

Artículo de investigación

## Migración interna y el acceso a los servicios de salud. El caso de la población afrocolombiana migrante del departamento del Chocó a Medellín\*

### *Internal migration and access to health services. The case of the Afro-Colombian migrant population from the department of Chocó to Medellín*

Keyra Liseth Asprilla Córdoba <sup>1</sup>✉, Gino Montenegro Martínez <sup>2</sup>✉

\* 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.

<sup>1</sup> Profesional en Desarrollo Familiar, Magister en Salud Pública, Estudiante Doctorado en Salud Pública Universidad CES, Colombia.

<sup>2</sup> Odontólogo, Doctor en Salud Pública, Docente Universidad CES, Colombia.

#### Fecha correspondencia:

Recibido: septiembre 15 de 2021.

Revisado: julio 20 de 2022.

Aceptado: agosto 12 de 2022.

#### Forma de citar:

Asprilla, Keyra Liseth y Montenegro, Gino. “Migración interna y el acceso a los servicios de salud. El caso de la población afrocolombiana migrante del departamento del Chocó a Medellín.” En: Revista CES Derecho. Vol. 13. No. 2, mayo a agosto de 2022, p. 28-44.  
<https://dx.doi.org/10.21615/cesder.6399>

[Open access](#)

[© Derecho de autor](#)

[Licencia creative commons](#)

[Ética de publicaciones](#)

[Revisión por pares](#)

[Gestión por Open Journal System](#)

## Resumen

La migración interna ofrece oportunidades en términos laborales, educativos y de bienestar. No obstante, también plantea desafíos en varios frentes, entre otras, para el acceso a los servicios de salud. Este artículo describe el acceso a los servicios de salud de una población que migra del departamento del Chocó a Medellín. Para ello, se aplicó encuesta telefónica a 392 personas afrocolombianas migrantes del departamento del Chocó a Medellín. La población que migra del Chocó a Medellín refiere barreras de diversos tipos para acceder a los servicios de salud, con mayor frecuencia, refieren barreras para acceder a los medicamentos, seguido de aquellas barreras para la autorización de procedimientos. De este modo, pertenecer al sistema general de seguridad social en salud no garantiza el acceso efectivo a los servicios. Es necesario la integración de las necesidades de salud de los migrantes internos en las políticas y estrategias nacionales de salud.

**Palabras claves:** migración interna; población afrocolombiana; servicios de salud.

DOI: 10.21615/cesder.6399  
ISSNe 2145-7719

[Publica con nosotros](#)

## Abstract

Internal migration offers opportunities in terms of employment, education, and well-being. However, it also poses challenges on several fronts, including access to health services. This article describes access to health services for a

population that migrates from the department of Chocó to Medellín. To this end, a telephone survey was applied to 392 Afro-Colombian migrants from the department of Chocó to Medellín. The population that migrates from Chocó to Medellín refers to barriers of various types to access health services; more frequently, they refer to obstacles to access medicines, followed by those barriers to the authorization of procedures. Thus, belonging to the general social security system in health does not guarantee adequate access to services. There is a need to integrate the health needs of internal migrants into national health policies and strategies.

**Keywords:** internal migration; afro-colombian population; health services.

## Introducción

La fragilidad de los refugiados, los desplazados internos y los migrantes, hace necesario recurrir a su análisis desde un enfoque que considere a los Derechos Humanos (DDHH) como eje fundamental (Organización Mundial de la Salud, 2002). En este sentido, la Declaración Universal de Derechos Humanos plantea, al menos, dos asuntos relevantes en esta materia; la primera, los DDHH son universales y se consideran fundamentales e inalienables para todo ser humano, más allá de sus características culturales, políticas, históricas, sociales o económicas. La segunda; toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).

La migración hace referencia a la movilidad de una persona ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, con el fin de establecer un nuevo asentamiento temporal o permanente. Independientemente de su tamaño, composición o causas, ofrece oportunidades en términos laborales, educativos y de bienestar, más aún en un mundo globalizado (Organización Internacional para las Migraciones para América del Sur; Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos, 2018). No obstante, dicha movilidad también plantea importantes desafíos frente a la vulnerabilidad y discriminación (Naciones Unidas et al., 2013), de otro lado, amplía la pirámide poblacional en las edades jóvenes presionando el mercado laboral y la infraestructura de servicios sociales básicos en las ciudades receptoras (Lozano, 2015). Entre otros, la población migrante experimenta dificultades para acceder a los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2015; Agudelo et al., 2012; Cabieses B et al., 2017; Close et al., 2016; Keygnaert I et al., 2014; Vissandjée B et al., 2017).

