

Determinantes sociales de la falta de adherencia al tratamiento de la tuberculosis en migrantes venezolanos en Colombia, 2018-2019

Social determinants of non adherence to tuberculosis treatment in venezuelan migrant population in Colombia, 2018-2019

Paola Andrea Ceballos Betancur¹, Jaqueline Acero Medina², Alejandra Ramirez Martínez³, Fabio Alberto Escobar Díaz⁴

Resumen

Introducción. La falta de adherencia al tratamiento de la Tuberculosis (TB) por parte de la población migrante venezolana en Colombia, se ha convertido en un problema de salud pública. Esto se explica por un conjunto de barreras que impiden una adherencia terapéutica exitosa de estos pacientes que son importantes de reconocer. **Objetivo.** Identificar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que impidieron la adherencia al tratamiento de la TB en la población migrante venezolana atendida durante el período 2018-2019 en la Subred Centro Oriente de la ciudad de Bogotá D.C. **Metodología.** Estudio cuantitativo descriptivo en la ciudad de Bogotá D.C., muestra no probabilística, compuesta por 19 migrantes venezolanos, 12 hombres y 7 mujeres, quienes fueron diagnosticados y notificados con TB pulmonar. **Resultados.** El acompañamiento y apoyo familiar inciden en una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento; así mismo las variables de ocupación, afectación laboral y gastos extras, sorpresivamente como el desempleo mejoran la adherencia al tratamiento. Se infiere que la ausencia de vinculación laboral aumenta la disponibilidad de tiempo para acudir a las instituciones y recibir un tratamiento efectivo.

Palabras claves: tuberculosis, cumplimiento y adherencia al tratamiento, migración humana, determinantes sociales de la salud.

1. Terapeuta Respiratoria. Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social. Fundación Universitaria del Área Andina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2295-8418>

2. Terapeuta Respiratoria. Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social. Fundación Universitaria del Área Andina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0813-6194>

3. Enfermera. Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social. Fundación Universitaria del Área Andina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5241-5767>

4. Sociólogo, Magíster y Doctor en Salud Pública. Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, Fundación Universitaria del Área Andina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4721-2209>

Correo electrónico de correspondencia: paola.cebillos.b@gmail.com - paandrea@estudiantes.areandina.edu.co

Recibido: 15/02/2022
Aceptado: 07/07/2022

Abstract

Introduction. The lack of adherence to tuberculosis (TB) treatment by the Venezuelan migrant population in Colombia has become a public health problem. This is explained by a set of barriers that prevent the successful adherence of these patients, which are important to recognize. **Objective.** To identify the Social Determinants of Health (SDH) that prevented adherence to TB treatment in the Venezuelan migrant population attended during the period 2018-2019 in the Subred Centro Oriente of the city of Bogotá D.C. **Methodology.** Descriptive quantitative study in the city of Bogotá D.C., non-probabilistic sample, composed of 19 Venezuelan migrants, 12 men and 7 women, who were diagnosed and notified with pulmonary TB. **Results.** Accompaniment and family support have an impact on a greater probability of adherence to treatment; likewise, the variables of occupation, work involvement, and extra expenses, surprisingly, as well as unemployment, improve adherence to treatment. It is inferred that the absence of employment increases the availability of time to go to the institutions and receive effective treatment.

Keywords: Tuberculosis, human migration, treatment adherence and compliance, social determinants of health.

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite de una persona a otra a través de gotitas de aerosol suspendidas en el aire, expulsadas por personas con enfermedad pulmonar activa. La infección por TB suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la TB pulmonar activa son: tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debi-

lidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna (1).

Con un diagnóstico oportuno y tratamiento con antibióticos de primera línea durante seis meses, la mayoría de las personas enfermas de TB pueden curarse y la transmisión de la infección puede frenarse, pero aun siendo curable cuando se instituye el tratamiento adecuado, sigue siendo un grave problema de salud pública mundial. En 2017, 10 millones de personas enfermaron de TB en todo el mundo, de ellas, 1,3 millones murieron debido a complicaciones de la enfermedad (2).

