

Percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante
venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes

AUTOR

Andrés Mauricio Murillo Pedrozo
Trabajo de investigación para optar por el título de
Magister en Ciencias Odontológicas

ASESOR

Andrés Alonso Agudelo Suarez. Odontólogo, PhD
Profesor titular Facultad de Odontología Universidad de Antioquia

COMITÉ TUTORIAL

Eliana Martínez Herrera
Universidad de Antioquia

Elena Ronda Pérez
Universidad de Alicante

Facultad de Odontología
Universidad de Antioquia

Medellín

2020

Desde siempre, las mariposas y las golondrinas y los flamencos vuelan huyendo del frío, año tras año, y nadan las ballenas en busca de otra mar y los salmones y las truchas en busca de sus ríos. Ellos viajan miles de leguas, por los libres caminos del aire y del agua.

No son libres, en cambio, los caminos del éxodo humano.

En inmensas caravanas, marchan los fugitivos de la vida imposible.

Viajan desde el sur hacia el norte y desde el sol naciente hacia el poniente.

Les han robado su lugar en el mundo. Han sido despojados de sus trabajos y sus tierras. Muchos huyen de las guerras, pero muchos más huyen de los salarios exterminados y de los suelos arrasados.

Los náufragos de la globalización peregrinan inventando caminos, queriendo casa, golpeando puertas: las puertas que se abren, mágicamente, al paso del dinero, se cierran en sus narices. Algunos consiguen colarse. Otros son cadáveres que la mar entrega a las orillas prohibidas, o cuerpos sin nombre que yacen bajo tierra en el otro mundo adonde querían llegar.

«Los emigrantes, ahora» de Eduardo Galeano

Tabla de contenido

LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE FIGURAS	5
GLOSARIO	5
RESUMEN	6
Palabras claves:	7
1. INTRODUCCIÓN	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	8
3. OBJETIVOS	10
3.1 Objetivo general	10
3.2 Objetivos específicos.....	10
4. REFERENTE TEÓRICO	11
4.1 Migración: causas, tipos, migraciones diferenciales	11
4.2 Contexto de la inmigración colombo venezolana	13
4.3 Respuesta del Estado Colombiano ante la crisis venezolana:.....	14
4.4 Determinantes sociales y otros paradigmas de la salud, salud bucal y general	15
4.5 Teorías sociales migratorias	18
4.6 Antecedentes de migración y salud bucal y general	20
4.7 Migración y salud laboral.....	21
4.8 Investigación cualitativa en salud bucal	22
4.9 Percepción:	23
4.10 La migración como determinante social de la salud	24
5. RUTA METODOLOGICA.....	29
5.1 Enfoque metodológico.....	29
5.2 Participantes	30
5.3 Técnica e instrumentos	31
5.4 Plan de análisis.....	34
5.5 Rigor metodológico en la investigación cualitativa:	35
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
7. RESULTADOS	37
7.1 Proceso migratorio.....	39
7.1.1 Los motivos:	39
7.1.2 El viaje:.....	41

7.1.3	Elección del destino:.....	43
7.1.4	La instalación y adaptación:.....	44
7.1.5	Discriminación/ Aceptación.....	45
7.2	Salud.....	46
7.2.1	¿Qué es salud?	46
7.2.2	Percepción del estado de salud general actual:.....	47
7.2.3	Estado de salud bucal	49
7.2.4	Salud mental.....	51
7.3	Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud	53
7.3.1	Trabajo/Empleo	55
7.3.2	Vivienda.....	57
7.3.3	Afiliación al Sistema General de Seguridad Social.....	57
7.4	Redes de apoyo	58
7.5	Expectativas:	59
8.	DISCUSIÓN:.....	62
9.	CONCLUSIONES	67
10.	LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	68
11.	RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA.....	69
12.	AGRADECIMIENTOS	69
13.	REFERENCIAS.....	69
14.	ANEXOS	80
14.1	Anexo 1. Consentimiento informado para participar en el estudio	80
14.2	Anexo 2. Ficha de datos sociodemográficos	82
14.3	Anexo 3. Guion de temas a tratar en las entrevistas	84
14.4	Anexo 4. Grupo focal.....	87
14.5	Anexo 5. Artículo derivado del proceso de investigación:	¡Error!
	Marcador no definido.	
14.6	Anexo 6. Artículo derivado del proceso de investigación:	¡Error!
	Marcador no definido.	
14.7	Anexo 7. Participación en eventos académicos:¡Error!	Marcador no
	definido.	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ejes de análisis según los objetivos de la investigación	31
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes.....	33
Tabla 3. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.	16
Figura 2. La migración internacional como determinante social de la salud.....	25
Figura 3. Marco conceptual para comprender la relación migración y salud.....	26
Figura 4. Mapa conceptual de las categorías y ejes de análisis de las entrevistas...38	

GLOSARIO

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

E: Entrevista

DSS: Determinantes Sociales en Salud

GF: Grupo focal

LGBTI: Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transgénero

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PEP: Permiso Especial de Permanencia

RAMV: Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: El aumento de la migración internacional representa un reto para la capacidad de respuesta de los países receptores. En latinoamérica, esta capacidad de respuesta se ha visto sobre pasada con la actual crisis estructural de Venezuela. Para el sector salud es importante conocer cuáles son los factores que influyen en el estado de salud de los migrantes como grupo de especial vulnerabilidad; y se aborda la migración como un determinante social de impacto en las desigualdades de salud. La presente investigación tuvo como objetivo explorar la percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes. **Ruta metodológica:** Se realizó un estudio exploratorio cualitativo. Se incluyeron inmigrantes venezolanos mayores de edad con un mínimo 6 meses de permanencia en Colombia. Se aplicó una entrevista semiestructurada y una ficha sociodemográfica. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en procesador de texto para un posterior análisis narrativo de contenido. Se identificaron diferentes categorías de análisis como vivienda, empleo, redes de apoyo, estatus migratorio y percepción del estado de salud. Finalmente, la muestra se definió bajo el criterio de saturación de la información. **Resultados:** Se halló un alto grado de vulnerabilidad de la población migrante venezolana en Medellín, dadas las precarias condiciones de vida desde el momento pre migratorio y la falta de posibilidades de inserción laboral en el momento de instalación en Colombia, donde el estatus migratorio juega un papel fundamental. Dentro de las necesidades percibidas resaltan el control y supervisión de enfermedades crónicas no trasmisibles como la hipertensión y la diabetes; además de las barreras de acceso asociadas a la atención odontológica y ligadas directamente al estatus migratorio. **Conclusiones:** La condición de migrante se configura como un determinante social de la salud de especial interés para la construcción de políticas públicas en salud que garanticen el acceso a este derecho fundamental independiente de la condición migratoria.

Palabras claves: Migración sur-sur; Venezuela; Colombia; determinantes sociales de la salud; salud bucal; investigación cualitativa

1. INTRODUCCIÓN

La migración es un fenómeno que siempre ha estado presente en la historia de la humanidad(1). Se encuentra asociado con múltiples factores económicos, sociales y políticos, íntimamente relacionados con la geopolítica, el comercio y los intercambios culturales que en un mundo cada vez más globalizado hace mucho más evidente el flujo de personas de un país a otro(1,2). Datos oficiales de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) estiman que para 2015 había 244 millones de personas viviendo en un país distinto a su país de origen, un equivalente al 3,3% de la población mundial(1).