La migración es un fenómeno se ha estudiado con mayor frecuencia desde la perspectiva de la migración internacional (Cabieses B et al., 2017; Fernández et al., 2014; Martine et al., 2001;

Mayo – agosto de 2022

Pellegrino, 2003). Sin embargo, según la Organización Internacional para las Migraciones (2018), un importante número significativo de personas no cruzan fronteras nacionales cuando migran.

En Colombia la mayor intensidad de migrantes internos se presenta al interior de cada región en la dirección rural o municipio intermedio hacia las ciudades capitales (Banguero, 2015), lo cual implica una serie de retos en la medida que las personas buscan adaptarse a las dinámicas propias del lugar de llegada. La mayoría de los migrantes internos son mujeres, lo que explica la feminización del fenómeno migratorio (Duarte et al., 2020) Por otro lado, la población migrante es relativamente joven, dado que 6 de cada 10 personas 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 de los argumentos que explican esta dinámica, la oferta laboral y económica de Medellín se comportan como factores de atracción; no obstante, es importante recalcar que estas migraciones también son resultado por violencia de grupos armados.

Previamente, se ha reportado el elevado nivel de pobreza y desigualdad de la población afrocolombiana (Alcaldía de Medellín, 2011), de otro lado, se ha reportado que, de los departamentos de la región pacífica, el Chocó exhibe mayores necesidades básicas insatisfechas y una relación con peores resultados en salud (Asprilla y Montenegro, 2022). De otro lado, se ha reseñado la relevancia de contar con información que dé cuenta de las necesidades de los migrantes internos en el país, a fin de generar estrategias de política pública ajustadas para esta población.

Estudios de barreras de acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín, se han realizado para el acceso a controles prenatales (Hoyos & Muñoz, 2019) , y en adultos mayores (Agudelo et al., 2014; Peña et al., 2016). No conocemos un estudio que describa el acceso a los servicios de salud a la llegada de migrantes internos a Medellín, especialmente del Chocó. En este sentido, este trabajo busca describir las características para el acceso a los servicios de salud de personas afrocolombianas que migran del departamento del Chocó a Medellín.

## **Metodología**

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una población de 392 afrocolombianos con experiencia migratoria del departamento del Chocó a Medellín, las cuales fueron contactadas telefónicamente a partir de la información suministrada por el equipo de etnias de la Alcaldía de Medellín.

El trabajo de campo de la investigación se desarrolló en el segundo semestre del año 2020 en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria por la pandemia por el virus SARS COVID-19. Por lo tanto, se adaptó el procedimiento cambiando el método de encuesta presencial a encuesta telefónica, ya que no era posible el contacto personal con los sujetos. Se apoyó el uso de encuestas telefónicas, es decir, los entrevistadores hacían preguntas y las respuestas se anotaban en una macro del software Excel<sup>®</sup>. En promedio, las llamadas para realizar encuestas duraron 12 minutos.

A través del cuestionario se indagó por las características sociales y demográficas de la población y el acceso a los servicios de salud, para ello se preguntó: ¿En los últimos 6 meses usted ha consultado o asistido a los servicios de salud del sistema general de salud?, ¿Cuáles han sido las barreras de acceso para los servicios de salud del sistema general de salud? Las encuestas fueron realizadas por el primer autor del presente artículo y dos encuestadores entrenados y calibrados previamente. Antes de su aplicación se realizó una prueba piloto. Se incluyeron mayores de 18 años que aceptaran participar y firmaran el consentimiento informado. Se excluyeron aquellas personas con alguna limitación que la impidiera contestar autónomamente las preguntas contenidas en la encuesta.

Se realizó un análisis descriptivo orientado a reseñar las características sociales, demográficas, y el acceso a los servicios de salud de la población encuestada, para ello, se recurrió al cálculo de frecuencias absolutas y relativas. Los análisis se realizaron en el software IBM SPSS 21.0 (Licencia de la Universidad CES). La investigación se clasificó como de riesgo mínimo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993.

