

Situación de salud en población migrante atendida por la cruz roja colombiana, 2020

Situación de salud en población migrante atendida por la cruz roja colombiana, 2020

Ángela Carmenza Gallego ^Q^{ID}, Benjamín Moreno ^R^{ID}, Jennifer Alejandra López ^J^{ID}, Oscar Aníbal Bernal ^G^{ID}

Recibido para publicación: - Aprobado para publicación:

RESUMEN

Objetivo. Describir la prevalencia de eventos en salud, identificados por Cruz Roja Colombiana -CRC- en diferentes puntos de atención durante 2020; en atención humanitaria dirigida a población migrante y de acogida, cumpliendo la misión de prevenir y aliviar el sufrimiento humano (1). **Materiales y métodos.** Descriptivo, corte transversal retrospectivo, de población atendida con 204.647 consultas realizadas por profesionales de salud, 67.3% (137.698) fueron mujeres, de estas 80% (30.768) se encontraban en edades 15 y 24 años. Las bases obtenidas fueron procesadas en programa de análisis estadístico R Studio versión 1.4.1106. **Resultados.** La crisis humanitaria generada por el flujo migratorio y sus efectos económicos, sociales, políticos determinan deterioro en la salud y en las condiciones de vida de poblaciones migrantes y de acogida como expresión de las desigualdades sociales. La principal patología en los niños de 5 a 14 años fueron enfermedades parasitarias y respiratorias, de 15 a 24 años fue orientación de anticoncepción y embarazo de alto riesgo, en mayores de 60 años fue hipertensión arterial. **Conclusiones** contribuir con análisis de la situación para la población migrante y de acogida ante el Estado y organizaciones del Cluster Salud, orientando una respuesta a la crisis humanitaria generada por el flujo migratorio.

Palabras clave: Migrante, Morbilidad, Prevalencia, Atención Primaria en Salud.

Citación (Vancouver)

Situación de salud en población migrante atendida por la cruz roja colombiana, 2020. Rev Avances en Salud; 2021. (5)2:8-14. DOI:

ABSTRACT

Objective. To describe the prevalence of health events identified by the Colombian Red Cross -CRC- in different points of care during 2020; in humanitarian care directed to migrant and host population, fulfilling the mission of preventing and alleviating human suffering (1). **Materials and methods.** Descriptive, retrospective cross-sectional study of the population attended with 204,647 consultations made by health professionals, 67.3% (137,698) were women, of whom 80% (30,768) were between 15 and 24 years of age. The databases obtained were processed in the statistical analysis program R Studio version 1.4.1106. **Results.** The humanitarian crisis generated by the migratory flow and its economic, social and political effects determine deterioration in the health and living conditions of migrant and host populations as an expression of social inequalities. The main pathology in children from 5 to 14 years old was parasitic and respiratory diseases, from 15 to 24 years old was contraceptive counseling and high-risk pregnancy, and in those over 60 years old was arterial hypertension. **Conclusions** Contribute with analysis of the situation for the migrant and host population before the State and organizations of the Health Cluster, orienting a response to the humanitarian crisis generated by the migratory flow.

Keywords: Migrant, Morbidity, Prevalence, Primary Health Care.

© 2021. Universidad de Córdoba. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acreditan.

¹Epidemióloga, equipo de gestión integral de salud de la Cruz Roja Colombiana. Carmenag69@gmail.com Código ORCID 0000-0002-8253-8466

²Líder nacional de gestión integral de salud de la Cruz Roja Colombiana. Benjamín.moreno@cruzrojacolombiana.org Código ORCID 0000-0001-9020-5533³MVZ, M Sc, Dr. Instituto de Investigaciones Biológicas del Trópico (IIBT), Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia, Universidad de Córdoba. ORCID: 0000-0001-6503-8323

³Auditora, equipo de gestión integral de salud de la Cruz Roja Colombiana. Jennifer.solano@cruzrojacolombiana.org Código ORCID 0000-0002-4593-5999

⁴AuOficial de información, equipo de gestión integral de salud de la Cruz Roja Colombiana. Oscar.bernal@cruzrojacolombiana.org

INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo describir la prevalencia de eventos en salud, identificados por la Cruz Roja Colombiana -CRC- en diferentes departamentos en sus puntos de atención durante el 2020; en desarrollo de la atención humanitaria dirigida a la población migrante y población vulnerable de acogida, entendida, esta última como aquella que reside en el país a donde ingresan el migrante y refugiado (2). En América Latina el flujo migratorio ha venido en aumento durante el último quinquenio, desde 2015, más de 5 millones de venezolanos y haitianos, se han refugiado en América Latina y Belice. La dimensión de estas migraciones impone a los países receptores grandes retos y entre ellos al sector salud (3). En Colombia con mayor magnitud en los últimos años ha venido en aumento la presencia de personas inmigrantes, principalmente provenientes de Venezuela, según informe de Migración Colombia - Un millón setecientos veintinueve mil quinientos treinta y siete ciudadanos venezolanos se encontrarían en Colombia para el 31 de diciembre de 2020, presentando un aumento del 2.35% con respecto a la registrada en el año 2019. Adicionalmente más de 404 mil son menores de edad, siendo el número de mujeres 203 mil y cerca de 201 mil son hombres. (4). Entre las razones que impulsan a la población para migrar hacia otros países se encuentran las desigualdades sociales y económicas, la inestabilidad política, los conflictos y desastres naturales. (5).