La migración internacional ha aumentado tanto en términos numéricos como proporcionales, y se reconoce que los cambios políticos y económicos afectan directamente los flujos migratorios, lo que la hace una de las variables demográficas más difíciles de predecir. Es así como en el 2003 se proyectaban 230 millones de migrantes internacionales para el 2050, o que se alcanzaría el 2,6% de la población mundial, cifra que ya se ha sobrepasado; tras revisarse las proyecciones en el 2010 se estiman 405 millones de migrantes para el 2050 (1).

Generalmente los procesos migratorios tienen condiciones propias y específicas de cada país, pero entre las situaciones comunes a las que se les ha atribuido la decisión migratoria resaltan la falta de trabajo, problemas político-ideológicos, la inseguridad producto de la violencia, las guerras, la persecución étnico-religiosa y los problemas socioeconómicos. La principal motivación del inmigrante es la vinculación al mundo laboral, que le permita mejorar su calidad de vida y la de su familia a través del acceso a bienes y servicios como la salud, educación, vivienda digna, entre otros (2,3).

Para el año 2015, la mayoría de los migrantes internacionales se encontraba en edad de trabajar (tenían entre 20 y 64 años) y representaban el 72% aproximadamente; el número de migrantes menores de 20 años (del 17% al 15%) se redujo ligeramente entre 2000 y 2015; y el porcentaje de migrantes internacionales de 65 años o más (12% aproximadamente) se mantuvo estable desde el 2000(1).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La situación de regularidad o irregularidad de los migrantes representa una de las principales problemáticas a las que se enfrentan tanto los inmigrantes como los países de acogida, ya que el inmigrante en su necesidad de vincularse rápidamente al mundo laboral bajo la irregularidad es propenso a sufrir de explotación laboral y estar expuesto a condiciones laborales desfavorables, que en muchos de los casos de los trabajadores sin permanencia legal se convierte en el factor común, acompañado de una baja remuneración económica(2). Y es esta situación legal irregular la que contribuye a que la población inmigrante se convierta un grupo poblacional vulnerable con barreras de acceso a los servicios de salud y ayudas sociales (4,5). A esto se le suma en muchos casos la falta de suficiencia de los centros de atención médica del país receptor que se ven sobrepasados en su capacidad de atención, lo que conlleva a el retorno de ciertas enfermedades, que se consideraban erradicadas, por cuanto la población que ingresa en condiciones de ilegalidad no se somete, ni es sometida, a controles higiénicos sanitarios debido a su propia situación jurídica irregular(2,5,6). Es por ello que la atención en salud para la población inmigrante se ha enfocado en la prestación de servicios específicos como la realización de pruebas de detección y control de la tuberculosis; la realización de pruebas de VIH, sífilis y hepatitis; los reconocimientos físicos; los diagnósticos de laboratorio; y la inmunización, procedimientos que no alcanzan a brindar una atención en salud integral(1,7). Las investigaciones que reportan falta de atención en salud de los inmigrantes resaltan la falta de servicios odontológicos y un peor estado de salud bucal(8,9), lo que en otras investigaciones se ha

relacionado directamente con un deterioro de la salud general con un impacto directo en la calidad de vida de las personas(10,11).

Probablemente durante el proceso de adaptación al nuevo país los inmigrantes que adquieren la nueva ciudadanía comiencen a demandar más servicios de salud y ayudas sociales que la población autóctona(12). Posteriormente existe una tendencia de los inmigrantes a adoptar el perfil de salud de su población de acogida, pero las diferencias en salud pueden persistir por generaciones a través de determinantes biológicos, sociales, culturales y económicos(13). Datos que contrastan con investigaciones que señalan que algunos grupos de inmigrantes inicialmente tienen mejor estado de salud que la población autóctona y que paulatinamente entra en deterioro, lo que se conoce como el fenómeno del “inmigrante sano”(6,14,15).

Las migraciones que tradicionalmente se presentaban desde Latinoamérica hacia países de mayor riqueza en sentido sur- norte han cambiado, y recientemente es común observar migraciones entre países con igual grado de desarrollo en el sentido sur- sur; donde casos como el de Chile y Argentina, que reciben migrantes procedentes de Venezuela, Bolivia, Colombia y Perú se han vuelto cada vez más comunes en latinoamérica(16,17).

Con la actual crisis interna en Venezuela y la expulsión de venezolanos a distintos países, las dinámicas entre Colombia y el país vecino han cambiado, y Colombia que anteriormente se consideraba un país emisor de emigrantes hacia Venezuela y otros países con mayor grado de desarrollo, se convierte ahora en un país receptor de inmigrantes venezolanos. Esto representa un reto para el Estado colombiano ya que es un fenómeno sin precedentes para el cual no estaba preparado, y a pesar que se han realizado algunas aproximaciones que datan sobre las necesidades básicas de los venezolanos en condiciones de vulnerabilidad en Colombia (en materia de salud se han identificado infecciones respiratorias, fiebres no especificadas, gastroenteritis y falta de acceso a servicios médicos en general) (18),

el marco de referencia para la creación de una política pública para la atención de inmigrantes sigue siendo escaso en materia de salud y se hace oportuno investigar y conocer a fondo sus determinantes sociales y contextuales en salud, reflexionando así sobre el estado de salud bucal y general desde una mirada integral a través un enfoque cualitativo que permita la comprensión de todas aquellas situaciones que subyacen en el fenómeno migratorio desde la percepción propia de los migrantes. Por ello es pertinente preguntarse ¿Cuál es la percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Explorar la percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes

3.2 Objetivos específicos

- Conocer la dinámica migratoria de la población participante y su influencia en el estado de salud bucal y su relación con su salud general.
- Describir las condiciones del entorno (vivienda, sociales, trabajo y empleo) que influyen en el estado de salud bucal y general.
- Comprender la percepción de la población inmigrante sobre su situación de salud física, mental y psicosocial y su posible relación con su salud bucal.
- Identificar las barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud relacionados con el proceso migratorio y con las condiciones de empleo y trabajo.

4. REFERENTE TEÓRICO

Es importante aclarar que el referente teórico se fue construyendo en la medida que se acercaba al objeto de conocimiento. Al tratarse de una investigación cualitativa se permite la flexibilidad para el desarrollo de preguntas antes, durante o después de la recolección y el análisis de datos. Es un proceso dinámico en el que se parte de una revisión inicial de literatura, que pudo ser complementada en cualquier etapa del estudio y apoyar desde el planteamiento del problema hasta la elaboración del reporte de resultados(19,20).

4.1 Migración: causas, tipos, migraciones diferenciales

La migración es un proceso de movimiento de una población a través de una frontera internacional o dentro de un mismo país(21). Se calcula que en 2015 había 244 millones de migrantes internacionales en todo el mundo (3,3% de la población mundial), lo que representa un incremento respecto de los 155 millones de migrantes estimados en el año 2000 (2,8% de la población mundial)(1).