## Resultados

En total se encuestaron 392 personas afrocolombianos nacidos en el departamento del Chocó y que, al momento de la investigación, residían en la ciudad de Medellín. De acuerdo con el sexo, siete de cada diez personas encuestadas fueron mujeres. Frente a la edad, aquellas de 30-59 años correspondieron al 68%, las de 19-29 el 19,1% y las de 60-85 el 12,5%. De acuerdo con el estado civil la mitad de las personas eran solteras, la tercera parte casados o en unión libre y en menor proporción separadas y viudos. Con relación al nivel educativo el 2,0% no tenía escolaridad, el 15,6% tenía primaria, el 50,5% secundaria y el 31,9% superior o universitario. Ocho de cada diez personas encuestadas se encuentran afiliados al SGSSS, el 51,1% al régimen subsidiado, el 48,6% al contributivo y el 0,9% al régimen especial. Con mayor frecuencia las personas refieren tener barreras para acceder a los medicamentos, seguido para la autorización de procedimientos (ver [Tabla 1](#)).

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

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	88	22,4
Mujer	304	77,6
<b>Edad</b>		
19-29	75	19,1
30-59	268	68,4
60-85	49	12,5
<b>Estado civil</b>		
Soltero	206	52,6
Unión libre o Casado	136	34,7
Separado	40	10,2
Viudo	10	2,6
<b>Nivel educativo</b>		
Sin escolaridad	8	2,0
Primaria	61	15,6
Secundaria	198	50,5
Superior o Universitario	125	31,9
<b>Régimen de afiliación</b>		
Subsidiado	169	51,1
Contributivo	159	48,0
Especial	3	0,9
<b>Barreras para el acceso</b>		
Geográfica	61	13,2
Medicamentos	153	33,0
Continuidad	58	12,5
Procedimientos	130	28,1
Aseguramiento	61	13,2

**Fuente:** elaboración propia.

En relación con las barreras para acceder a los servicios de salud, es interesante ver que las características de las personas son similares para los cinco tipos de barreras que se indagaron. Es decir, en su mayoría son mujeres, además, son personas solteras que se encuentran entre los 30 y 59 años y con nivel educativo secundaria.

Adicionalmente, no existe una marcada diferencia entre la pertenencia al régimen subsidiado y contributivo y tener o no barreras de acceso a los servicios de salud, sí frente a aquellas personas que se encuentran en un régimen especial. No obstante, en esta última característica es importante considerar que en el estudio se encuestó solamente a tres personas que refirieron estar en este régimen (ver [Tabla 2](#)).

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

Variable	Barrera geográfica				Barrera medicamentos				Barrera continuidad				Barrera autorización procedimientos				Barrera por aseguramiento			
	Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>																				
Masculino	11	18,0	24	26,0	35	22,9	0	0	11	19,0	6	21,0	30	23,1	5	20,0	13	21,3	75	22,7
Femenino	50	82,0	69	74,0	118	77,1	1	100	47	81,0	22	79,0	100	76,9	20	80,0	48	78,7	256	77,3
<b>Estado civil</b>																				
Soltero	33	54,1	51	55,0	83	54,2	1	100	27	46,6	17	61,0	67	51,5	17	68,0	34	55,7	172	52,0
Unión libre o casado	22	36,1	30	32,0	52	34	0	0	21	36,2	9	32,0	45	34,6	8	32,0	17	27,9	119	36,0
Separado	5	8,2	6	6,5	11	7,2	0	0	5	8,6	1	3,6	11	8,5	0	0	9	14,8	31	9,4
Viudo	1	1,6	6	6,5	7	4,6	1	100	5	8,6	1	3,6	7	5,4	0	0	1	1,6	9	2,7
<b>Edad agrupada</b>																				
19-29	12	19,7	11	12,0	23	15,0	0	0	7	12,1	5	18,0	18	13,8	5	20,0	16	26,2	59	17,8
30-59	39	63,9	66	71,0	104	68,0	1	100	35	60,3	21	75,0	88	67,7	18	72,0	37	60,7	231	69,8
0-85	10	16,4	16	17,0	26	17,0	0	0	16	27,6	2	7,1	24	18,5	2	8,0	8	13,1	41	12,4
<b>Régimen de afiliación</b>																				
Subsidiado	28	50,0	49	55,0	76	52,8	1	100	29	51,8	14	56,0	64	52,9	13	52	--	--	--	--
Contributivo	27	48,2	39	44,0	65	45,1	0	0	25	44,6	11	44,0	54	44,6	12	48	--	--	--	--
Especial	1	1,8	1	1,1	3	2,1	0	0	2	3,6	0	0	3	2,5	0	0	--	--	--	--
<b>Nivel educativo</b>																				
Primaria	6	10,2	15	17,0	21	14,4	0	0	12	22,6	1	3,6	20	16,3	1	4,0	14	23,0	47	14,6
Secundaria	32	54,2	41	46,6	71	48,6	1	100	20	37,7	17	60,7	59	48,0	14	56,0	29	47,5	169	52,3
Superior o Universitario	21	35,6	32	36,4	54	37,0	0	0	21	39,6	10	35,7	44	35,8	10	40,0	18	29,5	107	33,1

Fuente: elaboración propia.