Este informe también hace referencia a la situación migratoria donde aproximadamente el 44% de estos, 762 mil venezolanos se encuentran en condición regular, mientras que el 56% más de 966 mil, se encontrarían en condición irregular; siendo esta situación la que acarrea mayores desigualdades para obtener atenciones en salud individual y colectiva. (4). Por lo cual tanto las instituciones nacionales como las organizaciones humanitarias han concentrado respuestas a las necesidades con base en diversas estrategias de acuerdo a los sectores. Una de las más apremiantes y

urgentes situaciones que viven los migrantes son las enfermedades que acontecen en su tránsito por el país, por esto que la Cruz Roja Colombia ha organizado desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud, un modelo que apunte a solventar situaciones de riesgos a la salud, debido a que su status migratorio o el lugar donde se han ubicado no garantiza el acceso al sistema general de salud colombiano. La Cruz Roja Colombiana desde la Estrategia Nacional de Migración promueve una vida sana y segura por medio de acciones en salud pública, con énfasis en el modelo de atención primaria en salud. A su vez para el cumplimiento de esta misión cuenta con el apoyo de los socios del Movimiento de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, en particular la Cruz Roja Americana, la Federación Internacional de la Cruz Roja, la Cruz Roja Alemana, la Cruz Roja Española y la Cruz Roja Noruega.

El modelo de atención primaria en salud comprende dos líneas de acción: la primera la atención institucional realizada por nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales cumplen con los criterios de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social(5), realizan atenciones en consulta externa en medicina general y especializada, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico; La segunda línea corresponde a la atención extramural realizada por la Unidades Móviles de Salud (UMS) que se ubican según análisis de la dinámica del fenómeno migratorio y de las necesidades de la población, prestando servicios de medicina general, enfermería, odontología, psicología y primeros auxilios. Este modelo de atención integra acciones de promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico- tratamiento, protección y vigilancia comunitaria, adicionalmente, cuenta con los profesionales y equipos para atender emergencias en el ámbito pre hospitalario.

La atención primaria en salud con enfoque desde la atención humanitaria - APS-H- es un modelo de atención en servicios de salud para población migrante y población en condición de vulnerabilidad promovido por la CRC con el apoyo financiero y técnico de los

socios mencionados anteriormente, que sigue los principios estratégicos para la Atención Integral de Salud a las personas migrantes, retornados y familias fragmentadas en la región SICA (6) caracterizados por servicios de salud inclusivos e integrales para migrantes. Los equipos móviles, permiten un acceso oportuno a las demandas de las personas migrantes dada su condición de movilidad en diferentes lugares de la ruta migratoria, como también servicios de atención en salud fijos para quienes se han asentado. El modelo de APS-H reconoce los aspectos culturales para afrontar los retos de la diversidad y eliminar rasgos de discriminación, incluye profesionales extranjeros con título homologado en medicina, para propiciar ambientes de confianza y familiaridad en la relación médico/paciente, que desarrollan acciones en salud en conjunto con los profesionales nacionales. (6). Incorpora apoyo psicosocial, orienta sobre la situación legal, permanencia y laboral derivados de la condición migrante, procesos educativos y prevención orientados a mitigar riesgos propios de las condiciones y exposición del migrante. Se espera que esta lectura que involucra condiciones étnicas, de género y diferencias por territorios ocupados, sea considerada para la planeación e implementación de estrategias oportunas, asequibles, integrales y de calidad, información útil para las autoridades sanitarias del país, las organizaciones civiles, los socios de la Cruz Roja y Media Luna Roja, y todas las organizaciones y agencias que hacen parte del Clúster de Salud en Colombia, en la perspectiva de consolidar un modelo de Atención Primaria en Salud, con el uso de tecnologías aceptadas y de fácil acceso que permitan el desarrollo de la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y el alivio, la recuperación y la rehabilitación de la enfermedad, desarrolladas en un marco de calidad y humanización para la población con estatus migratorio.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo, corte transversal retrospectivo, el cual toma la población atendida en los diferentes servicios de salud de la Cruz Roja Colombiana, con un total de 204.647 consultas realizadas por profesionales de la salud a la población migrante y de acogida durante el año 2020, el 67.3% (137.698) fueron mujeres y de estas el 80% (30.768) se encontraban en edades entre 15 y 24 años de edad. .

Las diferentes unidades de servicios de salud para la atención de esta población vulnerable, notificaron y registraron de manera trimestral al área de epidemiología del Equipo de Gestión Integral en Salud (EGIS) en un formato de Excel con 40 variables entre ellas: edad, sexo, tipo de migrante, departamento, unidad de atención, proyecto financiador, diagnostico CIE-10 y profesional que lo atendió.

Con estos datos se consolidó una base de datos de atenciones en salud realizada por la CRC en todo el territorio nacional llamada "perfil epidemiológico" esta base fue recepcionada, unificada y posteriormente se hizo depuración en minería de datos (proceso de hallar anomalías, patrones y correlaciones en grandes conjuntos de datos para evitar errores en la información) (7), verificación del dato en algunas situaciones especiales, unificación y finalmente análisis de datos.

Las bases de datos de los registros de atención fueron procesadas en el programa de análisis estadístico R Studio versión 1.4.1106, para establecer códigos a utilizar en el análisis multivariado, de grupos de edad, variables como sexo, ubicación geográfica donde se realizaron las atenciones por departamento y los diagnósticos con base en la clasificación Internacional de Enfermedades CIE10 (8).

Se realizó una caracterización socio demográfico y territorial de las atenciones en salud realizadas y un análisis multivariado de los diagnósticos, territorios de atención y grupos de edad. Fue necesario efectuar la homologación de diagnósticos, reclasificando en 31 grupos de enfermedades la codificación

CIE 10, debido a la actualización realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en marzo de 2.020 con el propósito de evitar un posible sesgo de información.

Aspectos éticos y legales

El estudio tuvo en cuenta la declaración de HELSINKI de la Asociación Médica Mundial, AMM y los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, en especial el numeral 20 que establece: “La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación” (9). Además esta investigación cumple con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en los artículos 5 y 11 donde refiere: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” y de acuerdo clasificación establecida según categorías en esta misma resolución esta es una investigación sin riesgo. Los registros fueron anonimizados y codificados para salvaguardar la identidad de las personas.

