas, I. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia* [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>
- Vasilachis, I., Ameigeras, L. y Chernobilsky, L. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa. <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacion-cualitativa-1.pdf>
- Viáfara, C. A., Palacios, G. & Banguera, A. (2021). Inequidad



por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: Un estudio de corte transversal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18>

Williams, D. & Mohammed, S. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *Journal of behavioral medicine*, 32(1), 20. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>

Woodward, A., Howard, N. & Wolffers, I. (2014). Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: A scoping review. *Health Policy and Planning*, 29(7), 818-830. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czt061>

World Health Organization. (2018, abril 23). *Sistemas de salud*. <http://www.who.int/healthsystems/about/en/>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
"Reconocimiento/No Comercial/Sin Obra Derivada".