\*Una persona pudo experimentar varias barreras de manera simultánea.

## Discusión

La población que migra del Chocó a Medellín refiere barreras de diversos tipos para acceder a los servicios de salud. Con mayor frecuencia, refieren barreras para acceder a los medicamentos, seguido de aquellas barreras para la autorización de procedimientos. Las características que describen a la población para cada una de las cinco barreras que se indagaron en este estudio, corresponden en su mayoría a mujeres, en relación con la edad, son personas entre los 30 y 59 años, y no hay diferencias marcadas entre el régimen de afiliación subsidiado y contributivo.

El acceso a los servicios de salud es un concepto que ha intentado explicar el funcionamiento en la puerta de entrada a los sistemas de salud, sea cual fuere su naturaleza (pública, privada o mixta), así como la relación entre las personas que demandan atención en salud y diferentes servicios que componen tales estructuras sanitarias (Valencia et al., 2007). De tal modo, resulta ser la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado (Cabieses B et al., 2017), los cuales pueden mejorar principalmente la salud de las personas y las poblaciones, ofreciendo intervenciones de alta calidad a quienes puedan beneficiarse de ellas (Shengelia et al., 2005).

Frente al hallazgo de esta investigación, se puede determinar que la presencia de barreras y las necesidades insatisfechas en la atención de salud podrían incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad tratables y prevenibles (Houghton et al., 2021). No ejercer el derecho a la salud y a la protección de su salud, no sólo acentúa su vulnerabilidad, sino que profundiza la desigualdad social (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2013).

De acuerdo con Mejía y cols., (2007) es en el acceso a los servicios de salud en dónde se presentan mayores inequidades, ya que el proceso de búsqueda de atención en salud muchas veces no se completa o incluso, no inicia, debido a barreras desde el lado de la oferta o de la demanda. Las inequidades cada vez son mayores en todo el mundo, aproximadamente 100 millones de personas son empujadas a la pobreza cuando pagan de su bolsillo los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2018). En investigaciones previas, se ha descrito que son las personas afro las que presentan mayores barreras para el acceso a servicios (Ariza y Hernández, 2008; Okoro et al., 2020; Riviere y Rose, 2020; Watson, 2014).

En la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 49 se establece la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado (Asamblea Nacional Constituyente, 1991). De otro lado, la salud como derecho fundamental, está contemplada en la Ley 1751 de 2015 (Congreso de la República de Colombia, 2015), la cual expone los elementos esenciales, derechos y deberes a fin de garantizar que la prestación de servicios de salud llegue a todo habitante de territorio nacional, siendo este el cuarto pilar. Sin embargo, de acuerdo con los resultados de este estudio esto no se está garantizando.

De este modo, se ha descrito que el sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud, influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve permeado por éstos. El género, la educación, el trabajo, el nivel de ingresos, el grupo étnico al que se pertenece y el lugar de residencia están íntimamente ligados al acceso de la población a los servicios de salud, la eficacia de éstos y a la experiencia que se tiene como paciente (World Health Organization, 2009).

En línea con lo anteriormente expuesto, la población estudiada al pertenecer a un grupo étnico y al ser migrante podría estar presentando mayores dificultades en el acceso a los servicios de salud esto asociado al fenotipo y a las condiciones sociales y económicas; esto exacerba discriminación interseccional que impacta directamente en ejercicio del derecho a la salud. La violencia y la discriminación racial está implícita en las relaciones cotidianas y en las acciones adelantadas desde la institucionalidad con migrantes negros (Guzmán, 2016). Los estereotipos raciales negativos arraigados en las culturas dominantes pueden ser una fuente adicional de comportamiento discriminatorio, incluso entre quienes no tienen prejuicios (Williams y Mohammed, 2009).

