



Autopercepción del estado de salud y factores asociados de afrocolombianos migrantes del Chocó a Medellín, Colombia

Self-rated health status and associated factors of Afro-Colombian migrants from Chocó to Medellín, Colombia

Keyra Liseth Asprilla-Córdoba¹, Gino Montenegro-Martínez², Angela María Segura-Cardona³

1. Universidad CES, Medellín, Colombia. Correo: asprilla.keyra@uces.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-2275-2276>
2. Universidad CES, Medellín, Colombia. Correo: gmontenegro@ces.edu.co - <https://orcid.org/0000-0001-9090-6209>
3. Universidad CES, Medellín, Colombia. Correo: asegura@ces.edu.co - <https://orcid.org/0000-0002-0010-1413>

Tipología: Artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Asprilla-Córdoba K, Montenegro-Martínez G, Segura-Cardona A. Autopercepción del estado de salud y factores asociados de afrocolombianos migrantes del Chocó a Medellín, Colombia. Duazary. 2022 julio-septiembre; 19(3): 161-172. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.4831>

Recibido en octubre 03 de 2021

Aceptado en agosto 28 de 2022

Publicado en línea en septiembre 19 de 2022

RESUMEN

Palabras clave:

autopercepción de salud; migrantes; migración interna; estado de salud.

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, que tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la autopercepción de la población afrocolombiana que ha migrado del departamento del Chocó a Medellín. Para ello, se aplicó encuesta telefónica a 392 personas afrocolombianas migrantes del departamento del Chocó a Medellín. Se calcularon RP con IC 95% para explorar la relación entre las características sociales, demográficas y la autopercepción de salud. La técnica multivariante fue un modelo lineal generalizado para variables dependientes categóricas reportando RP con IC95%. Los resultados indican que la autopercepción de mala salud es mayor en aquellos que refirieron necesitar atención en salud en los últimos 6 meses (RP=4,31; IC95%=2,68-6,91) y en las personas con nivel educativo de primaria (2,05; IC95%=1,32-3,18). Se concluye que tener formación primaria y necesitar los servicios de salud son factores que se asocian a la mala autopercepción de salud en la población afrocolombiana que migra del departamento del Chocó a Medellín.

ABSTRACT

Keywords:

Self-rated health; Migrants; Intern migration; Health status.

A cross-sectional study was carried out to determine associated factors to self-rated health of Afro-Colombian migrants from Choco to Medellin, Colombia. It applied a telephonic survey to 392 Afro-Colombian migrants from Choco to Medellin and calculated PR with IC95% to explore the relationship between social, demographic, and self-rated health. The multivariant technique was a lineal generalized model to categoric dependent variables, reporting PR with IC95%. The results show that the prevalence of bad self-rated health is significant in those who need health attention in the last six months (PR=4.31; IC95%=2,68-6,91) and lower educational level (PR=2,05; IC95%=1,32-3,18). In conclusion, having less education and needing health attention in the last six months are related to bad self-rated health in Afro-Colombian migrants from Choco to Medellin.

INTRODUCCIÓN

La autopercepción de salud o salud autoevaluada es una medida en la que el individuo califica el estado actual de su propia salud. Es un reflejo subjetivo del estado de salud y ha sido ampliamente estudiada en grupos de edad específicos o grupos de pacientes¹. Resulta de la intersección entre factores biológicos, sociales y psicológicos^{2,3} y proporciona una evaluación única e inestimable del estado general de salud de una persona, incluyendo la salud mental, física⁴ y de bienestar integral⁵.

El autopercebir la salud como mala, puede aumentar el riesgo de mortalidad, morbilidad, caídas, hospitalización, medicación y deterioro del estado funcional. Aunque se trata de una valoración subjetiva, la autopercepción de salud se ha identificado como un buen predictor de mortalidad y morbilidad¹⁻⁸. Los individuos que auto perciben su salud como deficiente, suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas⁶. Mientras que, si es buena, el riesgo de estos desenlaces negativos en salud es menor⁷.

La autopercepción de salud es una medida útil en términos de la salud pública, pues es un indicador de la prevalencia de diversas enfermedades⁹ y se convierte en un insumo para desarrollar otras investigaciones y discusiones políticas orientadas a desarrollar intervenciones poblacionales¹⁰.

La manera como se evalúa el estado de salud auto percibida depende de la metodología y el interés del investigador. Existen estudios en donde el estado de salud se agrupa en desde dos¹¹ hasta cinco categorías¹². La pregunta que regularmente se utiliza en este tipo de estudios es de tipo ¿cómo considera que es su estado de salud?