Las Naciones Unidas definen al migrante internacional como cualquier persona que ha cambiado su país de residencia habitual y distinguen entre “migrante por breve plazo” como aquel que ha cambiado su país de residencia habitual durante al menos tres meses, pero no durante un plazo superior a un año y “migrante por largo plazo” como aquel que lo ha hecho durante al menos un año(21). También es importante realizar una distinción respecto al término “diáspora”, que se utiliza en entornos académicos y normativos para referirse a las personas de un país específico (y a menudo a sus descendientes) que residen en el extranjero; sin embargo, no existe una definición única y consensuada del término y se ha sugerido que el término comunidades transnacionales podría describir mejor la realidad de las experiencias contemporáneas de migración, en las que los migrantes pueden establecer y mantener relaciones con personas de sus comunidades de origen o con migrantes

presentes en otros países. De hecho, la OIM utiliza los términos diáspora y comunidad transnacional de manera indiferente(1).

Dentro de las causas de la migración resaltan la falta de trabajo, problemas político-ideológicos, la inseguridad producto de la violencia, las guerras, la persecución étnico-religiosa y los problemas socioeconómicos. La principal motivación del inmigrante es la vinculación al mundo laboral, que le permita mejorar su calidad de vida y la de su familia a través del acceso a bienes y servicios como la salud, educación, vivienda digna, entre otros (2,3). Algunas investigaciones identifican que, si bien las personas migran por diferentes causas, las mujeres por ejemplo suelen tener sus propios motivos, como la reunificación familiar, los incentivos económicos y las oportunidades educativas, además de escapar de la discriminación por motivos de género y de la violencia política y obtener una mayor independencia social(22). Es así como al interior de este grupo poblacional de inmigrantes se van identificando subgrupos con características que los diferencian a unos de los otros convirtiéndolos en una población diversa y heterogénea(5,17).

Por otro lado, la geopolítica ha marcado precedentes diferentes en cada parte de los continentes. Así, por ejemplo, para el caso latinoamericano el año 2001 representa un hito, con procesos internacionales que posicionan a Chile como uno de los principales países de destino de la migración en el contexto sudamericano: por un lado, el refuerzo de la seguridad y protección de las fronteras en el primer mundo por la amenaza terrorista del 11-S y, por otro, la profunda crisis económica y política del principal destino migratorio del Cono sur, Argentina. Siguiendo la tendencia internacional al alza de la migración sur-sur, la migración latinoamericana a Chile se ha cuadruplicado en números absolutos desde el fin de la dictadura cívico-militar hasta hoy(17). En el caso de Europa los cambios en la legislación en 2003 con respecto a la libre circulación de personas en la Unión Europea provocaron un aumento de la inmigración de los países en los que se marca el patrón tradicional de migración de países de menor desarrollo hacia uno de mayor desarrollo(23).

Para el caso de Venezuela, que a lo largo de su historia ha sido un país receptor de inmigrantes latinos, actualmente presenta un patrón migratorio completamente distinto, motivado por una crisis nacional bajo un contexto de deterioro institucional, recesión económica y descomposición social, situación que ha ido empeorando durante los últimos 17 años(24). La salida de migrantes venezolanos hacia países vecinos ha transformado también el papel de Colombia, realizando un proceso de transición como una sociedad de emigración pura, a ser un país de inmigración, tránsito y retorno(25).

Castro y *col*, en el año 2017 realizaron una caracterización del migrante venezolano en España e identificaron tres factores principales que influyeron en la decisión de elegir dicho destino: (24)

- 1) La proximidad idiomática, que a pesar de ciertas diferencias se puede llegar al nuevo destino utilizando la lengua de origen.
- 2) La cercanía cultural, que existe desde la época colonial y que persiste históricamente con la presencia de españoles y sus descendientes en territorio venezolano.
- 3) La posibilidad de adquirir la nacionalidad del país de destino y no estar expuestos al estatus de irregular es determinante.

Circunstancias que podrían ser analizadas en el plano local y evaluar como estos tres factores se ven reflejados en el caso de la migración venezolana hacia Colombia, dadas las proximidades geográficas y culturales de ambos países.

4.2 Contexto de la inmigración colombo venezolana

Migración Colombia estima que para octubre de 2020 la cifra de inmigrantes venezolanos en Colombia era de 1.717.352 de los cuales 770.246 se encuentran de forma regular y 947.106 de manera irregular. De los venezolanos regulares en Colombia 76.204 son portadores de visa o cédula de extranjería, 101.388 se

encuentran dentro del tiempo de ley establecido y 593.383 portadores del Permiso Especial de Permanencia (PEP).

Antioquia es el cuarto departamento que mayor cantidad de venezolanos acoge con una cifra de 154.302, por detrás de Bogotá DC, Norte de Santander y el Atlántico; y Medellín la cuarta ciudad con 88.106 por detrás de Bogotá DC, Cúcuta y Barranquilla. Cabe resaltar que, de los 593.383 portadores del PEP, 71.137 se encuentran en Antioquia, representando un 73.4% del total de inmigrantes en el departamento, ubicándolo como el segundo departamento con mayor cantidad de inmigrantes con PEP por detrás de Bogotá DC.

4.3 Respuesta del Estado Colombiano ante la crisis venezolana:

Ante la intensificación de la migración venezolana, desde el Ministerio de Salud en Colombia se formuló en el 2018 el denominado “Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Migratorio”, donde se plantean una serie de estrategias para iniciar el abordaje de la problemática. Se define como un plan indicativo, es decir, orienta las acciones que deben ser diseñadas por cada entidad territorial.

A partir de ello, se han generado acciones específicas para la atención de migrantes venezolanos desde el 2015, entre ellas:

Leyes:

- Ley 1873 de 2017: Artículo 140. Política integral de atención humanitaria para atender la emergencia social que se viene presentando en la frontera con Venezuela.
- Ley 1997 de 2019: Establece un régimen especial y excepcional para adquirir la nacionalidad colombiana por nacimiento, para hijos e hijas de venezolanos en situación de migración regular o irregular, o de solicitantes de refugio, nacidos en territorio colombiano, con el fin de prevenir la apátrida.

Decretos y resoluciones:

- Decreto 1770 de 2015 (declaratoria de emergencia)
- La Resolución 5797 de 2017 (creación del Permiso Especial de Permanencia - PEP-)
- Decreto 542 de 2018 (creación del Registro Administrativo de Migrantes – RAMV). Con los resultados de este proceso de caracterización, se definió:
 - Decreto 1288 de 2018. Ampliación del PEP a las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV), lo que permite a esta población regularizarse temporalmente, acceder a empleo, afiliarse al SGSSS, entre otros beneficios.
 - Por otro lado, el decreto antes mencionado, modifica el artículo 2.2.1.7.10 del Decreto 1067 de 2015, en cuanto a Programas de Apoyo al Retorno.
- Decreto 064 de 2020: Afiliación de todo recién nacido y de sus padres no afiliados. Migrantes venezolanos con PEP vigente y sus hijos menores de edad con documento de identificación válido.

Adicionalmente el Departamento de Planeación emitió la Estrategia para La Atención de la Migración desde Venezuela a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), que plantea una atención a la coyuntura migratoria a través de un diagnóstico situacional general y se propone en materia de salud para el 2019 identificar las prioridades en salud de la población de cada territorio, así como realizar un análisis de la dinámica demográfica y de la morbilidad y mortalidad de la población migrante a corto y mediano plazo(26).

4.4 Determinantes sociales y otros paradigmas de la salud, salud bucal y general

La OMS define los determinantes sociales de la salud como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud(27). Siendo estas circunstancias el resultado de la distribución del dinero,

el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. En tanto dichas condiciones pueden ser positivas o negativas, se les reconoce como factores protectores o factores de riesgo respectivamente(28). Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria(27).