Los más vulnerables enfrentan las mayores barreras de acceso: las personas que viven en privación socioeconómica, grupos étnicos minoritarios, mujeres y otras personas que son estigmatizados y discriminados (Cabieses y Bird, 2014). Por consiguiente, las inequidades en salud pueden limitar a los migrantes internos del departamento del Chocó a Medellín a tener mayores oportunidades y mejorar su calidad de vida, puesto ven restringido el goce efectivo del derecho a la salud.

Los riesgos, vulnerabilidades y necesidades que enfrentan los migrantes varían ampliamente según el género y la pertenencia a diferentes grupos especialmente étnicos (Organización Internacional para las Migraciones, 2015). En su mayoría fueron mujeres las que salieron del territorio chocono, y fueron estas quienes más barreras de acceso a los servicios de salud presentaron. Las mujeres afrodescendientes y las migrantes son las más afectadas por la ineficacia y precarización de los servicios de salud (Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2018).

Respecto al nivel educativo se identificó que en mayor proporción las personas migrantes tienen educación secundaria. La educación es un factor clave en los movimientos poblacionales dado que ocupa un lugar central en la decisión de migrar. La UNESCO (Organización de las Naciones para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2019) identifica que las personas con educación primaria tienen el doble de probabilidades de migrar que las que no han asistido nunca a la escuela; la probabilidad se multiplica por tres si se ha recibido educación secundaria y por cuatro a nivel terciario.

Mayo – agosto de 2022

El nivel educativo es un factor importante en la consolidación de la desigualdad social en salud porque refleja el capital humano (Braz et al., 2013) y, también está angostamente relacionado con el riesgo para la salud y la discapacidad en relación con la condición del individuo en los primeros años de vida, condiciones familiares, oportunidades de empleo y desarrollo habilidades para mantener la salud y hacer frente a situaciones adversas (Solé, 2016).

Es de suma importancia para lograr la buena salud, la cobertura universal, terminar con la pobreza y reducir las desigualdades (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015), sin embargo en Colombia a pesar de los avances, principalmente en cobertura, subsisten hondas preocupaciones en cuanto al acceso y la equidad en la atención (Restrepo et al., 2018).

Para mejorar la calidad de vida de los migrantes internos y el acceso a los servicios de salud, es necesario adaptar las políticas, programas y marcos legales con el fin de promover, proteger la salud y su bienestar (Organización Panamericana de la Salud, 2018). A hoy para garantizar el derecho a la atención de la salud, los migrantes se ven obligados a emprender acciones legales, puesto para los trámites en salud en Colombia se han instaurado burocracias complejas que retrasan y limitan la atención a través de mecanismos de control de costos (Abadía & Oviedo, 2009).

Es preponderante diseñar, desarrollar e implementar políticas públicas que aseguren el acceso y la cobertura del sistema de salud de las personas afrodescendientes; teniendo en cuenta la intersección de etnia, género, condiciones socioeconómicas (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2021).

Un sistema regional único de información migratoria es otra prioridad, la mayoría de los sistemas de datos oficiales no logran captar el número de migrantes internos y por ende las necesidades en salud. La migración interna es un fenómeno demográfico que entraña una alta complejidad para su medición directa dado que, en países como el nuestro, las personas no informan a las entidades gubernamentales el cambio de residencia entre una ciudad y otra. Por lo tanto, muchos de los datos deben ser inferidos a partir de alguna fuente o lograr su cuantificación mediante un censo poblacional (Faura y Gómez, 2002).

Si bien los censos de población proporcionan información útil sobre la migración interna, generalmente no registran los retornos y subsiguientes traslados dentro de un período de observación, y, por lo tanto, tienden a subestimar el número total de fenómenos migratorios (Naciones Unidas, 2018).

Es necesario la integración de las necesidades de salud de los migrantes en las políticas, estrategias y a los programas nacionales de salud; el CONPES 3603 de la política migratoria de Colombia solo está orientada al el contexto internacional (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2009). Es imposible disociar la migración interna de la internacional, al ser

Mayo – agosto de 2022

partes complementarias de un mismo proceso que comparte sus causas e impactos. Hay vasta evidencia que indica que la población que migra internamente tiene una mayor propensión a hacerlo internacionalmente (Canales et al., 2019).

La investigación se realizó bajo el escenario de pandemia por el virus SARS COVID-19 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.