La autopercepción de salud como mecanismo para determinar el estado de salud de las personas se ha incluido en los estudios de migración. De esta forma, se ha encontrado que existen diferencias entre la autopercepción de salud entre las comunidades que migran y las que residen en los lugares de destino¹³⁻¹⁵. Se ha encontrado que las mujeres que migran

auto perciben su salud con relación a las manifestaciones somáticas¹³. De otro lado, el dominio mejor evaluado por los migrantes fue el físico, sin embargo, debe considerarse el rango de edad de la población estudiada y la presencia o no de enfermedades previas¹⁶. De igual manera se ha identificado que la autopercepción de salud en general de la población migrante es muy buena o buena, no obstante, al pasar el tiempo pueden informarla como negativa debido a la presencia de enfermedades¹⁷, lo cual puede estar relacionado con el "efecto migrante saludable", el cual tiende a desaparecer con el tiempo¹⁶. Adicionalmente, la discriminación en el trabajo por ser migrante es un factor de riesgo para la autopercepción negativa de la salud¹⁸.

El Chocó es uno de los departamentos de Colombia considerado como expulsor, es decir, es un departamento que la población emigra, más de 75 personas de cada 1000 han migrado del departamento en el año 2018. Por su parte, Antioquia se considera como un departamento receptor, ya que se estima que más de 22 personas de cada 1000 habitantes no nacieron en dicho departamento¹⁹. Por su parte, la ciudad de Medellín, capital del departamento antioqueño, se instaure como un lugar atractivo para los migrantes chocoanos, entre otras, dado que cuenta con condiciones de vida favorables en termino de viviendas y servicios públicos²⁰.

De acuerdo con la revisión de literatura que acompañó el desarrollo de esta investigación, no se han encontrado estudios que indaguen la autopercepción de salud de personas que migran del departamento del Chocó a Medellín. De tal forma, este trabajo busca determinar los factores asociados al estado de salud autopercebida de la población afrocolombiana que ha migrado del departamento del Chocó a Medellín, con el propósito de aportar información al estudio de la migración interna y la salud de la población afrocolombiana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en una población de 392 afrocolombianos con experiencia migratoria del departamento del Chocó a Medellín.

Participantes

Se contactó telefónicamente a la totalidad de las personas afrocolombianas que hacían parte de la base de datos de atención del equipo de etnias de la Alcaldía de Medellín, la cual fue entregada el 6 de mayo de 2020 con 1566 registros. Se incluyeron mayores de 18 años que aceptaron participar y avalaron el consentimiento informado. Se excluyeron personas con alguna limitación que no le permitiera contestar autónomamente las preguntas contenidas en la encuesta.

Instrumentos

Se aplicó telefónicamente una encuesta en donde se indago por las características sociales y demográficas de la población, las condiciones materiales de la vivienda, el acceso a los servicios de salud, la calidad de los servicios de salud. En el caso de la autopercepción del estado de salud se preguntó: ¿En los últimos 6 meses usted considera que su estado de salud es? con cinco opciones de respuesta a. Muy buena b. Buena c. Regular d. Mala e. muy mala. Para el análisis estadístico teniendo en cuenta la distribución de las respuestas, las categorías de la variable se recodificaron en dos: a. Muy Buena o Buena y b. Regular o Mala.

Procedimiento y análisis estadístico

Las encuestas fueron realizadas por el primer autor del presente artículo y dos encuestadores entrenados y calibrados previamente. Antes de la aplicación se realizó una prueba piloto.

Se realizó un análisis descriptivo orientado a reseñar las características sociales, demográficas y el estado de salud de la población encuestada, para ello, se recurrió al cálculo de frecuencias absolutas y

relativas. Se realizaron análisis bivariados con la finalidad de conocer si las variables sociales, demográficas y la condición de migración, se relacionaban con el estado de salud, para ello se calcularon Chi cuadrado de Pearson y Razones de Prevalencias (RP) con intervalos de confianza al 95%. Para el análisis multivariado se emplearon regresiones lineales generalizadas para variables dependientes categóricas y se reportaron RP con Intervalos de Confianza al 95%. Todos los análisis se realizaron en el software de uso libre Jamovi versión 1.2.27.0.

Declaración sobre aspectos éticos

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

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

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”,

aprobado por el Comité de Ética en Humanos de la Universidad, registrada en el acta No. 125 del 8 de agosto de 2018.

RESULTADOS

En total se encuestaron 392 personas afrocolombianos migrantes del departamento del Chocó a Medellín. En relación con el sexo las mujeres representaron el 77,6%, y los hombres el 22,4%. Según el grupo etario las personas de 19 a 29 años estuvieron representadas en el 19,1%, las personas de 30 a 59 años correspondieron al 68,4% y las personas mayores de 60 a 85 años correspondieron al 12,5%.