Teniendo este contexto, y considerando la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud contra la TB 2016-2035, en el marco de la eliminación de esta enfermedad, se establecen objetivos a nivel nacional, regional y global con el propósito de ponerle fin para el año 2035 (2). En Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en su objetivo de responder a los compromisos adquiridos para adoptar la Estrategia Mundial. El Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la Tuberculosis, 2016 – 2025 busca reducir el 50% de la incidencia, el 75% de la mortalidad y el 60 % de los costos catastróficos causados por la TB a 2025; para lograr estas metas se cuenta con instrumentos de política como el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Ley Estatutaria en Salud de 2015, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) (3).

El Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la Tuberculosis en su línea de estrategia de prevención y atención integral, prioriza la captación de sintomáticos respiratorios en todas las poblaciones incluyendo aquellos en situación de vulnerabilidad. El sistema de vigilancia en salud pública debe profundizar a nivel territorial en la caracterización de las personas afectadas por TB para conocer quiénes son, dónde viven y cuáles son los determinantes de sus condiciones de salud; adicionalmente, con el enfoque diferencial, se puede calificar la prioridad de las inter-

venciones a grupos sociales con condiciones particulares y de mayor vulnerabilidad (3).

Como resultado de la situación política, socioeconómica y de derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela, se ha dado lugar al mayor movimiento de refugiados y migrantes en la historia reciente de América Latina y el Caribe. Colombia es el país más afectado por la llegada de personas provenientes de este país. A finales del 2015, Colombia acogió a menos de 40.000 personas venezolanas, un número que ha crecido más del 3.500%, llegando más de 1,4 millones de personas en agosto de 2019 (4).

Como se ha reconocido, en Venezuela hay una importante falta de respuesta a las necesidades de salud pública como la vacunación, fumigación, control de vectores, etc. (5), sumado a esto, el frecuente desplazamiento de la población migrante por el territorio nacional, ha generado la reactivación de enfermedades como el sarampión y la rubeola. Bajo estas condiciones, en las que la población migrante se desplaza por el territorio, según el Departamento Nacional de Planeación, aquellos migrantes desde Venezuela que cumplan los requisitos para afiliarse en el régimen contributivo o subsidiado de salud acceden a los servicios mediante el aseguramiento de lo contrario, mediante la atención por evento en la red pública financiada con recursos de oferta (6). Aunque los esfuerzos por garantizar la atención de la población migrante mejoran

con el aumento de los programas de protección al migrante, es necesario cuestionarse sobre las variables que se podrían considerar en el marco de este fenómeno social, por ejemplo, la reactivación de otras enfermedades.

Por consiguiente, es imprescindible cuestionarse sobre la relación entre el aumento de la población migrante en nuestro territorio y un posible aumento de la propagación de la TB en hospitales públicos, que son los que atienden principalmente a este grupo. Según un informe del MSPS (7), sobre el impacto del fenómeno migratorio para el sector salud, entre el año 2017 al 2019, se habían reportado 3.968.315 atenciones en salud de migrantes procedentes de Venezuela y 550.904 personas atendidas.

El fenómeno migratorio de población venezolana en Colombia para el año 2019 reportaba 742.390 migrantes regulares y 665.665 migrantes irregulares; con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se reportaron 158.829 migrantes venezolanos (8).

El tránsito de esta población migratoria por varios departamentos de Colombia es reflejado en las atenciones en salud; en Bogotá, por ejemplo, se reportaron 613.338 atenciones en salud, y a nivel nacional de los principales eventos de interés en salud pública fue la notificación de TB con 21 casos para el año 2017, 107 en el 2018 y 324 casos

para el año 2019 con corte en el periodo epidemiológico 52, como se evidencia en el Boletín Fronteras Eventos de Interés en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS) (9).