Las dificultades encontradas durante el trabajo de campo giraron en torno a la solicitud y obtención del consentimiento informado y la incertidumbre y la desconfianza entre los encuestados frente a la llamada telefónica, lo cual se pudo mitigar con llamadas de sensibilización de la investigadora principal. Otros no pudieron ser localizados porque el número de teléfono pertenecía a un familiar o vecino al que no se pudo localizar debido al aislamiento social obligatorio. Finalmente, se identificaron situaciones de ansiedad y necesidades básicas insatisfechas en algunos afrocolombianos contactados los cuales fueron derivados a la Defensoría del Pueblo de Medellín.

## Conclusiones

El pertenecer al sistema general de seguridad social en salud no garantiza el acceso efectivo a los servicios para el caso de la población encuestada en este estudio. La migración interna plantea otros retos para la sociedad colombiana y para el SGSSS, de este modo, es necesario la integración de las necesidades de salud de esta población en las políticas, estrategias y los programas nacionales de salud, orientados a mejorar el acceso a los servicios de salud. De otro lado, es apremiante proteger el derecho a la salud y responder ante las necesidades de salud de los migrantes internos.

## Conflicto de interés

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

## 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

Abadia, C., & Oviedo, D. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1153-1160. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>

Mayo – agosto de 2022

- Agudelo, A., Gil, D., Vives, C., Love, G., Wimpenny, P., & Ronda, E. (2012). A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-13.
- Agudelo, A. A., Alzate, S., López, F., López, C., Espinosa, É., Posada, A., & 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.rgyys13-27.bfas>
- Alcaldía de Medellín. (2011). Condiciones de la población negra afrocolombiana, palenquera y raizal en Medellín. Caracterización Sociodemográfica, Desarrollo Humano y Derechos Humanos 2010.
- Alcaldía de Medellín. (2019). Plan Municipal Afrodescendiente 2020 – 2029. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/ [https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2022/03/Libro-Plan-Municipal-Afrodescendiente\\_compressed-comprimido.pdf](https://www.medellin.gov.co/es/wp-content/uploads/2022/03/Libro-Plan-Municipal-Afrodescendiente_compressed-comprimido.pdf)
- Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2018). Mujeres y niñas afrodescendientes Logros y desafíos en relación con los derechos humanos. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/ <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/DESCA-Afro-es.pdf>
- Andrade, O., Castaño, A., Díaz, L., Duarte, C., Giraldo, I. G., Lacoste, B., Montenegro, H., Tangarife, M., & Trujillo, D. (2009). Dinámicas históricas y territoriales del conflicto político, social y armado 1958-2016 (p. 188). Instituto de Estudios Interculturales Pontificia Universidad Javeriana Cali. [https://www2.javerianacali.edu.co/sites/uic/files/node/field-documents/field\\_document\\_file/uraba-choco\\_parte\\_1.pdf](https://www2.javerianacali.edu.co/sites/uic/files/node/field-documents/field_document_file/uraba-choco_parte_1.pdf)
- Ariza, J., & Hernández, M. (2008). Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de Salud Pública*, 10, 58-71. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000600006>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Universal declaration of human rights. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet2Rev.1en.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

- Asprilla Córdoba K, Montenegro Martínez G. Desigualdades sociales en salud: análisis de la región pacífica colombiana. *Salud UIS*. 2022; 54: e22048. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22048>
- Banguero, H. (2015). El proceso migratorio en Colombia: Determinantes y consecuencias. *Boletín Socioeconómico*. <http://www.uao.edu.co/sites/default/files/ARTICULO%201.pdf>
- Braz, A., Loureiro, G., & Rodriguez, M. (2013). Autoevaluación del estado de salud y la asociación con factores sociodemográficos, hábitos de vida y morbilidad en la población: Una encuesta nacional. *Cad. Saúde Pública*, 12.
- Cabieses B, Bernal M, & McIntyre A. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: Evidencia y propuestas para políticas públicas.
- 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. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.j>
- Canales, A., Fuentes, J., & De Leon, C. (2019). Desarrollo y migración: Desafíos y oportunidades en los países del norte de Centroamérica. *Publicación de las Naciones Unidas*. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44649/1/S1000454\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44649/1/S1000454_es.pdf)
- Close, C., Kouvonen, A., Väänänen, A., O'Reilly, D., & Donnelly, M. (2016). What do register-based studies tell us about migrant mental health? A scoping review. *Patel et al. Systematic Reviews*, 6(78), 1-11.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020, diciembre 17). *Acerca de Migración interna* [Text]. Naciones Unidas CEPAL; CEPAL. <https://www.cepal.org/es/temas/migracion/acerca-migracion-interna>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). *CIDH llama a los Estados a combatir la discriminación contra personas mayores* [Text]. OEA - Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/152.asp>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2021). *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes: Estándares interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructura*. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/DESCA-Afro-es.pdf>