De acuerdo con el estado civil el 34,7% de las personas tenían pareja y el 65,3% no tenían pareja. Según el nivel educativo el 15,9% tienen primaria, el 51,6% tienen bachillerato, y el 32,6% tienen estudio superior o universitario. En relación con la condición laboral el 40,7% de las personas trabajan en empresas privadas o públicas, el 14,4% trabaja de cuenta propia y el 44,9% busca empleo.

Según el estado de salud el 74,0% de las personas auto percibió su salud como buena, el 21,9% auto percibió su salud como regular y el 4,1% auto percibió su salud como mala. En relación con la afiliación al sistema de salud el 15,6% no estaban afiliados y el 84,4% estaban afiliados. De acuerdo con el régimen de afiliación el 51,1% pertenecen al régimen subsidiado, el 48,0% pertenecen al régimen contributivo y el 0,9% pertenecen al régimen especial.

En relación con la necesidad de atención en los servicios de salud el 43,4% no necesito la atención y el 56,6% si necesito la atención. Con relación al año de llegada a la ciudad de Medellín el 3,6% de las personas migraron en el periodo 1966-1976, el 10,7% migraron entre 1977-1986, el 16,8% migraron entre 1987-1996, el 31,4% migraron entre 1997-2006, el 26,0% migro entre 2007-2016 y el 11,5% migro del 2017 en adelante.

Para el caso de las viviendas el 43,6% vive en apartamento, el 48,7% en casa, el 5,4% vive en cuarto y el 2,3% viven en otro tipo de vivienda.

Según las causas de la migración a Medellín el 47,3% migro por causas económicas, el 36,6% violencia a causa de grupos armados y el 16,1% migro por otras causas (Tabla 1).

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

| Variables | n | |
|--|-----|------|
| Sexo | | |
| Mujer | 304 | 77,6 |
| Hombre | 88 | 22,4 |
| Edad agrupada | | |
| 19-29 | 75 | 19,1 |
| 30-59 | 268 | 68,4 |
| 60-85 | 49 | 12,5 |
| Estado civil | | |
| Con pareja | 136 | 34,7 |
| Sin pareja | 256 | 65,3 |
| Nivel educativo | | |
| Primaria | 61 | 15,9 |
| Bachillerato | 198 | 51,6 |
| Universitario superior | 125 | 32,6 |
| Condición laboral | | |
| Empleado | 99 | 40,7 |
| Cuenta propia | 35 | 14,4 |
| Buscando empleo | 109 | 44,9 |
| Autopercepción de salud | | |
| Buena | 290 | 74,0 |
| Regular | 86 | 21,9 |
| Mala | 16 | 4,1 |
| Afiliación al sistema | | |
| No | 61 | 15,6 |
| Si | 331 | 84,4 |
| Régimen de afiliación | | |
| Subsidiado | 169 | 51,1 |
| Contributivo | 159 | 48,0 |
| Especial | 3 | 0,9 |
| Necesidad de atención en salud < 6 meses | | |
| No | 170 | 43,4 |
| Si | 222 | 56,6 |
| Año de llegada a Medellín | | |
| 1966-1976 | 14 | 3,6 |
| 1977-1986 | 42 | 10,7 |
| 1987-1996 | 66 | 16,8 |
| 1997-2006 | 123 | 31,4 |
| 2007-2016 | 102 | 26,0 |
| 2017> | 45 | 11,5 |
| Tipo de vivienda | | |
| Apartamento | 171 | 43,6 |
| Casa | 191 | 48,7 |
| Cuarto | 21 | 5,4 |
| Otros | 9 | 2,3 |
| Causas de la migración a Medellín | | |

| Variables | n | |
|------------|-----|------|
| Económicas | 185 | 47,3 |
| Violencia | 143 | 36,6 |
| Otras | 63 | 16,1 |

Se analizaron las relaciones entre el estado de salud autopercebida y las características sociales, demográficas de los encuestados. Se encontró que algunas características mostraron una prevalencia superior en relación con el estado de salud, sin embargo, no todas las relaciones fueron estadísticamente significativas para todos los casos.

El sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, necesitar atención en los servicios de salud y el año de llegada a la ciudad de Medellín son características que pueden estar asociadas con la presencia de mala salud. Los hombres tuvieron un 36% menor prevalencia de presentar mala salud respecto a las mujeres (RP= 0,64; IC95%=0,39-1,03). En relación con la edad tener entre los 60 y 85 años aumenta la prevalencia de tener mala salud en 2,17 veces en comparación con aquellas entre los 19 y 29 años (RP= 3,17; IC95%=1,82 – 5,53). Las personas sin pareja tuvieron 53% mayor prevalencia de presentar mala salud respecto a las personas con pareja (RP=1,47; IC95%=1,00-2,17).