El aumento de casos reportados de esta enfermedad y su relación con la población migrante, ha sido estudiado por otros investigadores como Castelli y Sulis (10), Barbero (11), y Maurera (12), sus estudios han arrojado datos importantes sobre la relación entre la duración del tratamiento y la adherencia a este. Los tratamientos, de naturaleza farmacológica, asociados a la enfermedad son largos y rigurosos: el tratamiento estándar de la TB pulmonar comprende 2 meses de terapia con isoniazida (INH) rifampicina (RMP), etambutol (EMB) y pirazina - amida (PZA), seguida directamente de otros 4 meses de meses de administración dual de RMP e INH; las formas extrapulmonares y diseminadas de TB extrapulmonar y diseminada requiere a veces un tratamiento más prolongado; la TB de los ganglios linfáticos, 6 meses; la TB articular u ósea 9 meses; TB del sistema nervioso central, 12 meses (13).

La OMS (14) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. La adherencia al tratamiento de la TB en población migrante venezolana en nuestro país se ha situado como un proble-

ma no solo del sistema sanitario sino también del contexto social o económico de los pacientes. Es por ello que se deben identificar las barreras que impiden una adherencia terapéutica exitosa.

La falta de adherencia terapéutica puede estar asociada a diversos Determinantes Sociales de la Salud (DSS), entendiéndose como los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como el acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. Los determinantes sociales resumen el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (15).

Por consiguiente, los gastos y el tiempo de desplazamiento a los centros de salud u hospitales para recibir el tratamiento, los permisos o inasistencia a su trabajo, el apoyo emocional o familiar, el nivel educativo, el género, entre otros, pueden afectar la adherencia al tratamiento y así mismo varía de uno a otro a lo largo de la misma enfermedad.

El tratamiento de la TB requiere de adherencia al tratamiento farmacológico (13), de

lo contrario, la *Mycobacterium tuberculosis* que aún se encuentre activa al momento de suspender el tratamiento puede volverse resistente a los medicamentos y así prolongar el tratamiento, hacerlo más difícil y costoso.

Así, el objetivo de este estudio fue identificar los determinantes sociales que impidieron la adherencia al tratamiento de la TB en la población migrante venezolana atendida durante el periodo 2018-2019 en la Subred Centro Oriente de la ciudad de Bogotá D.C.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo en la ciudad de Bogotá D.C. La población del estudio fueron migrantes venezolanos portadores de TB pulmonar, identificados mediante la notificación obligatoria de eventos de interés en salud pública, de 11 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) recopilados en base de datos del Hospital Santa Clara de la Subred Centro Oriente durante el periodo 2018-2019.

A partir de esta base de datos se seleccionó una muestra no probabilística, compuesta por 19 migrantes venezolanos, 12 hombres y 7 mujeres, quienes fueron diagnosticados y notificados por las 11 UPGD con TB pulmonar.

Para establecer la adherencia al tratamiento se usó la base de datos disponible del Hospi-

tal Santa Clara, donde se recopilaron características sociodemográficas de los pacientes como edad, sexo, régimen de afiliación (vinculado, subsidiado o contributivo), ocupación, localidad de residencia, modalidad de vivienda (arriendo, paga diario, institución de salud), círculo familiar y escolaridad.

Se agruparon los resultados por variables y se clasificaron en 2 grupos (grupo adherente y no adherente) para estudiar si existían diferencias estadísticamente significativas entre estos 2 grupos en las variables asociadas a los DSS. Se utilizó el método t de Student para variables continuas y Chi-cuadrado para las variables categóricas. Por último, para comprobar qué variables se asociaban independientemente con la adherencia al tratamiento se realizó un análisis de regre-

sión logística binaria, donde la variable dependiente fue la adherencia al tratamiento y como variables independientes se incluyeron aquellas para las que se encontraron diferencias significativas entre los grupos adherentes / no adherentes.

Resultados

Se usaron como categorías las preguntas asociadas a los DSS de los pacientes. Del total de pacientes (n=19), se clasificaron entre el grupo adherente (n=6); y el grupo no adherente (n=13). Se sistematizaron los datos y de filtraron en las variables asociadas a los DSS que se consideraron significativas (ver tabla 1).

Tabla 1. Comparación de los Determinantes Sociales asociados a la TB entre el grupo de pacientes con adherencia al tratamiento y el grupo sin adherencia.