Mayo – agosto de 2022

- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2009). CONPES 3603 Política Integral Migratoria – PIM. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3603.pdf>
- Corporación Convivamos & Alcaldía de Medellín. (2011). Condiciones de vida de la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal en Medellín. [https://www.academia.edu/3604042/Condiciones de vida de la poblaci%C3%B3n negra afrocolombiana palenquera y raizal en Medell%C3%ADn 2010](https://www.academia.edu/3604042/Condiciones_de_vida_de_la_poblaci%C3%B3n_negra_afrocolombiana_palenquera_y_raizal_en_Medell%C3%ADn_2010)
- Defensoría del Pueblo Colombia. (2018). Informe especial: Economías ilegales, actores armados y nuevos escenarios de riesgo en el post acuerdo (p. 249). Defensoría del Pueblo de Colombia. <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/economiasilegales.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional De Estadística. (2018). Censo Nacional de Población y Vivienda. <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/>
- Duarte C, Montoya L, Aliaga F. Migración interna en Colombia. Entre la búsqueda de oportunidades y el desplazamiento forzado. En: Dimensiones de la migración en Colombia. [https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/23515/Obracompleta.Coleccion\\_agendasydebates.2020Aliagafelipe.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/23515/Obracompleta.Coleccion_agendasydebates.2020Aliagafelipe.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Faura, Ú., & Gomez, J. (2002). ¿Cómo medir los flujos migratorios? Papers. Revista de Sociología, 66(0), 15-44. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v66n0.1619>
- Fernández, A., Manduján, J., & Guzmán, E. (2014). Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos. 10(1), 291-306.
- Guzmán, G. (2016). Racismo en Chile: La piel como marca de la inmigración (M. Tijoux, Ed.; Primera edición). Universidad de Chile, Vicerrectoría de Extensión y Comunicaciones, Editorial Universitaria.
- Houghton, N., Bascolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Urrutia, S., Coitino, A., Senisse, A., & del Riego, A. (2021). Barreras de acceso que obstaculizan el logro de la Salud universal: Situación en las Américas e implicaciones para la política pública [Seminarios virtuales sobre las ca]. <https://www.campusvirtualesp.org/es/webinar/evaluando-las-barreras-de-acceso-para-lograr-la-salud-universal-en-la-era-de-covid-19>

Mayo – agosto de 2022

- Hoyos, L., & 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. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69642>
- Keygnaert I, Guieu A, Ooms G, Vettenburg N, Temmerman M, & Roelens K. (2014). Sexual and reproductive health of migrants: Does the EU care? 2-3, 114, 215-225. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.10.007>
- Lozano, H. (2015). El impacto de los flujos migratorios sobre la ciudad de Cali: Un análisis exploratorio con información del Censo de población y vivienda de Colombia 2005. 1, 12, 1-18.
- Martine, G., Hakkert, R., & Guzmán, J. (2001). Aspectos sociales sobre la migración internacional: Consideraciones preliminares. *Notas de Población*, 28(73), 163-193.
- Mejía, W., Duarte, C., Montoya, L., Bernal, C., Cardozo, K., Granados, L. A., Polo, S., López, S., Castro Franco, A., García, N., Baracaldo, P. V., Pinto, L., Rodríguez, C., Mojica, E. C., Espinel, G. A., Herrera, M. L., Camargo, A. C., Toro, A., & Ordóñez, J. T. (2020). Dimensiones de la migración en Colombia. (F. A. Aliaga & A. Flórez, Eds.). Universidad Santo Tomas. <https://doi.org/10.15332/li.lib.2020.00232>
- 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 y Profamilia. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 (p. 430). Profamilia. <https://dhsprogram.com/publications/publication-FR334-DHS-Final-Reports.cfm>
- Misión de Observación Electoral. (2010). Monografía Político Electoral Departamenro de Chocó 1997 a 2007. [https://moe.org.co/home/doc/moe\\_mre/CD/PDF/choco.pdf](https://moe.org.co/home/doc/moe_mre/CD/PDF/choco.pdf)
- Naciones Unidas. (2018). Ciudades sostenibles, movilidad humana y migración internacional. Comisión de Población y Desarrollo 51er período de sesiones. <https://www.un.org/en/development/desa/population/commission/sessions/2018/index.asp>