Frente al nivel educativo, la prevalencia de mala salud aumenta en 1,56 veces en aquellos con formación primaria en comparación con aquellas de nivel universitario o superior (RP= 2,56; IC95%=1,64 - 3,98). De acuerdo con la necesidad de atención en salud, las personas que si necesitaron la atención la prevalencia de tener mala salud aumenta en 3,44 veces en comparación con aquellas que no necesitaron de la atención de salud (RP=4.44; IC95%=2,6-7,3) (Tabla 2).

En relación con el año de llegada a Medellín las personas que migraron del 2017 en adelante tuvieron un 64% menor prevalencia de presentar mala salud respecto a las personas que llegaron a Medellín entre 1966 y 1976 (RP=0,36; IC95%=0,21-0,62). Las personas que migraron entre 2007 y 2016 tuvieron un 78% menor prevalencia de presentar mala salud respecto a las personas que llegaron a Medellín entre 1966 y 1976 (RP=0,22; IC95%=0,13-0,37). Las personas que migraron entre 1997 y 2006 tuvieron un 66% menor prevalencia de presentar

mala salud respecto a las personas que llegaron a Medellín entre 1966-1976 (RP=0,34; IC95%=0,25-0,46). Las personas que migraron entre 1987-1996 tuvieron un 75% menor prevalencia de presentar mala salud respecto a las personas que llegaron a Medellín entre 1966 -1976 (RP=0.25; IC95%=0,14-0,43), las personas que migraron entre 1977-1986 tuvieron un 49% menor prevalencia de presentar mala salud respecto a las personas que llegaron a Medellín entre 1966 -1976 (RP=0.51; IC95%=0,32-0,81) (Tabla 3).

Luego de realizar diferentes modelos multivariados ajustados por las variables sexo, edad agrupada, estado civil, nivel educativo, necesidad de atención en salud y el año llegado a la ciudad de Medellín, se observó que: con relación al nivel educativo la prevalencia de mala salud aumenta en 1,05 veces en aquellos con formación primaria en comparación con aquellas de nivel universitario o superior (RP= 2,05; IC95%=1,32 - 3,18). De otro lado, en relación con la necesidad de los servicios de salud se observó que la prevalencia de mala salud aumenta en 3,41 veces en comparación con aquellas que no necesitaron de la atención de salud (RP=4.31; IC95%=2,68-6,91).

En relación con el año de llegada a Medellín en aquellos que migraron del 2017 en adelante, tuvieron un 95% menor prevalencia de presentar mala salud respecto a las personas que llegaron a Medellín entre 1966 -1976 (RP=0,5; IC95%=0,25-1,02). Independientemente del periodo de migración estos se comportan como factores protectores (Tabla 4).

Tabla 2. Asociación entre las características sociales y demográficas de la población afrocolombiana encuestada y la autopercepción del estado de salud.

| Variables | Autopercepción del estado de salud | | | | p ^a | RP ^b | IC95% ^c |
|---|------------------------------------|-------|-------|-------|----------------|-----------------|--------------------|
| | Mala | | Buena | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Hombre | 16 | 15,69 | 72 | 24,83 | 0,05 | 0,64 | 0,39-1,03 |
| Mujer | 86 | 84,31 | 218 | 75,17 | | 1 | |
| Edad agrupada | | | | | | | |
| 60-85 | 27 | 26,47 | 22 | 7,59 | <0,001 | 3,17 | 1,82-5,53 |
| 30-59 | 62 | 60,78 | 206 | 71,03 | 0,28 | 1,33 | 0,77-2,29 |
| 19-29 | 13 | 12,75 | 62 | 21,38 | | 1 | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Sin pareja | 75 | 73,53 | 181 | 62,41 | 0,04 | 1,47 | 1,00-2,17 |
| Con pareja | 27 | 26,47 | 109 | 37,59 | | 1 | |
| Nivel educativo (n=384) | | | | | | | |
| Primaria | 30 | 30,61 | 31 | 10,84 | <0,001 | 2,56 | 1,64-3,98 |
| Bachillerato | 44 | 44,9 | 154 | 53,85 | 0,517 | 1,15 | 0,74-1,80 |
| Universitario o superior | 24 | 24,49 | 101 | 35,31 | | 1 | |
| Condición laboral (n=243) | | | | | | | |
| Sin trabajo | 28 | 48,28 | 81 | 43,78 | 0,94 | 1,01 | 0,63-1,62 |
| Cuenta propia | 5 | 8,62 | 30 | 16,22 | 0,187 | 0,56 | 0,23-1,36 |
| Empleado | 25 | 43,1 | 74 | 40 | | 1 | |
| Afiliación al sistema | | | | | | | |
| No | 15 | 14,71 | 46 | 15,86 | 0,78 | 1,06 | 0,66-1,71 |
| Si | 87 | 85,29 | 244 | 84,14 | | 1 | |
| Régimen de afiliación (n=331) | | | | | | | |
| Subsidiado | 51 | 58,62 | 118 | 48,36 | 0,1 | 1,35 | 0,93-1,96 |
| Contributivo y especial | 36 | 41,38 | 126 | 51,64 | | 1 | |
| Necesidad de atención en salud (<6 meses) | | | | | | | |
| Si | 87 | 85,29 | 135 | 46,55 | <0,001 | 4,44 | 2,6-7,3 |
| No | 15 | 14,71 | 155 | 53,45 | | 1 | |