RESULTADOS

Como se observa en el siguiente Mapa, la CRC cuenta con una distribución de seccionales que tienen a su cargo el trabajo de la estrategia de migración y la organización para la operación de los equipos de salud. La Estrategia Nacional

de la Cruz Roja Colombiana para la Atención a Población Migrante, tiene como objetivo mitigar las consecuencias humanitarias y las dificultades de integración de los migrantes en condiciones de vulnerabilidad, así como de las comunidades urbanas y rurales que los acogen (10). Los puntos de atención en salud funcionan como red de prestación de servicios de salud, que interactúan para procurar una atención integral, con operación de un sistema de referencia de pacientes que también se incorpora a la red de atención en salud establecida por la autoridad sanitaria en cada territorio de operación.

Para la implementación del modelo de atención mencionado se identificaron y dotaron unidades de atención en salud, en 17 departamentos del territorio colombiano, en especial zonas donde el fenómeno migratorio demostró mayor impacto en la salud de la población de acogida, los migrantes de paso y con vocación de permanencia, que son: Antioquia, Arauca, La Guajira, Guainía, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Quindío, Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Chocó, Cesar, Córdoba, Bogotá y Vichada. En total se dispuso de 28 unidades de atención: cinco unidades de primeros auxilios; ocho Unidades de Atención en Salud Fijas (UASF), que permanecieron en una zona por un periodo de tiempo determinado; siete Unidades de Atención en Salud Móvil (UMS), Un Centro de Atención Solidaria y de Apoyo al migrante CASA, y siete Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la Cruz Roja Colombiana habilitadas según los más altos estándares de calidad exigidos en Colombia (5).

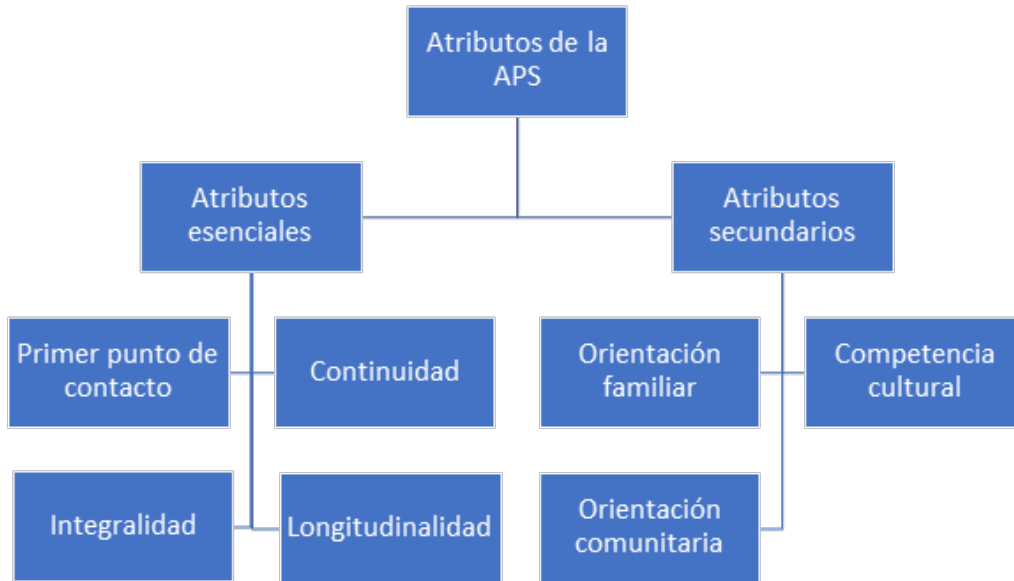


Figura 1. Mapa: Número de consultas por unidades de atención en salud Cruz Roja Colombiana, 2020.

Fuente: Base propia, perfil epidemiológico atenciones CRC 2020

El mapa anterior señala las 204.647 atenciones en salud por departamento, realizadas durante el 2020; Norte de Santander contribuye con el 53% (58.322) seguido por La Guajira con el 15% (30.579) del total de ellas. Las jornadas de salud son acordadas con líderes comunitarios y autoridades municipales y departamentales cuando se identifican situaciones que generan riesgos o mayor vulnerabilidad a personas desplazadas o a migrantes.

Resultado de lo anterior, una aproximación a la caracterización demográfica muestra que el 43% (88.706) del total de la población atendida se encuentra en el grupo de 25 a 59 años de edad, seguido por el grupo de 15 a 24 años con el 19% (38.606) y la población con menor número de atenciones fue el grupo de 10 a 14 años con un 6.5% (8.661) del total. De las personas atendidas el 67.3% (137.698) fueron mujeres y una persona transgénero. Y de ellas el 80% (30.768) se encontraban en edades entre

15 y 24 años de edad. Esta circunstancia dio curso a estrategias de prevención y de atención de la enfermedad con base en el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos, y las necesidades según el sexo y la edad con énfasis en la atención de gestantes y en actividades específicas como la generación de espacios amigables lúdicos con menores de cinco años, conformación de grupos de trabajo comunitario para población en edad de trabajar (15 a 59 años) y talleres de artesanías o cultivos para mayores de 60 años, a continuación la gráfica de distribución de la población atendida por departamento y grupo de edad:

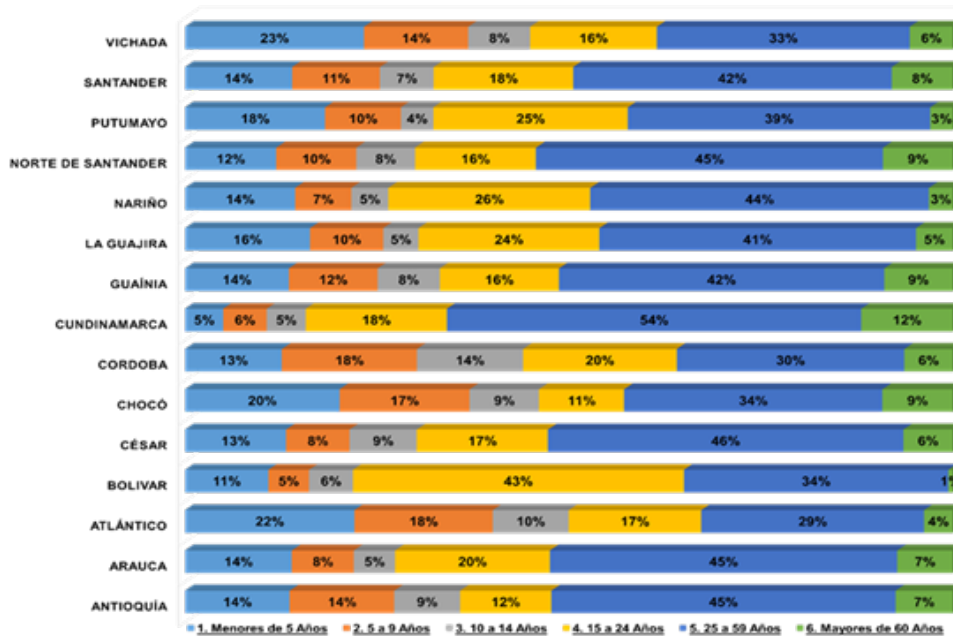


Figura 2. Distribución por grupos de edad población atendida en 17 departamentos

Fuente: Base propia, perfil epidemiológico atenciones CRC 2020

Por otra parte, para realizar el análisis multivariado de los diagnósticos con base en el CIE10 y el departamento de la prestación de atención por parte de la CRC, fue necesario realizar una homologación de diagnósticos, reclasificando en 31 grupos de enfermedades con base en la codificación CIE10 (8). De esta manera se obtienen los siguientes diagnósticos:

- Anemias,
- Artritis-artrosis-dolor articular o muscular,
- Cálculo renal, cefalea-migraña,
- Diabetes,
- Enfermedades parasitarias,
- Enfermedades periodontales,
- Enfermedad renal,
- Enfermedades de transmisión sexual,
- Enfermedades del ojo,
- ENOS-evento notificación obligatoria en salud,
- Fiebre,
- Gastritis,
- Gastroenteritis-colitis-diarrea,
- Hernias,
- Hipertensión esencial,
- Afecciones piel y tejidos,
- Infecciones urinarias,
- IRA-faringitis-rinitis-otitis,
- Neumonía-bronquitis,

- Planificación familiar,
- Trastornos de ansiedad-depresión-
- Problemas generadores de estrés,
- Supervisión del embarazo,
- Trastornos tiroideos,
- Traumas musculo-esqueléticos,
- Tumores- carcinomas, vaginitis-vulvitis,
- VIH,
- Violencias, discapacidad y otros grupos

Este ajuste permitió visualizar diagnósticos de poca frecuencia y obtener las 15 principales morbilidades encontradas en las 204.467 consultas a saber: artritis - artrosis y dolor articular o muscular; infección piel y tejidos; IRA - faringitis - rinitis-otitis; cefalea - migraña; infección vías urinaria; hipertensión esencial; trastorno ansiedad - depresión - problemas generadores de estrés; gastritis no específica; vaginitis - vulvitis; gastroenteritis - colitis y diarrea; supervisión y orientación de anticoncepción; supervisión del embarazo alto riesgo; enfermedad parasitaria; desnutrición proteico calórica y enfermedad periodontal. A continuación se presenta la tabla con el análisis multivariado de morbilidad por departamento de atención:

SECCIONAL	Artritis, Artrosis, Dolor Articular	Infección Piel Y Tejidos	IRA, Faringitis, Rinitis, Otitis	Cefalea, Migraña	Infección Vías Urinaria	Hipertensión Esencial	Trastorno Ansiedad, Depresión, Estrés	Gastritis no Específica	Vaginitis, Vulvitis	Gastroenteritis, Colitis Y Diarrea	Supervisión Anticoncepción	Supervisión del Embarazo Alto Riesgo	Enfermedad Parasitaria	Desnutrición Proteicoenergética	Enfermedad Periodontal
Antioquia	162	11,4	7,7	6,4	4,5	2,9	2,9	1,8	1,7	2,4	0,5	0,9	1,0	0,0	0,4
Arauca	4,0	5,9	11,4	3,0	2,1	3,9	4,6	1,8	3,7	3,8	18,4	4,3	10,5	1,2	4,6
Atlántico	3,3	10,5	9,3	1,9	3,9	3,1	16,2	1,3	4,7	1,7	8,3	5,3	13,2	3,6	0,9
Bolívar	1,7	11,8	21,3	2,2	1,7	3,4	6,2	1,2	2,2	1,1	1,1	23,6	2,8	0,0	0,6
Cesar	9,2	12,1	11,9	7,6	5,6	3,7	3,3	4,4	6,1	3,5	0,4	3,6	7,6	1,5	1,0
Chocó	7,0	16,5	8,6	4,3	0,9	4,6	5,8	2,2	1,3	4,7	0,0	3,0	21,7	0,0	12,9
Córdoba	5,9	12,6	8,8	5,2	2,3	3,7	18,7	4,2	3,2	1,3	0,8	1,2	13,1	0,5	0,0
Cundinamarca	6,1	6,5	7,6	7,5	3,7	5,4	4,7	2,0	1,7	3,7	0,7	9,3	7,8	1,7	1,2
Gaúnia	8,2	9,1	5,2	9,5	1,0	2,3	4,3	3,3	2,0	1,9	6,2	2,7	12,8	2,5	0,2
La Guajira	3,4	9,8	13,0	4,3	2,7	2,6	11,5	1,3	1,2	5,2	4,5	7,1	4,7	2,0	10,8
Nariño	14,4	5,4	26,5	8,8	2,4	5,1	0,3	4,3	1,8	3,0	4,8	3,5	6,9	1,0	0,2
Norte De Santander	9,9	6,8	7,9	4,7	3,8	5,9	5,7	3,0	2,7	4,2	4,4	2,5	17,8	2,0	1,0
Putumayo	6,7	9,2	14,2	2,5	3,5	2,7	11,9	2,1	1,9	3,5	7,9	4,4	12,4	3,3	2,4
Santander	6,1	6,6	5,8	6,1	2,0	3,1	6,0	2,1	2,5	2,3	3,5	7,8	20,4	1,2	3,0
Vichada	6,0	12,7	13,3	4,2	2,1	3,5	13,8	1,6	3,3	5,9	10,9	3,2	5,3	1,0	5,0