Variables		Muestra (n=19)	Grupo adherente (n=6)	Grupo no adherente (n=6)
Edad promedio		31,31	30,62	31,38
Lugar de nacimiento	Venezuela	19	6	13
Sexo	Masculino	12	4	8
	Femenino	7	2	5
Localidad donde vive	Martires	3	1	2
	Candelaria	2	1	1
	Santa fé	3	0	3
	Antonio Nariño	1	0	1
	Rafael Uribe	5	2	3
	San Cristobal	5	2	3

Variables		Muestra (n=19)	Grupo adherente (n=6)	Grupo no adherente (n=6)
Modalidad de vivienda	Arriendo	14	6	8
	Paga diario	2	0	2
	Institución distrital	2	0	2
	No reporta	1	0	1
Régimen de afiliación	Vinculado	16	5	11
	Contributivo	1	0	1
	Subsidiado	2	1	1
Administradora	Capital salud	1	1	0
	Famisanar	1	0	1
	Gobernación Guainía	1	0	1
	Fondo financiero	16	5	11
Ocupación	Auxiliar de carga	1	0	1
	Desempleado	7	4	3
	Estilista	1	0	1
	Hogar	3	0	3
	Menor	1	0	1
	Niñera	1	0	1
	Obrero	1	0	1
	Operario	1	0	1
	Vendedor	1	0	1
	Vendedor ambulante	2	2	0
Quién lo acompaña	Mamá	3	0	3
	Hermano/a	1	0	1
	Esposa/o	2	0	2
	Nadie	6	1	5
	Cuñado	1	1	0
	Hija/o	5	4	1
	No reporta	1	0	1

Variables		Muestra (n=19)	Grupo adherente (n=6)	Grupo no adherente (n=6)
Ha incurrido en gastos extra	Si	6	0	6
	No	10	6	4
	No reporta	3	0	3
Hay apoyo familiar	Si	11	6	5
	No	8	0	8
Ha cambiado su rutina	Si	11	0	11
	No	8	6	2
Ha afectado su situación laboral	Si	12	6	6
	No	4	0	4
	No reporta	3	0	3
Escolaridad	Primaria completa	3	3	0
	Primaria incompleta	2	0	2
	Secundaria completa	6	3	3
	Secundaria incompleta	2	0	2
	Sin estudio	1	0	1
	Técnico	1	0	1
	Universidad completa	1	0	1
	Sin información	3	0	3

Fuente: Elaboración propia.

Régimen de afiliación

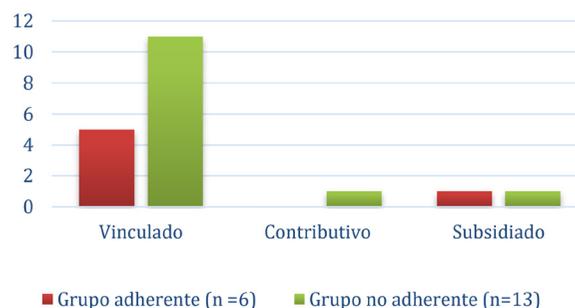


Figura 1: Régimen de afiliación, y comparación por grupo adherente y grupo no adherente al tratamiento.

Fuente: Elaboración propia.

De los 19 datos recuperados en la variable de régimen de afiliación (Figura 1), 5 de los 6 casos de adherencia se encuentran en la modalidad de vinculado, a este régimen pertenecen todas aquellas personas que por

motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho a servicios de atención de salud en instituciones públicas.



Figura 2: Administradora clasificada por grupo adherente y no adherente.
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la variable de administración en salud (figura 2), la variable de administradora de salud, 5 de los 6 casos de adherencia se encuentran en el Fondo Financiero Dis-

tribucional de Salud, quien se encarga de brindar servicios de salud a población vulnerable no afiliada.



Figura 3: Comparación por grupo adherente y no adherente según su ocupación.
Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, en la variable de ocupación (figura 3), 4 de los 6 casos de adherencia se encuentran en la categoría de desempleo, los otros 2 en la categoría vendedor ambulante. Al asociar esta variable con las variables de afectación laboral o consideración de gastos

extra en el tratamiento podríamos conjeturar que se requiere de una significativa consideración del tiempo laboral para asistir a los tratamientos suministrados, por tanto, estar en situación de desempleo podría favorecer la asistencia a los tratamientos.