^a Chi cuadrado de Pearson; ^b Razones de prevalencias; ^c Intervalos de confianza al 95%

Tabla 3. Asociación entre las características del contexto migratorio de la población afrocolombiana encuestada y la autopercepción del estado de salud.

| Variables | Autopercepción del estado de salud | | | | p ^a | RP ^b | IC95% ^c |
|--|------------------------------------|-------|-------|-------|----------------|-----------------|--------------------|
| | Mala | | Buena | | | | |
| | n | % | n | % | | | |
| Año de llegada a Medellín | | | | | | | |
| 2017> | 13 | 12,75 | 32 | 11,03 | 0,003 | 0,36 | 0,21-0,62 |
| 2007-2016 | 18 | 17,65 | 84 | 28,97 | <0,001 | 0,22 | 0,13-0,37 |
| 1997-2006 | 30 | 29,41 | 93 | 32,07 | <0,001 | 0,34 | 0,25-0,46 |
| 1987-1996 | 13 | 12,75 | 53 | 18,28 | <0,001 | 0,25 | 0,14-0,43 |
| 1977-1986 | 17 | 16,67 | 25 | 8,62 | 0,02 | 0,51 | 0,32-0,81 |
| 1966-1976 | 11 | 10,78 | 3 | 1,03 | | 1 | |
| Tipo de vivienda | | | | | | | |
| Otros | 1 | 0,98 | 8 | 2,76 | 0,34 | 0,43 | 0,06-2,78 |
| Cuarto | 5 | 4,9 | 16 | 5,52 | 0,84 | 0,92 | 0,41-2,07 |
| Casa | 52 | 50,98 | 139 | 47,93 | 0,74 | 1,05 | 0,74-1,49 |
| Apartamento | 44 | 43,14 | 127 | 43,79 | | 1 | |
| Causas de la migración a Medellín | | | | | | | |
| Económicas | 41 | 40,2 | 144 | 49,66 | 0,8 | 1,07 | 0,61-1,86 |
| Violencia | 48 | 47,06 | 96 | 33,1 | 0,068 | 1,61 | 0,94-2,76 |
| Otras | 13 | 12,75 | 50 | 17,24 | | 1 | |

^a Chi cuadrado de Pearson; ^b Razones de prevalencias; ^c Intervalos de confianza al 95%

Tabla 4. Análisis multivariado autopercepción del estado de salud y las características sociales y demográficas de la población afrocolombiana encuestada.

| Variables | RP crudo ^a | IC95% ^b | RP ajustado ^c | IC95% | p ^d |
|---|-----------------------|--------------------|--------------------------|-----------|----------------|
| Sexo | | | | | |
| Hombre | 0,64 | 0,39-1,03 | 0,86 | 0,53-1,39 | 0,316 |
| Mujer | 1 | | 1 | | |
| Edad agrupada | | | | | |
| 60-85 | 3,17 | 1,82-5,53 | 1,36 | 0,67-2,76 | 0,246 |
| 30-59 | 1,33 | 0,77-2,29 | 1,02 | 0,58-1,76 | 0,92 |
| 19-29 | 1 | | 1 | | |
| Estado civil | | | | | |
| Sin pareja | 1,47 | 1,00-2,17 | 1,39 | 0,94-2,04 | 0,22 |
| Con pareja | 1 | | 1 | | |
| Nivel educativo | | | | | |
| Primaria | 2,56 | 1,64-3,98 | 2,05 | 1,32-3,18 | 0,001 |
| Bachillerato | 1,15 | 0,74-1,80 | 1,18 | 0,77-1,82 | 0,413 |
| Universitario o superior | 1 | | 1 | | |
| Necesidad de atención en salud (<6 meses) | | | | | |
| Si | 4,44 | 2,60 -7,30 | 4,31 | 2,68-6,91 | <0,001 |
| No | 1 | | 1 | | |
| Año de llegada a Medellín | | | | | |
| 2017> | 0,36 | 0,21-0,62 | 0,5 | 0,25-1,02 | 0,053 |
| 2007-2016 | 0,22 | 0,13-0,37 | 0,35 | 0,17-0,71 | 0,006 |
| 1997-2006 | 0,34 | 0,25-0,46 | 0,44 | 0,23-0,83 | 0,017 |
| 1987-1996 | 0,25 | 0,14-0,43 | 0,34 | 0,16-0,72 | 0,006 |
| 1977-1986 | 0,51 | 0,32-0,81 | 0,52 | 0,30-0,89 | 0,038 |
| 1966-1976 | 1 | | 1 | | |