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (figura 1) se centra en los factores estructurales, además de la atención médica, que están determinados por las políticas y desigualdades sociales y económicas y tienen efectos importantes en la salud (29).

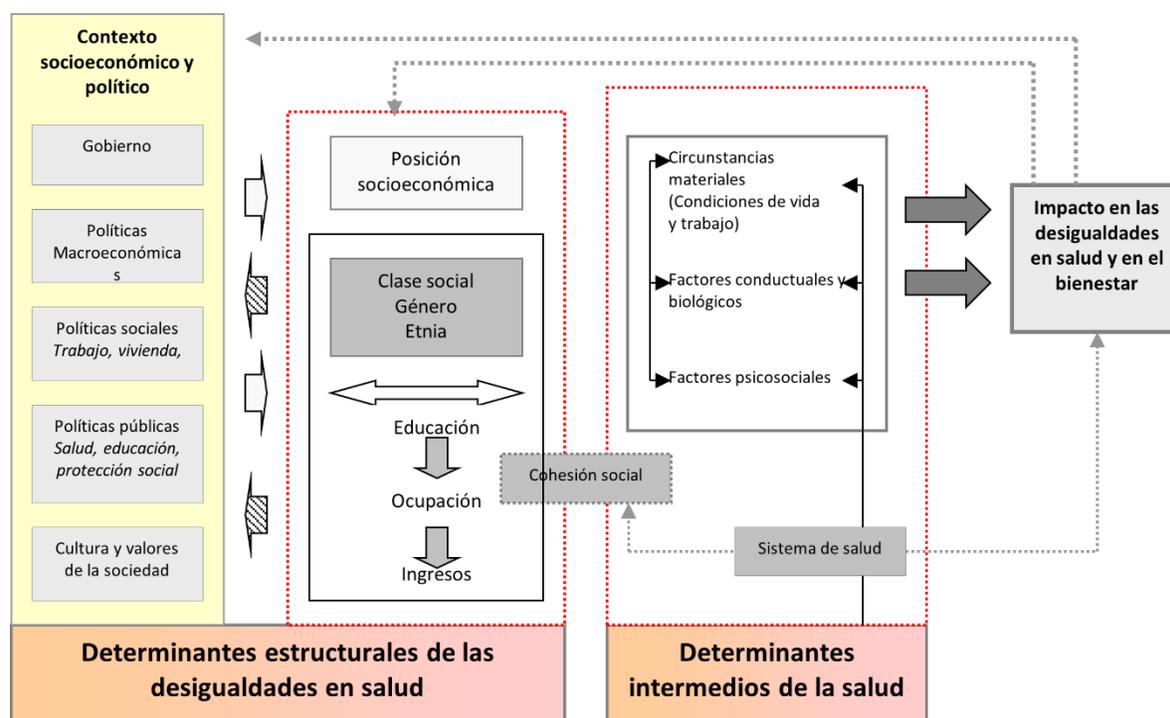


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Fuente: Comisión de determinantes sociales -OMS-

Según la OMS los determinantes sociales se clasifican en determinantes estructurales e intermedios, y se agrupan según el ingreso y estatus social-gradiente social, empleo y desempleo, condiciones de trabajo, redes sociales de apoyo,

desarrollo infantil saludable, educación, ambiente físico, ambiente social, práctica de salud personal y habilidades para cubrirse, biología y dotación genética, servicios de salud, género, cultura, estrés, exclusión social, adicciones, alimentación saludable, transporte (30).

A nivel latinoamericano se han realizado abordajes como el de la determinación social desde la epidemiología crítica propuesta por el profesor ecuatoriano Jaime Breihl. En este modelo se evidencia la influencia de los procesos generales, particulares e individuales desde el orden global de la sociedad, los modos de vida de los grupos sociales y los estilos de vida individuales, siempre en el marco de la reproducción social y el materialismo histórico para el estudio de las diferencias entre clases sociales y factores de distribución(31).

Existen otros modelos previos, como el creado por Dahlgren y Whitehead y el de Diderichsen y colaboradores, que enfatizan el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos, destacando que la posición social de las personas determina sus oportunidades de salud. Dahlgren y Whitehead(28), clasificaron previamente los determinantes sociales en salud en tres grandes categorías:

a) Estructurales: condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente que determinan las condiciones de vida y del trabajo entre los cuales incluye el ambiente de trabajo, el desempleo, la educación, la vivienda, los servicios de salud, saneamiento básico, y la producción agrícola y de alimentos.

b) Distales: las redes comunitarias y de apoyo social.

c) Proximales: aquellos factores individuales y biológicos como los estilos de vida, la edad, el sexo, y los factores genéticos.

Desde este enfoque se considera que el contexto social propicia la estratificación social que conduce a diferencias en la posición social de las personas condicionando sus posibilidades de salud y de vida. Además están los modelos de Brunner, Marmot y Wilkinson quienes mostraron la relación entre las condiciones de salud de la población y aspectos relacionados con la jerarquía social, el stress, los primeros años de vida, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, las adicciones, la alimentación, las adicciones y el transporte(28,30), Por su parte, Nancy Krieger propone que cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco-sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud(32).

4.5 Teorías sociales migratorias

Teoría demográfica clásica de “tiraje y empuje”

Planteada por Ravenstein en 1885, plantea que los flujos migratorios se generan por el deseo individual de tener mejores condiciones de vida material y se generan desde países de menor grado de desarrollo hacia países desarrollados donde puedan acceder a los medios de satisfacer sus necesidades. Se entienden como factores de tiraje aquellos que generan la atracción de los migrantes (mejores salarios, acceso a bienes y servicios, protección social y de salud...) y de empuje aquellos que alejamiento que motivan la salida del país de origen (bajos salarios, falta de acceso a bienes y servicios, limitada asistencia social y de salud...) (33)

Esta teoría tiene varias limitaciones, principalmente al reducir el fenómeno migratorio a factores demográficos que no explican completamente el entorno social y político en que suceden las migraciones; sin embargo, para la época en que se desarrolló sirvió para realizar aportes significativos al entendimiento del fenómeno.

Teoría migratoria desde «la globalización»

Esta teoría propuesta en la segunda mitad del siglo XX plantea la eliminación de barreras transnacionales con el fin de lograr una cooperación productiva y comercial entre países, lo que favoreció también el interés de movilidad para la fuerza de trabajo a pesar de las políticas restrictivas de ingreso a algunos países. Acompañado de una libre circulación de bienes y servicios y apertura económica, también se vio reflejada en mayor acceso a la información y a medios de transportes que incrementaron los flujos y las rutas migratorias.(34,35)

Teoría migratoria de “acumulación causal”

Esta teoría sostiene que la migración una vez iniciada se perpetua y favorece futuras migraciones, de manera que cada que ocurre un proceso migratorio se modifican las condiciones tanto en el país de origen como las del país de destino. Así por ejemplo, el país de origen se puede ver favorecido con la llegada de remesas y el país de destino con la llegada de capital humano gracias a la conformación de redes sociales de apoyo(35).

La acumulación causal representa un avance en el entendimiento del fenómeno migratorio e incorpora las redes sociales como un factor importante en las migraciones, pero a pesar de ellos no refleja algunos tipos de migración como la “migración circular” de personas que no se estabilizan en un país y continúan su recorrido migratorio, así como las migraciones de retorno.