Afectación laboral

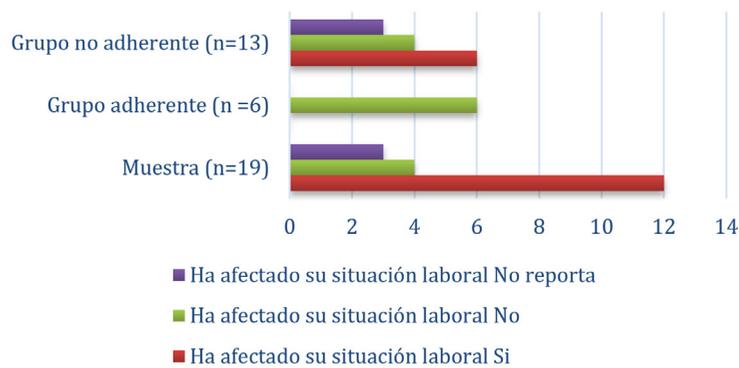


Figura 4: Afectación a la vida laboral durante el tratamiento según grupo adherente y no adherente.

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la variable afectación laboral (figura 4), los datos en el grupo no adherente tienen un comportamiento homogéneo, sin embargo, en el grupo adherente los datos son contundentes, los 6 datos están en la cate-

goría de no afectación, recordemos que 4 del grupo adherente se encuentran en condición de desempleo y dos son vendedores ambulantes.

Gastos extra

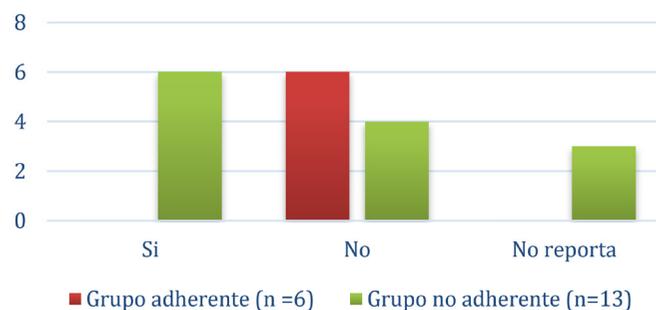


Figura 5: Gastos extra asumidos por el paciente durante el tratamiento por grupo adherente y grupo no adherente.

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la afectación laboral, la variable gastos extras arroja resultados interesantes, los 6 casos que se adhieren al tratamiento terminan asegurando que el tratamiento no ha generado gastos extras (figura 5), en su situación económica. Creemos que no tener trabajos fijos puede beneficiar la no afectación económica en este tipo de población, debido a que no tienen una obli-

gación laboral por lo tanto pueden ajustar sus actividades diarias y acudir sin contratiempos a recibir la medicación. En cuanto a los pacientes que reportan haber asumido gastos extra consideramos que podrían estar asociados a gastos de desplazamiento para asistir a la institución y posteriormente cumplir con sus obligaciones laborales.

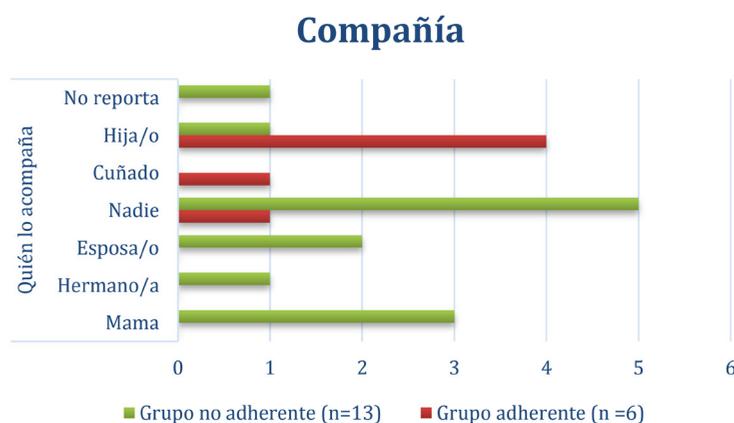


Figura 6: Acompañamiento al momento de recibir el tratamiento.
Fuente: Elaboración propia.