^a Razón de prevalencia crudo; ^b Intervalo de Confianza al 95%

^c Ajustado por: el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, necesitar atención en los servicios de salud y el año de llegada a la ciudad de Medellín

^d Chi cuadrado de Pearson

DISCUSIÓN

La influencia del nivel educativo y requerir atención en el servicio de salud se relacionan con la autopercepción negativa del estado de salud. Por su parte, el periodo de llegada a la ciudad de Medellín podría reducir la prevalencia de presentar mala autopercepción de salud en la población encuestada.

En consonancia con los hallazgos de esta investigación encontramos el estudio realizado por Cuevas et al.²¹ mencionan que se determinaron que los factores que aumentan la probabilidad de auto reportar regular o mala salud son la falta de educación, ser mujer, ser afrodescendiente, estar desempleado, vivir en la región del Pacífico.

Existe evidencia de que un menor nivel educativo se relaciona con una percepción negativa de salud^{2,22}. Se ha descrito que regularmente las personas con un bajo nivel educativo se ven afectadas en mayor medida por enfermedades crónicas. En las personas con un nivel educativo alto, frecuentemente la salud auto percibida es reportada como buena^{11,23,24} lo que a su vez se ha descrito con menor riesgo de mortalidad²⁵. Para esta investigación aproximadamente una de cada diez de las personas encuestadas, tenían como nivel educativo primaria y reportaron con mayor frecuencia mala autopercepción de salud.

Por su parte, la autopercepción de la salud es uno de los principales motivos que influyen en el uso de los servicios sanitarios por parte de la población migrante²⁶, la necesidad de consultar un servicio de salud está mediada por procesos de salud-enfermedad, en donde la persona, a razón de no resolver el problema de salud por sus propios medios, acude a un tercero (servicio de salud)²⁷. De tal forma, la necesidad de atención en salud funciona como una característica que pronostica la utilización del servicio²⁸.

De manera particular, padecer de enfermedades crónicas y presentar factores de riesgo cardiovascular, demandan una mayor utilización de los servicios de salud²⁹, los cuales, además, se han

reportado estar asociado a mala auto percepción de salud³⁰⁻³². Carreras et al.³³ evidenciaron que la probabilidad de reportar mala salud aumentó gradualmente para el grupo de personas con más de dos enfermedades crónicas o una condición de salud compleja. Es así como podría haber asociación entre el estado de salud auto percibido y el estado de salud según la morbilidad atendida.

No obstante, la necesidad de atención no solo debe centrarse en la solución de patologías, es necesario una concepción integradora en la que dicha necesidad considere y promueva la prevención de enfermedades y la promoción de la salud como estrategia para mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

En relación con el contexto migratorio, desde la perspectiva de factores de expulsión y atracción, como marco referencial que explica las razones por las cuales las poblaciones deciden salir de un contexto territorial hacia otro, las condiciones territoriales se consideran como más favorables para emprender un nuevo proyecto de vida³⁴. En este sentido, los movimientos migratorios se producen generalmente entre regiones con características demográficas, sociales y económicas diferentes.

Es así como las poblaciones deciden salir de un contexto territorial, bien sea porque las condiciones de calidad de vida no son favorables o porque los factores políticos, sociales, ambientales y económicos generan condiciones desfavorables para algunas poblaciones. Las personas con pobreza multidimensional tienen resultados de salud autoinformados más bajos que las personas pobres en ingresos³⁵.

Las deficiencias en las condiciones de vida y las oportunidades a las que puede acceder una persona para mejorar y mantener su calidad de vida, traducidas en el acceso a servicios esenciales de diversa índole como agua, educación y salud, han sido relacionadas con mayores tasas de morbilidad y mortalidad^{36,37}. El departamento del Chocó es una de las regiones más rezagada del país en términos económicos y en las condiciones de vida de su

población^{38,39} uno de cada dos hogares no cuenta con acceso a agua potable en zonas urbanas, cifra que empeora en zonas rurales, donde dos de cada tres hogares no cuenta con conexión adecuada ni soluciones alternativas a este servicio⁴⁰.