Mayo – agosto de 2022

- Naciones Unidas, Derechos Humanos, & Alto Comisionado (Eds.). (2013). Migración y derechos humanos Mejoramiento de la gobernanza basada en los derechos humanos de la migración internacional. [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/MigrationHR\\_improvingHR\\_Report\\_Spt.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/MigrationHR_improvingHR_Report_Spt.pdf)
- Okoro, O., Cernasev, A., Hillman, L., & Kamau, N. (2020). Access to Health Care for Low-Income African American Women: Lived Experiences and Expectations. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31(2), 939-957. <https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0070>
- Organización de las Naciones para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2019). Informe de seguimiento de la educación en el mundo migración, desplazamiento y educación: Construyendo puentes, no muros (p. 436). UNESCO. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Informe%20de%20seguimiento%20de%20la%20educaci%C3%B3n%20en%20el%20mundo,%202019.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2015). Política de la OIM sobre la igualdad de género 2015-2019. <https://www.iom.int/sites/default/files/about-iom/gender/C-106-INF-8-Rev.1-Pol%C3%ADtica-de-la-OIM-sobre-la-Igualdad-de-G%C3%A9nero-2015-2019.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones para América del Sur, & Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos. (2018). Derechos Humanos de personas Migrantes—Manual Regional. <https://publications.iom.int/es/books/derechos-humanos-de-personas-migrantes-manual-regional>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Veinticinco Preguntas y Respuestas Salud y derechos humanos. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698\\_spa.pdf;jsessionid=E8EB5C2E67377A289DD67EABC5E5C2F9?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42592/9243545698_spa.pdf;jsessionid=E8EB5C2E67377A289DD67EABC5E5C2F9?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Promoción de la salud de los migrantes. Informe de la Secretaría 138.a. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB138/B138\\_26-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_26-sp.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Documento de orientación sobre migración y salud [Multilateral]. Organización Panamericana de la salud. <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud>

Mayo – agosto de 2022

- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2013). Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México. Organización Panamericana de la Salud. [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=ops-oms-mexico&alias=855-cobertura-universal-en-salud&Itemid=493](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ops-oms-mexico&alias=855-cobertura-universal-en-salud&Itemid=493)
- Padrón, H. (2011). Social determinants, health inequalities, and policies as subjects of research. *Rev Cubana Salud Pública*, 37(2), 1-19.
- Pellegrino, A. (2003). La migración internacional en América Latina y el Caribe: Tendencias y perfiles de los migrantes. Publicación de las Naciones Unidas. [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7172/S033146\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7172/S033146_es.pdf)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). Objetivo 3: Salud y Bienestar [Organismo internacional]. UNDP. <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
- Peña, M. E., Garzon, M., Cardona, D., & Segura, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia - Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia - Colombia. *Universidad y Salud*, 18(2), 219-231.
- Restrepo, J., Casas, L., & 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>
- Riviere, P., & Rose, B. S. (2020). 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*, 126(18), 4258-4258. <https://doi.org/10.1002/cncr.33064>
- 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>
- Solé, A. (2016). Desigualdades en salud por nivel educativo y género en España. <https://observatoriosociallacaixa.org/-/desigualdades-en-salud-por-nivel-educativo-y-genero-en-espana>

- Valencia, M., Gonzalez, G., Agudelo, N., Acevedo, L., & Vallejo, I. (2007). Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. *Rev. salud pública*, 9(4), 529-540.
- Varela, R., Ocegueda, J., & Castillo, R. (2016). Migración interna en México y causas de su movilidad | *Revista Perfiles Latinoamericanos*. *Perfiles Latinoamericanos FLACSO Mexico*, 25(49), 141-167.
- Vissandjée B, Short WE, & Bates K. (2017). Health and legal literacy for migrants: Twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care. 17(10), 1-12. <https://doi.org/Vissandjée et al. BMC International Health and Human Rights>
- Watson, J. (2014). Young African American Males: Barriers to Access to Health Care. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(8), 1004-1009. <https://doi.org/10.1080/10911359.2014.953416>
- 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>
- World Health Organization. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS. [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)