Otra variable que presenta datos interesantes es quien lo acompaña (figura 6), 4 de los 6 datos de adherencia al tratamiento están en

la categoría de hijo/hija, también, 5 de los 13 datos de no adherencia están en la categoría de nadie acompaña.

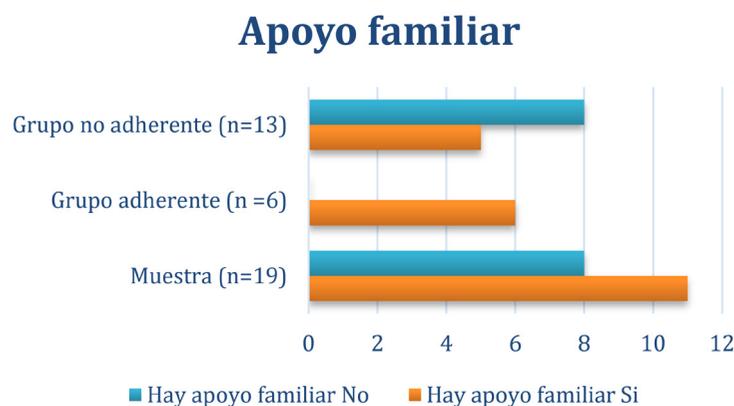


Figura 7: Apoyo familiar por grupo adherente y no adherente.
Fuente: Elaboración propia.

Al intentar relacionar la variable apoyo familiar, observamos que el grupo adherente, los 6 datos reflejan la existencia de apoyo familiar en el tratamiento. Creemos que los datos en estas variables nos permiten sugerir que una compañía bien sea familiar o asistencial para este tipo de población, puede significar una mayor adherencia al tratamiento.

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar los determinantes sociales que impidieron la adherencia al tratamiento de la TB en la población migrante venezolana, a través de un diseño metodológico cuantitativo y descriptivo, con una muestra no probabilística.

En nuestro estudio, a partir de la consolidación de los datos de la Subred Centro Oriente, se logró identificar que los determinantes sociales que incidieron en la no adherencia al tratamiento se reflejaron en un número significativo de migrantes. Durante el tratamiento manifestaron afectaciones en su vida laboral, cambios en su rutina diaria y un número no menos relevante, incurrió en gastos adicionales. De igual manera fue importante analizar el contexto educativo como asociación directa a las oportunidades laborales, principalmente porque los trabajadores presentan dificultades para lograr acceder al tratamiento, en horas laborales, que coinciden con los horarios institucionales donde reciben su medicación. Asimismo,

el grado de conocimiento y capacidad de búsqueda de un buen nivel de salud, se suma a su condición de migrante.

De igual manera se pudo evidenciar la falta de vivienda propia, que conlleva a que esta población tenga que vivir en arriendo, en instituciones de salud esperando la ubicación de un hogar, o el llamado paga diario por habitación, situación que está ligada a la pobreza; un 73,7% de ellos se encontraban desempleados, tenían trabajos esporádicos o simplemente sus ingresos eran al día.

Los resultados lograron identificar cómo el acompañamiento y apoyo familiar inciden en una mayor probabilidad de adherencia al tratamiento; de igual manera al revisar las variables ocupación, afectación laboral, y gastos extras, encontramos que el desempleo parece mejorar la adherencia; es posible que al no estar vinculados laboralmente disponen de más tiempo para acudir a las instituciones y recibir el tratamiento. En cuanto a la variable administradora y afiliación en salud, tanto el grupo adherente como no adherente tienen acceso a los servicios de salud. A pesar de que el estado colombiano apoya el tratamiento a partir de políticas de atención al migrante y que el 100% de la población identificada se encontraba en un régimen de afiliación (contributivo, subsidiado o vinculado) se evidencia que éste no es un determinante que afecte la no adherencia al tratamiento y aun así el 68,4% no lo llevo a cabo o no lo terminó.