Tabla 1 Análisis multivariado de morbilidad, por departamento de prestación de atenciones en salud realizada por la CRC 2020.

Fuente: Base propia, perfil epidemiológico atenciones CRC 2020

La prevalencia de la enfermedad se calculó con base en el indicador: número de consultas con el mismo grupo diagnóstico en cada departamento / Número total de consultas por departamento.

Al realizar el análisis multivariado de la prevalencia de los 15 eventos, se encontró que: el grupo de las IRA- faringitis- rinitis- otitis presentó la mayor prevalencia en los departamentos de Antioquia (16,2%) y Nariño (14,4%) y el mínimo resultado lo obtuvo Bolívar (1,7%); en las enfermedades parasitarias los departamentos de Chocó (21,7%) y Santander (20,4%) obtuvieron la mayor prevalencia, mientras que Antioquia (1,0%) fue el resultado más bajo; las infecciones de la piel y tejidos mostraron su mayor prevalencia en los departamentos de Chocó (16,5%) y Vichada (12,7%) y el menor dato en el departamento de Nariño (5,4%); el siguiente grupo de diagnóstico fue el establecido por los Psicólogos con los trastornos de ansiedad, depresión y problemas

que generan estrés, siendo la prevalencia más alta en los departamentos de Córdoba(18,7%) y Atlántico (16,2%) y la más baja en Nariño (0,3%); las artritis, artrosis, dolor articular y/o muscular alcanzaron la mayor prevalencia en los departamentos de Antioquia y Nariño, mientras que Bolívar obtuvo la menor prevalencia.

Es necesario mencionar entre las principales morbilidades las atenciones en supervisión del embarazo de alto riesgo las cuales alcanzaron mayor prevalencia en los departamentos de Bolívar (23,6%) y Cundinamarca (9,3%); otro grupo muy importante en la morbilidad es la desnutrición proteicoenergética, leve, moderada o severa, siendo los departamentos de Atlántico (3,6%) y Putumayo (3,3%) los de mayor prevalencia.

De igual forma, la atención en salud para población migrante en zonas de Colombia como: Chocó, Vichada y Putumayo, reflejó diagnósticos como desnutrición proteico

calórica, parasitosis intestinal y enfermedades infecciosas en la piel. Las personas que asisten a la consulta en estas regiones, expresan que acuden en busca de oportunidades de ingreso económico, no obstante, pueden encontrarse con economías irregulares, presencia de actores armados y existencia de cultivos de uso ilícito y de economías asociadas al tráfico de estupefacientes, minería ilegal, contrabando, extracción del crudo que circula en los oleoductos, (11), situaciones que ponen en riesgo incluso su supervivencia y se asocian con otros determinantes como la explotación laboral, sexual, la xenofobia y distintas formas de discriminación (12). También se conoce la condición de migrante como fuente de desigualdades en salud ocupacional, relacionadas con la falta de servicios de

salud y entrenamiento de seguridad, en el trabajo, miedo a las represalias y pérdida de la oportunidad laboral. (13).

Los equipos de salud de CRC son conocedores de estas circunstancias y desarrollan iniciativas para la proyección de acciones intersectoriales, identificación y acceso a rutas de atención y apoyo que permitan el afrontamiento de estos determinantes en la condición social y de precarización de la salud de los migrantes.

Finalmente, al cruzar y analizar los eventos identificados en las consultas con las variables por grupo de edad, se encontró la información que se describe en la figura 3.

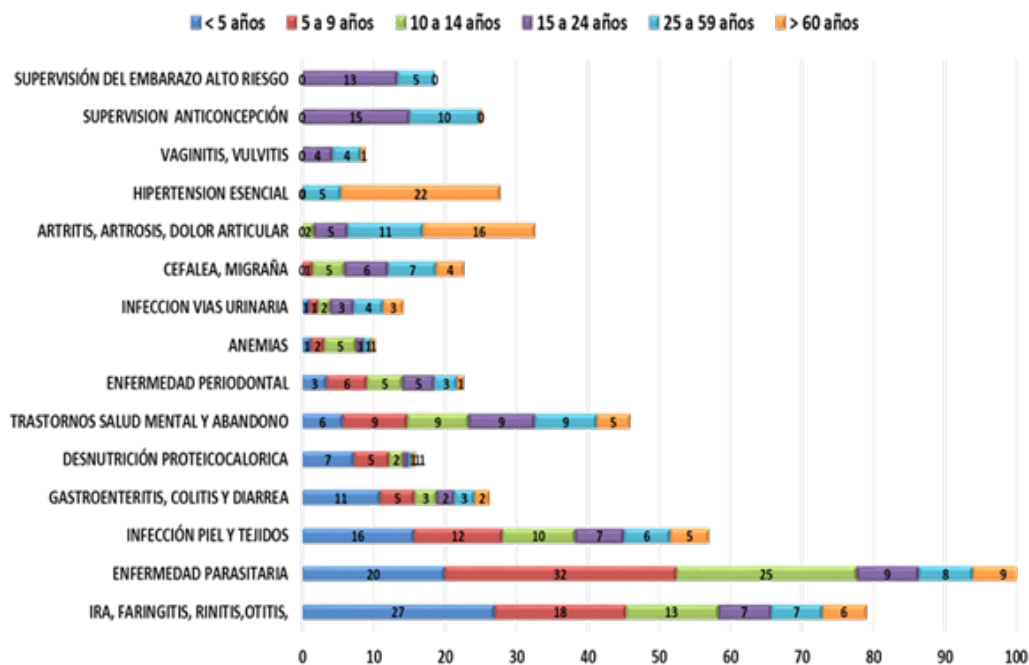


Figura 3. Prevalencia de la enfermedad por grupo edad- consulta equipos salud CRC 2000