De esta forma, la ciudad de Medellín se instaura como un lugar atractivo para los migrantes chocoanos, dado que cuenta con condiciones de vida favorables en termino de viviendas, acceso a los servicios de salud y servicios públicos²⁰, dichas condiciones influyen de manera significativa en que migrar disminuya la prevalencia de presentar mala autopercepción de salud.

Para esta investigación los años en los que migraron los afrocolombianos encuestados se agruparon por decenios y se evidenció que, independientemente del periodo de migración, estos se comportan como factores protectores y podrían reducir significativamente la prevalencia de presentar mala autopercepción de salud. Esto se podría explicar dado que en el territorio de llegada (Medellín) existen factores que responden a las necesidades de las poblaciones migrantes y estos son entendidos como factores de atracción³⁴.

Los resultados encontrados invitan a pensar en políticas de salud pública que permitan consolidar una agenda de investigación sobre migración interna y salud de población afrocolombiana.

En esta investigación se realizó la medición de las exposiciones y eventos de las personas encuestadas en un momento del tiempo determinado, lo cual se instaura como una limitación ya que no permite realizar seguimiento a los sujetos expuestos y la ocurrencia de nuevos eventos. No hubo comparación, lo cual limita el análisis comparativo con otras etnias y grupos migrantes socioeconómicamente similares.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación obtuvo financiación de la Dirección de Investigación e Innovación de la Universidad CES, a través de la convocatoria de Mediana Cuantía para programas doctorales.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

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

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Primer autor: coordinación, planificación y ejecución de la investigación, diseño de metodología, recolección de datos, análisis estadísticos.

Segundo autor: la formulación de los objetivos, en el diseño de metodología, aplicación de técnicas estadísticas, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito.

Tercer autor: diseño metodológico, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):320. Doi: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/320>
2. Aguilar I, Carrera P, Rabanaque M. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(1):37-43. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.004>
3. Bustos E, Fernández J, Astudillo C. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. *Biomédica*. 2017;37(0):92-103. Doi: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v37i3.3070>
4. Singh A, Martikainen P, Ferrie J, Zins M, Marmot M, Goldberg M. What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(4):364-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.039883>

5. Secretaria de Salud de México. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. Cidade do México, D.F: México. Secretaria de Salud; 2003. Disponible en: <http://biblioteca.ciess.org:8081/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=27611>
6. Abellán A. Percepción del estado de salud. Rev Mult Geronto. 2003;13(5):340-2. Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/10500>
7. Mora C. Cambio en la autopercepción del estado de salud y factores asociados, en adultos mayores residentes en la comuna 18 de Cali. 2009-2010 [Internet] [Maestría]. [Cali]: Universidad del Valle; 2014. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/10552/BD-0520940.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. García J. Autopercepción de la salud en ancianos con enfermedades crónicas hospitalizados en el hospital virgen del y apoyo social. [Internet]. 2009. Disponible en: <https://docplayer.es/73591336-Autopercepcion-de-la-salud-en-ancianos-con-enfermedades-cronicas-hospitalizados-en-en-el-hospital-virgen-del-y-apoyo-social.html>
9. Bernal M. Autopercepción del envejecimiento en el adulto mayor en el centro de atención social a la salud de las y los adultos mayores (CASSAAM) [Internet] [Especialización]. [México]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2015/mayo/0729691/Index.html>
10. Mulinari S, Bredström A, Merlo J. Questioning the discriminatory accuracy of broad migrant categories in public health: self-rated health in Sweden. European Journal of Public Health. 2015;25(6):911-7. Doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv099>
11. Gallegos K, García C, Duran C, Reyes H, Durán L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. Revista de Saúde Pública. 2006;40(5):792-801. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000600008>
12. Benavides F, Merino P, Cornelio C, Assunção A, Agudelo A, Amable M, et al. Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2016;32(9). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00210715es>
13. Gentil I. Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas: Autoestima y resiliencia. Index de Enfermería. 2009;18(4):229-33. Doi: <https://doi.org/10.4321/s1132-12962009000400003>
14. Aerny N, Ramasco M, Cruz J, Rodríguez C, Garabato S, Rodríguez A. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. 2010;24(2). Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.10.007>
15. Salinero M. Autopercepción de la salud, apoyo social y salud mental en Atención Primaria: diferencias entre población autóctona e inmigrante [Internet] [Tesis Doctoral]. [España]: Universidad Rey Juan Carlos; 2013. Disponible en: <https://eciencia.urjc.es/handle/10115/12318>
16. Urzúa A, Vega M, Jara A, Trujillo S, Muñoz R, Caqueo A. Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. Terapia psicológica. 2015;33(2):139-56. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200008>.
17. Fernández J, Vásquez A, Flórez V, Rojas M, Luna K, Navarro E, et al. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. Revista de Salud Pública. 2018;20(4):530-8. Doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n4.75773>
18. Di Napoli A, Gatta R, Rossi A, Perez M, Costanzo G, Mirisola C, et al. Perceived discrimination at work for being an immigrant: a study on self-perceived mental health status among immigrants in Italy. Epidemiol Prev. 2017; 4:33-40. Doi: <https://doi.org/10.19191/EP17.3-4S1.P033.063>

19. Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda [Internet]. 2018. Disponible en: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv-presentacion/src/>
20. Proantioquia, Universidad EAFIT, Fundación Corona, Comfama, Comfenalco Antioquia, Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, et al. Informe de indicadores objetivos sobre cómo vamos en vivienda y servicios públicos en Medellín, 2016-2019 [Internet]. Medellín: Medellín Cómo Vamos; 2020 p. 34. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/system/files/2020-10/docuprivados/MCV%20Informe%20de%20indicadores%20objetivos%20sobre%20c%C3%B3mo%20vamos%20en%20vivienda%20y%20servicios%20p%C3%ABlicos%20en%20Medell%C3%ADn%2C%20016-2019.pdf>
21. Cuevas L, Perea L, Cuevas J, Martínez C. Determinantes sociales de la salud autorreportada: Colombia después de una década. *O Mundo da Saúde*. 2018; 42:230-47. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324712054_Determinantes_sociales_de_la_salud_autorreportada_Colombia_despues_de_una_decada
22. Pinillos-Franco S, García-Prieto C. The gender gap in self-rated health and education in Spain. A multilevel analysis. *PLOS ONE*. 2017;12(12):e0187823. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187823>
23. López E, Findling L, Abramzón M. Desigualdades en salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud Colectiva*. 2006; 2:61-74. Doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.56>
24. Mahnic P, Bow A, Kuschnarof V. Salud autorreportada y necesidades básicas insatisfechas: aplicación de modelos ologit multinivel [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3100712>
25. De la Cruz E, Feu S, Vizuete M. El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. *Univ Psychol*. 2013;12(1):31-40. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy12-1.efab>
26. Tenorio Y, Arredondo A. Utilización de los servicios de salud en la población migrante de Estados Unidos. *Horizonte sanitario*. 2018;17(2):89-94. Doi: <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1919>
27. Yepes C, Giraldo Á, Botero N, Guevara J. En búsqueda de la atención: necesidades en salud, itinerarios y experiencias. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2017;23(1):88-105. Doi: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.7>
28. Barradas R, Furquim M, Valencia C, Pereira Z. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23(2):305-13. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200006>
29. Ministerio de la Protección de Colombia Social. Encuesta nacional de salud 2007: resultados nacionales. 1ra. edición. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, República de Colombia; 2009. p. 342 Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf>
30. Tamayo N, Quesada J a., Nolasco A, Melchor I, Moncho J, Pereyra P, et al. Self-rated health and mortality: a follow-up study of a Spanish population. *Public Health*. 2013;127(12):1097-104. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.09.003>
31. Alvear S, Rodríguez P, Riveros C, Arenas Á, Canteros J. Factores sociales del estado de salud autorreportado de personas mayores, en Chile. *Revista médica de Chile*. 2019;147(11):1407-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019001101407>
32. Jiménez J. Autopercepción del estado de salud en individuos con riesgo cardiovascular en Colombia [Internet] [Maestría]. [Barranquilla/ Atlántico]: Universidad del Norte; 2018. Disponible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle>

/10584/8552/8748091.pdf?sequence=1&isAllowed=y

33. Carreras M, Puig G, Sánchez-Pérez I, Inoriza JM, Coderch J, Gispert R. Morbilidad y estado de salud autopercebido, dos aproximaciones diferentes al estado de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2020;34(6):601-7. Doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.005>

34. Dorigo G, Tobler W. Push-Pull Migration Laws. *Annals of the Association of American Geographers*. 1983;73(1):1-17. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8306.1983.tb01392.x>

35. Oyarte M, Cabieses B, Pedrero V. Pobreza y autopercepción de salud: contraste entre pobreza multidimensional y pobreza por ingresos. *Atención Primaria*. 2019;51(8):513-514. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.013>

36. Cabieses B, Bernal M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Chile; 2017. p.520 Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

37. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ*. 2002;80(2):97-105. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268713>

38. Galvis L, Moyano L, Alba C. La persistencia de la pobreza en el Pacífico colombiano y sus factores asociados [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_238.pdf

39. Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2018 [Internet]. DANE información para todos; 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y->

multidimensional-en-colombia-2018#pobreza-por-departamentos-2018

40. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Objetivos de desarrollo del Milenio Informe 2015 [Internet]. Colombia: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD; 2015 p. 49. Disponible en: <https://www.undp.org/es/colombia/publications/informe-de-2015-sobre-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio>.