Por otra parte, durante el desarrollo de nuestra investigación hemos podido analizar que los estudios relacionados a la adherencia al tratamiento antituberculoso son tradicionalmente asociados a la atención en salud y pocos se han centrado en su relación con los DSS; es por ello que el nuestro se ha centrado en mostrar cómo estos determinantes impiden el éxito del tratamiento en la población migrante. Es importante la identificación de las condiciones socioeconómicas de la población migrante al momento de dar inicio al tratamiento ya que sus circunstancias en las cuales viven limitan la continuidad y el cumplimiento de este.

Un estudio realizado por Herrero y otros (16), muestra que en Argentina las condiciones de vida, el apoyo social, los costos de transporte y la distancia a los centros de salud influyen en la adherencia al tratamiento, especialmente en los grupos más vulnerables debido a factores asociados con la pobreza, malas condiciones de vida y dificultades económicas para acceder a los sistemas de salud. De igual manera resalta como en Nepal, India y Nicaragua (17,19), los gastos de viaje y la relación entre sexo y género fueron factores influyentes para abandonar el tratamiento. Asimismo, un estudio realizado en Rio de Janeiro, Brasil, mostro que las condiciones económicas (pobreza, extrema pobreza), la infraestructura (hogares con servicios públicos, calidad de la vivienda) y la vigilancia (seguimiento a

tratamiento y personas curadas) se relacionaron con la no adherencia al tratamiento, de igual manera en los escenarios de precariedad socioambiental pudieron identificar poblaciones con mayor riesgo de incumplimiento al tratamiento (20).

Para nuestro estudio no fue significativa la relación de sexo y no adherencia, posiblemente debido al tamaño de la muestra. En cuanto a estudios sobre la relación existente entre los DSS y la no adherencia, el estudio realizado por Maciel y colaboradores, demostró que existe una relación sobre los factores individuales asociados con la retirada del tratamiento y sobre los determinantes sociales del riesgo de TB, mientras que hay pocos estudios que examinen los determinantes sociales de la no adherencia al tratamiento (20). Hallazgo que se encontró de igual manera en el estudio realizado en Argentina (16).

Es por ello que al abordar la TB se debe mirar como un factor infeccioso y socioeconómico ya que se debe considerar que los costos relacionados al tratamiento en que incurren los hogares afectados, pueden ser causantes del abandono del tratamiento, al igual que el apoyo familiar. Por ello se hace necesario aumentar los estudios que examinen la relación existente entre los DSS y la no adherencia al tratamiento de TB.

Es importante recordar que la TB constituye una enfermedad de notificación obli-

gatoria para todas las instituciones de salud sea pública o privada, situación que conlleva a programar un seguimiento al paciente y a su familia. Es por ello, que ya identificada la población con TB por medio de la notificación obligatoria, podemos sugerir a las instituciones diseñar estrategias para dar cumplimiento al tratamiento, cuando este se interrumpe al encontrar el paciente barreras al momento de desplazarse a la institución y recibir la medicación.

La limitación más importante del estudio se encuentra en la imposibilidad de contar con una muestra de datos más grande, debido a que se tomó como fuente de información, aquella que dispone el prestador de servicios de salud. No obstante, sus resultados brindan evidencia preliminar para continuar profundizando con investigaciones posteriores que permitan comprender y explicar problemas de adherencia al tratamiento para la TB sea en otras instituciones de salud o en otros grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad, entre ellos los migrantes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis. [base de datos en internet]. Ginebra; 2018- [fecha de acceso 30 de mayo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/es/
2. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis. [base de datos en internet]. Washington; 2019- [fecha de acceso 30 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan estratégico “hacia el fin de la tuberculosis Colombia 2016 2025. [base de datos en internet]. Colombia: MINSALUD; 09 de 2019- [fecha de acceso 30 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>
4. R4V. Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. RMRP 2020 Para refugiados y migrantes de Venezuela. [base de datos en internet]. R4V: Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela; 22 de marzo 2020- [fecha de acceso 30 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.r4v.info/>
5. Secretaría Distrital de Salud (2020). Diagnóstico del fenómeno migratorio con énfasis en salud en el distrito capital. Bogotá D. C. [base de datos en internet]. Colombia 2020- [fecha de acceso 20 de octubre 2021]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Fen_migratorio/Diagnostico_FMM_agosto_2020.pdf
6. Departamento Nacional de Planeación (2018). Documento CONPES 3950 Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. [base de datos en internet]. Bogotá, Colombia: DNP; 2018- [fecha de consulta 20 octubre de 2021]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3950.pdf>
7. MINSALUD. Sistema de Salud Colombiano y Migrantes: Respuesta, Estado Actual y Retos. [base de datos en internet]. Colombia: MINSALUD; 09 de 2020- [fecha de acceso 30 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/2sistema-salud-migrantes.pdf>
8. MINSALUD. Fenómeno migratorio población Venezolana en Colombia. [base de datos en internet]. Colombia: MINSALUD; 20- 09-2020- [acceso 30 de mayo 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/2019-09-20-msps-migrantes.pdf>