Fuente: Base propia, perfil epidemiológico atenciones CRC 2020

Las infecciones respiratorias entre las cuales se encuentran la infección respiratoria aguda, faringitis, rinitis, otitis, infecciones respiratorias alcanzaron las mayores prevalencias en los menores de cinco años con el 27% del total de consultas; las enfermedades parasitarias

presentaron la mayor prevalencia en los de 5 a 9 años con el 32,5%; las infecciones de la piel y tejidos obtuvieron la mayor prevalencia en el grupo de los menores de cinco años con el 15,7%; la supervisión del embarazo y la orientación de anticoncepción obtuvo

la mayor prevalencia en las personas de los grupos de 15 a 24 años con el 13,4% y 15,1% respectivamente.

En el grupo de personas mayores de 60 años la hipertensión arterial esencial fue la morbilidad con mayor prevalencia alcanzando el 22,3%, acompañada de las artrosis, artritis y dolores articulares o musculares con una prevalencia de 15,7% sobre el total de consultas de este mismo grupo de edad. Si bien es cierto que estas patologías pueden ser similares a otros grupos poblacionales nacionales, que acuden a la atención por parte de los equipos de salud, en la condición del migrante, la situación puede ser más apremiante ante la dificultad de mantener adherencia a los tratamientos, por esta razón la atención es concomitante con la entrega permanente a los medicamentos y seguimiento periódico a los pacientes, no obstante, asuntos como mantener una dieta adecuada y las condiciones socio ambientales son un determinante fundamental para mantener controladas estas patologías.

Es necesario mencionar que el grupo definido como trastorno en salud mental y abandono obtuvo una prevalencia significativa para todos los grupos de edad, representado en un 4,7% para los mayores de 60 años, seguido de 8,6% para los grupos de 10 a 14 años y de 25 a 59 años, el 9,0% para el grupo de 5 a 9 años y el mayor fue del 9.3% en el grupo de 15 a 24 años.

Estos resultados se relacionan con el estudio de salud mental realizado por OIM cuyas conclusiones reportan respecto de la salud de los migrantes que: las necesidades mayores se asocian con la falta de redes de apoyo, lo que se aumenta con el consumo de sustancias psicoactivas, así como el aumento de las distintas formas de violencia y de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión. (12). Estas situaciones además de afectar la salud mental inciden directamente en el proyecto de vida individual, la autonomía y el desarrollo de capacidades para afrontar diversas situaciones, para el ello el modelo de atención desde el equipo de psicología en articulación con el grupo interdisciplinario y otras entidades, realizar acciones de tipo integral para contribuir

a disminuir estas asimetrías en la población migrante principalmente.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con base en los resultados presentados y retomando al interés respecto a establecer un modelo diferencial de atención primaria en salud para la población migrante en Colombia y en tal sentido, qué tipo de acciones debe contener. La organización de información sobre los motivos de consulta que orientaron los diagnósticos reportados por los equipos de salud de la Cruz Roja Colombiana en 17 departamentos.

Confirma que en efecto es necesario avanzar y profundizar en la planificación y puesta en la práctica de un modelo de atención en salud, con enfoque de Atención Primaria, en tanto se requiere abordar las características, condiciones y necesidades de la población migrante y de acogida, el modelo requiere ser flexible en cuanto a la disponibilidad de equipos en unidades extramurales con capacidad resolutive a nivel territorial, de las necesidades propias de esta población en materia de salud, como también los principios en atención humanitaria centrados en propender por la protección y restitución de la dignidad de las personas. La CRC aplica un modelo para la atención clasificada de baja y mediana complejidad, habilitado según la normativa colombiana. (10). En relación con el abordaje diferencial, la ocupación de territorios fronterizos o de interés para la vinculación a economías informales, así como las condiciones que han determinado formas de afectación del proceso salud enfermedad en razón de género y de ciclo de vida, así como la comprensión amplia de la expresión de las desigualdades estructurales de tipo económico y las particularidades de la cultura, han permitido dimensionar al interior de los equipos de salud la incorporación en sus actividades una manera de gestión los servicios para solventar y apoyar a las poblaciones migrantes. De manera articulada estas acciones hacen parte del modelo que se fundamenta en la interacción con otras organizaciones del Estado, humanitarias, y con

las comunidades de acogida y de los propios migrantes para fomentar la participación activa y vinculante en el mejoramiento de las condiciones de vida que deja la migración en condiciones de pobreza. Un modelo de salud que tiene a la base la atención primaria en salud humanitaria, está orientado a la comunidad, conociendo sus necesidades de salud,

enfocándose en las personas y sus familias, y estar en capacidad cultural para comunicarse y reconocer las realidades de sus diversos grupos poblacionales. Starfield (15) formuló en tal sentido los atributos de la APS, que se observan en la siguiente figura:

Figura 4: Atributos de la atención primaria en salud

Fuente: Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. 2004

Los atributos esenciales recogen los aspectos ordenadores de los servicios de atención primaria en salud en cuanto a las estrategias asumidas para que los usuarios puedan recibir la atención sin barreras, ni obstáculos, en condiciones normales lo anterior es un reto y por esto el éxito o impacto de las acciones humanitarias se respaldan la viabilidad de contar con la conexión y coordinación institucional para que una vez los migrantes acudan a solicitar servicios con los equipos de IPS o Extramurales de Cruz Roja Colombiana se cuente con la posibilidad de articular y garantizar la integralidad y continuidad de los servicios. Los atributos secundarios por su parte, acogen el conjunto de procesos para que las acciones reconozcan la diversidad de los grupos poblacionales, sus características étnicas, culturales, entendiendo su concepción del proceso salud-enfermedad y en especial

su condición de migrante con todos los determinantes sociales de la salud que se puedan desagregar de este situación, la participación comunitaria es otro aspecto clave para que estas comunidades puedan conocer en el marco de la migración y en relación con sus propias comunidades como construir tejido social y lograr actuar en la toma de decisiones . La salud sexual y reproductiva (SSR) supone el bienestar físico, mental y social del sistema reproductivo independiente del género o edad, la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear o no hacerlo según decisión propia. Pero para la población migrante es muy difícil concretar este derecho, debido a la falta de servicios que orienten y dispongan de métodos de anticoncepción que le permite a las parejas espaciar los embarazos. Un reporte de organización Panamericana de la

salud, OPS, concuerda en que eventos como VIH, problemas derivados del abuso sexual y del trabajo sexual, hacen parte de problemas de salud (16). La OMS recomienda que para garantizar la SSR toda persona que desee anticonceptivos pueda obtener información exacta y de calidad fácilmente, así como servicios médicos y de apoyo psicosocial (17). Adicionalmente durante la migración, las personas, particularmente las mujeres, experimentan acceso insuficiente e inequitativo a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva que aumenta su vulnerabilidad y las expone a mayores riesgos de violencia sexual y de género, embarazos no deseados, embarazos tempranos (entre 10-14 años de edad), enfermedades de transmisión sexual, abortos inseguros, entre otros. En relación con los derechos sexuales una alerta importante en la migración venezolana son las personas LGBTI venezolanas que viven con el VIH, quienes desde su país de origen no contaban con el acceso a tratamientos, y se encuentran en Colombia con el reto de lograr ser regularizados para ingresar al sistema de salud, lo que ha sido considerado como un triple estigma, asociados al ser inmigrantes, ser LGBTI y vivir con VIH, aumentando la vulnerabilidad de la población. (18).

CONCLUSIONES

La atención se concentró en departamentos ubicados en zonas de frontera, con predominio del género femenino particularmente de la población en edad reproductiva de 15 a 59 años.

Las personas migrantes que acuden a los servicios de salud de las IPS o UMS de la Cruz Roja Colombiana, debido a que presentan dificultades para acceder a servicios preventivos y de atención institucionales o por la ocurrencia del evento en un territorio lejano, lo cual contribuye a una mayor carga de la enfermedad, en tanto este grupo poblacional tiene como antecedentes la falta de acceso a programas de detección temprana de enfermedades, así como el pobre acceso y cobertura a programas de planificación familiar y control prenatal, lo cual implica que llegan a la consulta con un deterioro importante en las

condiciones de salud.

En relación con los territorios y la caracterización de los eventos de atención, Antioquia, Nariño y Guajira alcanzaron las mayores prevalencias de atención en personas diagnosticadas con IRA-faringitis- rinitis-otitis, mientras que Bolívar y Chocó (21,7%) presentaron en su mayoría afectaciones gastrointestinales. La mayor prevalencia para algún grado de desnutrición se encontró en Atlántico y Putumayo y la prevalencia en las morbilidades relacionadas con trastornos de salud mental es la más significativa en todos los grupos de edad.

La morbilidad encontrada tiene relación con las condiciones ambientales, sociales y económicas que enfrenta diariamente la población migrante y de acogida, presentado mayor prevalencia de morbilidad en diarrea- gastroenteritis, trastornos de ansiedad, depresión, problemas que generan estrés y desnutrición.

Los desajustes en tipo y disminución de la ingesta de alimentos, por causa de las condiciones del trayecto, las largas jornadas de camino con exposición a las condiciones climáticas, deshidratación e insolación, provocan trastornos del sistema digestivo condiciones que ligadas a mala alimentación, pobreza e inaccesibilidad económica, se relacionan enfermedades como: desnutrición, diabetes y las enfermedades cardiovasculares (19).

Los trastornos en la salud mental señalan la importancia de comprender y actuar frente a la complejidad que atañe el desarraigo de la familia, separación forzada, soledad, condiciones de precariedad económicas, ansiedad frente a situaciones nuevas, que hacen parte del duelo migratorio. (20).

RECOMENDACIONES

Los servicios de salud de apoyo humanitario, requieren de profesionales formados y con conocimiento práctico de las competencias culturales sobre la salud-enfermedad que tiene la población migrante, además de identificar y atender los eventos de interés en salud, es necesario identificar representaciones y prácticas sociales de las poblaciones que

migran con miras a eliminar formas de xenofobia y discriminación. Cabe destacar la falta de preparación de los recursos humanos en atención primaria, en el tema de la salud del migrante, convirtiéndose en un reto para los centros educativos y para los Estados receptores, (20) Según la declaración de la II Conferencia Internacional de Donantes en Solidaridad con los Refugiados y Migrantes de Venezuela entre las recomendaciones a Colombia se encuentra la necesidad de trabajar contra la discriminación y la xenofobia mediante la capacitación al personal de salud y sancionar a los infractores (21)

Los desequilibrios en los determinantes de sociales de la salud desde el contexto asociado al fenómeno migratorio se derivan en parte por su situación irregular, la falta de acceso a un trabajo formal, entre otros derechos que la Constitución define en Colombia, residencia en zonas de riesgo social elevado, de la dificultad de acceso a los servicios sanitarios en muchos casos por falta de información y de los problemas de comunicación relacionados con el idioma y las diferencias anticulturales, por lo tanto y atendiendo las realidades del contexto colombiano es necesario ahondar en el conocimiento y en las formas de actuar para desarrollar los mejores y más efectivos modelos de atención para lo cual contar con información y la estandarización de bases de datos puede contribuir a la organización de análisis situacionales que permitan establecer perfiles de carácter social y de salud de la migración en el país y con proyección a la migración regional.