Teoría de “El transnacionalismo”

Postulada por Glick Schiller, Basch & Blanc-Szanton en 1992 y 1994 (36), propone pasar del término de “inmigrante” hacia el uso de “transmigrante”, refiriéndose a que aquellos individuos que migran mantienen conectados permanentemente su país de origen con su país de destino a través de la construcción de diferentes espacios sociales. Esta teórica, plantea una mirada desde aquellas relaciones tanto institucionalizadas como las políticas y la economía, como aquellas menos

institucionalizadas que incluyen aspectos familiares y culturales en una aproximación de los factores micro, meso y macroestructurales de la sociedad.

4.6 Antecedentes de migración y salud bucal y general

La evidencia científica disponible sobre migración y salud es diversa. Algunos estudios señalan que los inmigrantes reportan peor estado de salud general que los autóctonos y que los inmigrantes consultan con mayor frecuencia por motivos restaurativos que preventivos. Así mismo, la falta de seguro dental, condiciones laborales, barreras culturales, acceso y uso a servicios de salud, condiciones previas en el país de origen, tiempo de residencia en el país de destino (asociados a fenómenos de asimilación y aculturación), procesos sociales de integración/exclusión y experiencias de estigma y discriminación, bajos ingresos y origen étnico son determinantes de la falta de atención odontológica en inmigrantes(6,8). En algunos casos en países como en EEUU el mal estado de salud se explica debido a que los inmigrantes indocumentados evitaban la atención médica y esperaban hasta que los problemas de salud fueran críticos para buscar servicios debido a sus preocupaciones de ser informados a las autoridades y temor a la deportación(7).

El país de acogida y su sistema de salud marca diferencia entre un mismo subgrupo poblacional de inmigrantes, como es el caso de las gestantes. Por ejemplo, las madres inmigrantes reportaron una experiencia de cuidado más pobre que las mujeres nacidas en el Reino Unido. En particular, las migraciones recientes de los países en proceso de adhesión tenían significativamente menos probabilidades de sentir que se les hablaba para que pudieran comprenderlas y tratarlas con amabilidad y respeto(23). En Chile, los resultados muestra que en migrantes embarazadas destaca un alto porcentaje de mujeres sin previsión de salud, que inician control tardíamente y en riesgo psicosocial comparado con chilenas(6).Lo que contrasta con los hallazgos de un gran estudio canadiense que no informó

diferencias significativas en la percepción de compasión o respeto entre las mujeres migrantes, quizás por las diferencias entre los sistemas de salud(22).

Los niños inmigrantes también son un colectivo de gran vulnerabilidad y han sido objeto de estudio en comparación con la población autóctona, identificando diferencias de sus condiciones de salud respecto a niños nativos, y en materia de salud bucal una mayor prevalencia de caries en comparación con los niños no inmigrantes, explicado gracias a una frecuencia significativamente menor del cepillado dental(9).

Cabe resaltar que en algunas investigaciones se observa que, a su llegada, la mayoría de los inmigrantes gozan de mejor salud que sus homólogos nativos. Este efecto de inmigrante sano se ha asociado con factores relacionados con los criterios de selección de inmigración, como la evaluación rigurosa de la salud y el proceso de inmigración en sí mismo, lo que indica que las personas más sanas tienden a moverse más que aquellas con un estado de salud deficiente. Sin embargo, este efecto parece disminuir con el transcurso del tiempo y cuanto más tiempo viven los inmigrantes en el país de acogida, peor es su estado de salud(6,14,15). En el campo de salud mental de las mujeres, la adaptación psicológica de las inmigrantes tiene fases predecibles. Durante la primera fase, llamada euforia de llegada, la salud mental de los inmigrantes es igual o incluso mejor que la de la población de acogida. En la segunda fase, que es desilusión y nostalgia por el pasado, la salud mental de los inmigrantes se deteriora y finalmente se lleva a cabo la adaptación y la salud mental de los inmigrantes se aproxima a la de los nativos. Sin embargo, hay una disminución tanto en la salud mental como en la salud física con el pasar del tiempo(14).

4.7 Migración y salud laboral

La actual evidencia científica demuestra que el ser migrante se encuentra asociado a la aceptación de puestos de trabajo con condiciones laborales desfavorables y en

situaciones de riesgo mayor que la población trabajadora autóctona (37,38). Existen estudios que señalan que los migrantes suelen ser personas jóvenes que tienden a tener varios empleos, a trabajar más horas, presentan desconocimiento sobre los riesgos en sus puestos de trabajo y del sistema de salud en general (39,40). Adicionalmente, se ha comprobado que en los migrantes se da con mayor frecuencia una situación denominada “presentismo laboral”, que hace referencia a que los migrantes tienen mayores probabilidades de acudir al trabajo estando enfermos o presentado síntomas de enfermedad, frecuentemente asociado a el temor de perder sus empleos o a la necesidad de generar ingresos por cada día laborado (41). Del mismo modo, se encuentra una marcada diferencia sexual en el mercado laboral; mientras las mujeres se ocupan en el sector de la hostelería y el servicio doméstico, los hombres realizan labores en el sector de la construcción, hostelería y agricultura (38,42,43).

4.8 Investigación cualitativa en salud bucal

Una revisión sistemática realizada entre 2008 y 2013(44) sobre los antecedentes de la investigación cualitativa en salud bucal reveló que la utilización de la metodología de la investigación cualitativa no es frecuente en investigaciones en Odontología ya que en esta disciplina predomina una visión metodológica mono causal, centrada en causantes biológicos y perturbaciones funcionales del sistema estomatognático, orientando su accionar hacia el control de la patología o complicación clínica y no hacia la promoción y conservación de la salud como fin primordial.

Concluye que la investigación cualitativa en Odontología durante los últimos cinco años posee un desarrollo aún incipiente, con un número limitado de publicaciones al respecto. Los resultados permiten una reflexión detallada de diversos aspectos relacionados con la disciplina, incorporando dimensiones pedagógicas, clínicas o las relacionadas con la interacción entre el odontólogo y el paciente utilizando en ello distintos tipos de perspectivas cualitativas e instrumentos de recolección de datos, aunque preferentemente es la entrevista la que predomina.

En odontología se puede profundizar aún más la reflexión incluyendo este tipo de metodología, permitiendo comprender aspectos hasta el momento no estudiados.

La investigación clínica, que incorpora análisis estadístico, no puede solucionar todas las preguntas que surgen en el área de salud, demostrando limitaciones para responder a cuestionamientos esenciales o simplemente generan respuestas incorrectas a las preguntas más importantes. En sí, la metodología de la investigación cualitativa en salud ha establecido un enfoque diferenciador que se centra en:

- El estudio sistemático de la experiencia cotidiana y lo hace poniendo el énfasis en la subjetividad, particularmente en el cómo las experiencias son vividas e interpretadas por quienes las experimentan.
- Poseer una metodología que se basa en los discursos. Su herramienta no es la cuantificación sino el análisis e interpretación del lenguaje y cuyo propósito final es proporcionar una imagen fiel de lo que la gente dice y actúa.
- Definir a la salud como algo cultural bajo el argumento que la mayoría de los aspectos de la salud son de naturaleza social por lo cual, el concepto de salud - enfermedad se encuentra asociado a creencias y valoraciones entre otros elementos.