9. MINSALUD. Boletín epidemiológico semanal. [base de datos en internet]. Colombia; 2019- [fecha de acceso 30 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/busador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_52.pdf
10. Castelli, F. Sulis, G. Migration and infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection – Journal – Elsevier*. [revista en internet] 2017 Mayo [acceso 30 de mayo 2021]; (23) [p 283-289]. Disponible en: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(17\)30178-7/pdf](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(17)30178-7/pdf)
11. Sanz Barbero B, Blasco Hernández T, Galindo Carretero S. Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. *Gaceta Sanitaria*. [revista en internet] 2009 diciembre [acceso 30 de mayo de 2021]; (23) [p 80–85]. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-abandono-del-tratamiento-antituberculoso-poblacion-articulo-S0213911109003100>
12. Maurera D, Bastidas G. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con tuberculosis en el estado Carabobo, Venezuela. *Revista Medica del Uruguay – Scielo. Uruguay* [revista en internet] 2019 [acceso 30 de mayo 2021]; 35(2) [105-112]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v35n2/1688-0390-rmu-35-02-32.pdf>
13. Suárez, I, Fünfer, S. M, Kröger, S, Rademacher, J, Fätkenheuer, G, & Rybniker, J. The Diagnosis and Treatment of Tuberculosis. *Deutsches Aerzteblatt International*. [revista en internet] 2019 Julio 29 [acceso 30 octubre de 2021]; 116(43).Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/210460>
14. Organización Mundial de la Salud. Adherencia terapéutica PAHO. [base de datos en internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004- [fecha de acceso 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 62ª Asamblea Mundial de Salud Punto 12.5 del orden del día provisional. [base de datos en internet]. Ginebra: 16 de marzo de 2009- [fecha de acceso 30 de mayo de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
16. Herrero M, Ramos S, Arrossi S. Determinantes da não adesão ao tratamento da tuberculose na Argentina: barreiras relacionadas com o acesso ao tratamento. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [revista en internet] 2015 abr-jun. [acceso 30 de octubre 2021] 18 (2): [287-298]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eu72BMAIEosJ:https://www.scielo.br/j/rbepid/a/HXM3VwLbFXz3qNFPLYrvBBw/abstract/%3Flang%3Den+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>
17. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Socioeconomic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* [revista en internet] 2005 octubre [acceso 30 de julio 2021] 9(10): [1134-9]. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd/2005/00000009/00000010/art00011>
18. Singh V, Jaiswal A, Porter JDH, Ogden JA, Sarin R, Sharma PP, et al. TB control, poverty, and vulnerability in Delhi, India. *Trop Med Int Health* [revista en internet] 2002 agosto [acceso 20 de julio de 2021] 7(8): [693-700]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12167096/>
19. Soza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Revista Panamericana de Salud Pública* [revista en internet] 2005 [acceso 20 de julio de 2021] 17(4): [271-8]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v17n4/271-278/>
20. Maciel, E. Amancio, J. Castro, D. & Braga, J. Social determinants of pulmonary tuberculosis treatment non-adherence in Rio de Janeiro, Brazil. *Plos one*. [revista en internet]. 2018 [acceso 30 de octubre 2021]; 13 (1). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/322278630_Social_determinants_of_pulmonary_tuberculosis_treatment_non-adherence_in_Rio_de_Janeiro_Brazil