REFERENCIAS

1. **Cruz Roja Colombiana.** Misión y visión [Internet]. Bogotá: Cruz Roja Colombiana; 2020. [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: <https://www.cruzrojacolombiana.org/la-cruz-roja-en-colombia>
2. **USAID, Profamilia.** "Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia" [Internet]. Bogotá: Asociación Profamilia y Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero; 2020 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-manejar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
3. **OMS.** La OMS publica una nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-03-2014-who-issues-new-guidance-on-how-to-provide-contraceptive-information-and-service>
4. **Migración Colombia.** Colombia Termina El 2020 Con Un 2.35% Menos De Migrantes Venezolanos En Su Territorio [Internet]. Bogotá: Migración, ministerio de relaciones exteriores; 2021 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: <https://www.migracioncolombia.gov.co/noticias/content/290-enero-2021>
5. **Ministerio de Salud y Protección Social.** ABECÉ Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud [Internet]: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresultsf.a.s.p.x.k=A.b.e.c.%C3%A9%20Habilitaci%C3%B3n%20de%20Redes%20Integrales%20de%20Prestadores%20de%20Servicios%20de%20Salud.2021>
6. **Consejo de Ministros de salud de Centroamérica- SICA.** Salud y Migración Revista Salud Regional, Año 2, Número 2, enero-junio 2019, El Salvador Pag 43-44.
7. **Ramírez IAUC.** Hacia una metodología para la selección de técnicas de depuración de datos. Revista avances en sistemas e informática. el 9 de junio de 2009;6(1):1–6. Ministerio de Salud y Protección Social. Código internacional de enfermedades CIE10 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible

- en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/freeseachresults.aspx?k=&k=cie10>
8. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008) Punto 20
 9. **Cruz Roja Colombiana.** Puntos de servicio humanitario de la Cruz Roja Colombiana Guía de acciones claves por sector [Internet]. Bogotá: Cruz Roja Colombiana; 2021 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: https://www.cruzrojacolombiana.org/wp-content/uploads/2021/06/Estandares-para-la-prestacion-de-servicios-humanitarios-SNCRRC_HSP_2021_compressed.pdf
 10. Fuertes. C, Martín Laso. El inmigrante en la consulta de atención primaria. En An. Sist. Sanit. Navar. Vol. 29, Suplemento 1. 2006
 11. **Ruiz L, Rodríguez D.** Percepción de las necesidades en salud mental de población migrante venezolana en 13 departamentos de Colombia. Reflexiones y desafíos. Rev Gerenc Polit Salud. 2020;19. [https:// doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.pnsm](https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.pnsm)
 12. Patino C. Kirchner T. Stress and Psychopathology in LatinAmerican Immigrants: The Role of Coping Strategies. Psychopathology . 2010; 43(1): 17- 24
 13. **Ruiz L, Rodríguez D.** Percepción de las necesidades en salud mental de población migrante venezolana en 13 departamentos de Colombia. Reflexiones y desafíos. Rev Gerenc Polit Salud. 2020;19. [https:// doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.pnsm](https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.pnsm)
 14. **Starfield B.** Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías. 2da edición. Madrid: Masson,2004
 15. **Organización Panamericana de la Salud.** Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus Familias en Centroamérica [Internet]. El salvador: Organización Panamericana de la Salud; 2015 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: https://www.saludymigracion.org/es/system/files/repositorio/informe_regional_sobre_determinantes_de_la_salud_de_las_personas_migrantes_retornadas_o_en_transito_y_sus_familias_en_centroamerica_0.pdf
 16. OMS. La OMS publica una nueva orientación sobre cómo proporcionar información y servicios de anticoncepción [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-03-2014-who-issues-new-guidance-on-how-to-provide-contraceptive-information-and-service>
 17. Corporación Red Somos. Informe paralelo sobre la situación de migrantes, personas refugiadas y solicitantes de asilo LGBTI en Colombia, ante el Comité para la Erradicación de la Discriminación Racial en su sesión número 100 del 25 de noviembre [Internet]. Bogotá: Corporación Red Somos Plataforma LGBTI por la Paz; 2019 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared_Documents/ COL/INT_CERD_NGO_COL_39642_S.pdf
 18. Organización Internacional de Migraciones- Organización Mundial de la Salud, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. Migración internacional, salud y derechos humanos [Internet]. Ginebra; 2013 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf
 19. Fernández MA, Roo JB, Dávila R, Montalvo J, Da Costa MC, De Angulo A, et al. La salud de los migrantes y los servicios de salud en Medicina Familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(Suppl 1):84-112.
 20. Médicos del Mundo. II Conferencia Internacional de Donantes en Solidaridad con los refugiados y migrantes venezolanos. La salud de las personas migrantes: Una crisis de salud pública dentro de la crisis migratoria. España: Médicos del Mundo; 2021 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/>

actualidad-y-publicaciones/noticias/la-salud-de-las-personas-migrantes-una-crisis-de-salud-publica

21. **Organización Internacional de Migraciones- Organización Mundial de la Salud**, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. Migración internacional, salud y derechos humanos [Internet]. Ginebra; 2013 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf

22. **Pierola Martha y Rodríguez Marisol**. Migrantes en América Latina: disparidades en el estado de salud y en el acceso a la atención médica [Internet]. Bogotá: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020 [Consultado 2021 Oct 29]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Migrantes-en-America-Latina-Disparidades-en-el-estado-de-salud-y-en-el-acceso-a-la-atencion-medica.pdf> junio 2020