4.9 Percepción:

Para el estudio de las percepciones se tuvo en cuenta el concepto de la antropóloga Luz María Vargas Melgarejo(45), entendiendo que la percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social: “La percepción debe ser entendida como relativa a la situación histórico-social pues tiene ubicación espacial y temporal, depende de

las circunstancias cambiantes y de la adquisición de experiencias novedosas que incorporen otros elementos a las estructuras perceptuales previas, modificándolas y adecuándolas a las condiciones.”

4.10 La migración como determinante social de la salud

Si bien existen diferentes modelos que permiten el abordaje del fenómeno migratorio, para la presente investigación se adopta el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS como marco de referencia de la presente investigación.

La OIM reconoce y propone la migración en sí misma como un DSS que puede influir y ser influenciado por otros determinantes (14). Tener la condición de migrante altera completamente la forma en que se interactúa con otros determinantes como el género, estatus socio económico o la etnia, ya que sitúa a las personas a condiciones desfavorables que finalmente impactan en su estado de salud(46). La condición de migrante no debe entenderse solo como el paso de una frontera a otra, sino como un proceso dinámico que afecta a las personas de formas diferentes a lo largo del proceso migratorio(35).

A pesar de que la migración es una consecuencia de otros DSS como la pobreza, las oportunidades laborales y educativas y la persecución política, la migración también debe posicionarse como un determinante social por derecho propio. Sin esta perspectiva, la experiencia de inmigración se considera secundaria a factores más proximales como el comportamiento, el idioma, las normas, los ingresos o la educación, lo que limita el poder explicativo y la capacidad de crear intervenciones efectivas que respondan a algunas de las causas fundamentales de la mala salud en estas comunidades(29).

Además de la OIM, diversos autores han trabajado la migración como un DSS(6,29,35,46–48) realizando diferentes incorporaciones al modelo inicial de los

determinantes planteado en el 2008. Cabieses B. incorpora al modelo aquellos determinantes asociados al proceso migratorio junto con los determinantes intermedios como el género, la clase social y la etnia, adicionando el estatus migratorio y estatus legal; y junto a los determinantes estructurales las políticas migratorias, acuerdos bi y multilaterales, acuerdos de estratificación internacional del trabajo y mecanismos de incentivo/rechazo de migrantes en el país(35,48). (Figura 2)

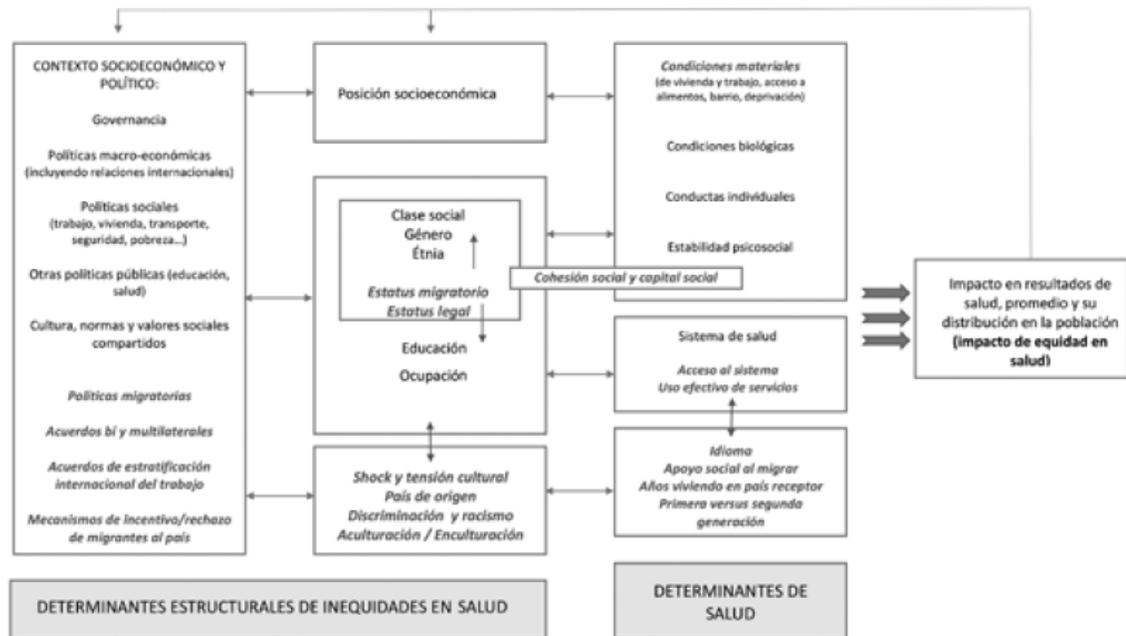


Figura 2. La migración internacional como determinante social de la salud; una propuesta de síntesis de componentes principales siguiendo el modelo de la OMS, 2008. Adaptado por las autoras de Cabieses, 2011.

En la presente investigación se toma como punto de referencia la propuesta de Cabieses y considerando que, a pesar de que los DSS representan el consenso más difundido sobre los estudios de migración y salud, deben reconocerse su alcance y algunas críticas hacia el modelo. Por ejemplo, desde la propuesta de determinación social latinoamericana, Breihl señala que los DSS invisibilizan “las relaciones de determinación generadas por el sistema económico de acumulación de capital, las relaciones de inequidad que lo reproducen y la destrucción de la

naturaleza”,(31) haciendo alusión a las relaciones de poder y las tensiones del orden estructural que perpetúan las inequidades en salud.

Se considera también, que el dinamismo de la migración debe comprenderse desde sus distintas fases como se mencionó anteriormente; así, el modelo tradicional de los DSS no permite explorar en profundidad aquellas circunstancias que se desarrollan en cada momento de la migración, ya que debe incluir el “pre viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar”(35), para lograr la comprensión del proceso salud enfermedad también desde una mirada histórico-social.

Estudiar los determinantes desde la fase pre migratorias es importante dado que el migrante lleva consigo su condición previa de salud, todos sus factores determinantes individuales y sociales (patologías previas y antecedentes familiares, pobreza, marginalización de servicios sociales como educación y salud), además de la carga de enfermedad producto de la epidemiología local(49).

El tránsito o recorrido migratorio es la etapa donde más expuestos y vulnerables se encuentran los migrantes dependiendo de las condiciones de regularidad irregularidad bajo las cuales se dé el desplazamiento.(34) Se han reportado cuadros de deshidratación, hipotermia, asfixia, ansiedad y estrés cuando se presentan condiciones adversas de recorrido, que varían según los medios de transporte, la cantidad de días del trayecto, la cantidad de personas y el acceso a servicios básicos como el agua potable(49).

Finalmente, en la fase de asentamiento y adaptación en el país de destino los migrantes suelen estar expuestos a una marginalización social y cultural, lo que los vuelve susceptibles a tener problemáticas de salud, especialmente de salud mental como el “estrés por aculturación” o el “síndrome de Ulises”(50). Además, los migrantes comienzan a estar expuestos a los determinantes del país de destino,

que suelen ser condiciones de inequidad, marginalización, xenofobia y discriminación(35,49).

Con el fin de ampliar el alcance del modelo de los DSS, el equipo investigador toma como referente un modelo previo de autoría propia planteado en 2019 como una propuesta de “La migración sur/sur como un determinante social de impacto en las desigualdades e inequidades en salud bucal en latinoamérica”(47), donde se realiza una adaptación al modelo propuesto por la OIM para el estudio de las migraciones y se incluyen categorías de análisis que permiten una mejor comprensión de la migración en contextos sur-sur y se incorpora la salud bucal como un eje de análisis; proponiendo además, la migración como un determinante social de la salud en sí mismo. (Figura 3).

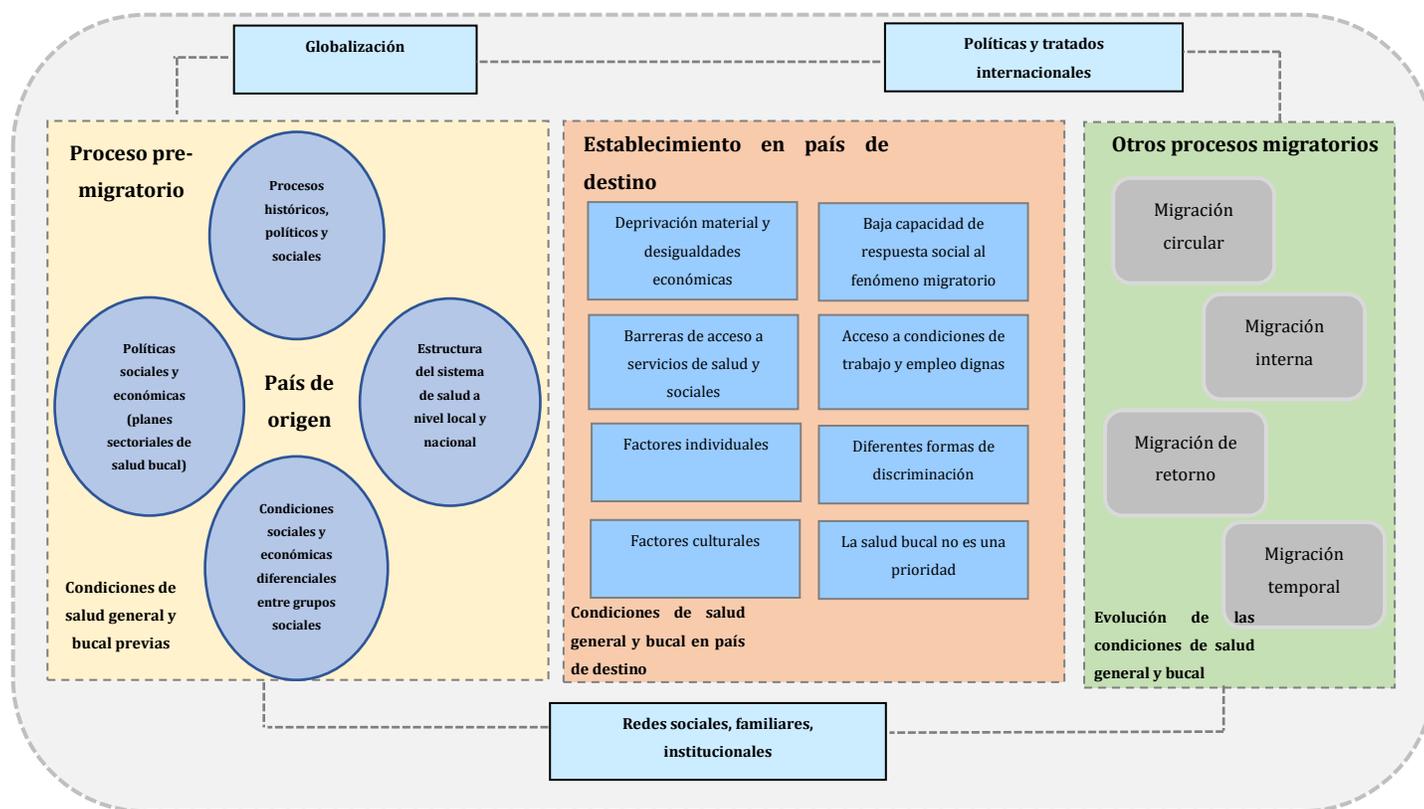


Figura 3. Marco conceptual para comprender la relación migración y salud bucal. Fuente: Murillo-Pedrozo AM, Agudelo-Suárez AA. La migración sur/sur como un determinante social de impacto en las desigualdades e inequidades en salud bucal en Latinoamérica. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(4):692-9. doi: 10.17843/rpmesp.2019.364.4908

Este marco conceptual se propone explicar los factores relacionados con la migración y la salud, entendiendo que los países en interacción (origen y destino) tienen sus propios determinantes y condiciones para su desarrollo. El modelo se encuentra enmarcado dentro del contexto de la globalización e incorpora los elementos de dicha teoría migratoria explicada anteriormente(34), además de los elementos de redes sociales, familiares e institucionales con su origen en la teoría de la “acumulación causal”, que sumado a las políticas y tratados internacionales configuran el contexto que enmarca el proceso migratorio. Se reconoce el contexto de los DSS en dos momentos; el primero de ellos es la fase pre- migratoria, y aborda en el país de origen todas aquellas políticas económicas y sociales, la estructura del sistema de salud local y nacional y los procesos históricos, políticos y sociales que están determinando las condiciones sociales entre grupos sociales. Con esto se logra una aproximación a la comprensión de las condiciones de salud bucal y general previas a la migración.

En un segundo momento, se debe reconocer el establecimiento en el país de destino como una fase posterior al recorrido migratorio, que muchos casos implica desplazamientos y recorridos en condiciones desfavorables que afectan negativamente el estado de salud de los migrantes. Adicionalmente, las condiciones de los países de destino en el contexto sur/sur suelen ser la de países con deprivación material y desigualdades económicas, se caracterizan por tener una baja capacidad de respuesta del estado ante el fenómeno migratorio, existen barreras de acceso a los servicios sociales y de salud, además de diferentes formas de discriminación. El análisis del establecimiento en el país de destino debe realizarse a la luz de los DSS, de modo tal que no solo actúan los determinantes estructurales mencionados anteriormente, sino que en el marco de los factores individuales y culturales deben ser tenidos en cuenta los determinantes intermedios como la etnia, estatus socioeconómico y el género.

El modelo lo que pretende es una interpretación del fenómeno migratorio desde la perspectiva de los DSS en cada una de sus fases, tanto en el país de origen como en el país de destino para comprender el estado de salud bucal y general en el país de destino.

Como se puede observar, con el fin de superar las limitaciones del modelo inicial de los DSS, se ha incluido además de la comprensión de las políticas económicas y sociales, también las migraciones diferenciales. De modo tal que, se incorpora la migración circular, migración interna, migración de retorno y la migración temporal que para la comprensión de este tipo de migraciones que también se presentan en contextos sur- sur.

5. RUTA METODOLOGICA

Es importante la combinación de métodos investigativos en el estudio de los fenómenos migratorios; por ello, el aporte de la investigación cualitativa es determinante al momento de comprender los factores que subyacen a la migración y permite el abordaje de estas poblaciones desde una mirada holística que invite a la reflexión.

5.1 Enfoque metodológico

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se propuso un diseño abierto y flexible que genere una aproximación a las percepciones de la población participante. Para esto, la investigación cualitativa aportó abordajes que permitieron un entendimiento profundo y una explicación de sistemas sociales, como es el caso de la etnografía(51). La etnografía tiene una naturaleza contextual y holística, además de ser de carácter descriptivo y reflexivo(20,52).

Dentro de los diseños etnográficos, existen varios tipos, entre los que se encuentra la micro etnografía, que se centra en un aspecto de la cultura o en una situación

social concreta de una comunidad, así como en sus comportamientos ante determinadas situaciones y sus significados(51), como es el caso de la población inmigrante venezolana en Medellín y sus percepciones sobre su estado de salud bucal y general.

Debe resaltarse que la relación del grupo investigador y los sujetos de conocimiento en investigación cualitativa se basa una relación de tipo horizontal y dialógica, permitiendo así una construcción del conocimiento desde la introspección y la reflexión (19,20).

5.2 Participantes

La información se obtuvo del análisis de discurso de las experiencias de dos fuentes principales:

- **Inmigrantes venezolanos en Medellín:** Se incluyeron inmigrantes venezolanos mayores de edad, hombres y mujeres con igual proporción de muestra, con un mínimo 6 meses de permanencia en Colombia y experiencia de trabajo mínima de un mes. Se tuvieron en cuenta únicamente nacionales venezolanos (en este criterio de no participación, se incluyeron aquellas personas que no contaban con cédula de ciudadanía colombiana y que tuvieran menor oportunidad de acceso a diversos servicios sociales y de salud frente a los que tienen nacionalidad colombiana, por lo que tampoco participaron hijos de colombianos); no se realizaron restricciones del estatus migratorio (regular o irregular). Se realizó muestreo en bola de nieve y con referidos, selección de pacientes que acuden instituciones que están en contacto con población inmigrante como organizaciones no gubernamentales (Fundación Famicove); en cada uno de los casos fue voluntaria la participación en el estudio. En este caso no existió un número definido de muestra; se estableció con el criterio de saturación de la información en 17 entrevistas de migrantes y 4 informantes claves.

- **Profesionales del sector salud:** se realizaron dos grupos focales para conocer los determinantes sociales y contextuales de la población inmigrante desde la perspectiva del profesional en salud: uno de odontólogos y otro de estudiantes de odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Así como cuatro entrevistas de informantes claves de diferentes profesiones: medicina, psicología, odontología y salud pública.

5.3 Técnica e instrumentos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a la población inmigrante. Se han establecido previamente una serie de ejes de análisis en los cuales se basaron las entrevistas (Tabla 1). Se propició un dialogo abierto para permitir la aparición de nuevas categorías. Se realizó grabación y transcripción de las entrevistas y posteriormente un análisis narrativo de contenido descrito en el numeral 5.4.

Cada entrevista incluyó una ficha sociodemográfica. En la tabla 2 se describe una visión socio demográfica general de los 17 entrevistados. Adicionalmente se llevaron a cabo dos grupos focales. Uno con odontólogos donde se analizó la situación de salud bucal y su relación con la salud general desde la perspectiva del profesional, además de la identificación de barreras de acceso y el papel del sistema de salud como determinante social de la salud. El segundo grupo estuvo conformado por profesionales en formación del área de la odontología. También se realizaron entrevistas a informantes claves y demás profesionales del sector salud de diferentes entidades que están en contacto con población inmigrante, donde igualmente se discutió sobre la percepción del estado de salud de la población migrante y sus factores condicionantes desde la mirada del sector salud.

Tanto las entrevistas como los grupos focales fueron realizados en su totalidad por el investigador principal como parte de su proceso de formación en la maestría, verificando su calidad en la transcripción por parte del asesor y del comité tutorial.

Tabla 1. Ejes de análisis según los objetivos de la investigación

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	EJES DE ANALISIS
<p>Explorar la percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la dinámica (proceso) migratoria de la población participante y su influencia en el estado de salud bucal y su relación con su salud general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida • Causas migración • Expectativas • Estado de residencia (legalidad)
	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las condiciones del entorno (vivienda, sociales, trabajo y empleo) que influyen en el estado de salud bucal y general. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda • Empleo/trabajo • Redes de apoyo (familia, amigos) • Discriminación/ aceptación
	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender la percepción de la población inmigrante sobre su situación de salud física, mental y psicosocial y su posible relación con su salud bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción estado de salud en Venezuela • Percepción estado de salud en Colombia • Percepción del sistema de salud (experiencia)
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud relacionados con el proceso migratorio y con las condiciones de empleo y trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo • Factores protectores

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes

Característica	n (%)
Sexo	
Hombre	8 (47)
Mujer	9 (53)
Zona Procedencia	
Urbana	14 (82)
Rural	3 (18)
Edad *	Med 37, Rango (19-56)
Tiempo de residencia en Colombia**	Med 24, Rango (9- 60)
Enfermedad de base en Venezuela	
Si	3 (18)
No	14 (82)
Trabajo Actual	
Si	7 (41)
No	10 (59)
Vinculación Laboral	
Si	3 (18)
No	14 (82)
Afiliación SGSS	
Si	6 (35)
No	11 (65)
Estado Civil	
Soltero	6 (35)
Casado	8 (47)
Unión Libre	2 (12)
Viudo	1 (6)
Número de hijos	Mediana 2 Rango (0-4)
Nivel máximo estudio	

Primaria	1 (6)
Secundaria incompleta	1 (6)
Secundaria completa	5 (29.4)
Técnico o tecnológico	5 (29.4)
Profesionales	5 (29.4)

*Años cumplidos

**Tiempo en meses

Las entrevistas se llevaron a cabo en un sitio cómodo donde se les permitió a los participantes un diálogo abierto y compartir sus experiencias de vida asociadas al proceso migratorio. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con la autorización de los participantes y previa presentación de la investigación y firma de consentimiento informado, donde se informó sobre los objetivos de la investigación y la disponibilidad de resultados.

5.4 Plan de análisis

Una vez grabadas y transcritas las entrevistas en procesador de texto digital, se realizó el análisis narrativo de contenido. En primer lugar, se realizó una lectura inicial de los datos y en un primer momento se segmentaron los datos manualmente, identificando fragmentos elocuentes, atribuyendo significados. En este análisis se tuvieron en cuenta categorías iniciales establecidas en el guion por consenso del grupo investigador y por categorías emergentes propias del discurso de cada participante siguiendo lo descrito por Amezcua y Gálvez Toro(53). Posteriormente se realizó un análisis semántico (o del sentido del texto), con una interpretación desde el discurso de los participantes. Para cada categoría se establecieron códigos y luego se interpretaron las tendencias en la información haciendo una descripción de los hallazgos más importantes en términos de puntos de acuerdo y disenso. Se creó una unidad hermenéutica en el programa Atlas.Ti 8.0 el cual fue utilizado como apoyo para el análisis de los datos recogidos en las entrevistas(19).

Se partió para el análisis de la información de dos premisas fundamentales y es que la migración es un DSS y que las condiciones de salud están mediadas también por determinantes sociales, económicos y políticos que inciden en la situación de salud, que pueden ser expresadas directa o indirectamente en el discurso como sujetos que viven un proceso migratorio.

Para el estudio de las percepciones de las participantes del estudio, se abordó desde una perspectiva histórico social, como una construcción continua de significados en el espacio-tiempo , y desde una perspectiva antropológica que según la autora Luz María Vargas (1994) es la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia humana, que tienen como límites las capacidades biológicas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. Por medio de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno, mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos, construidos y reconstruidos por un grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad (45).

Para el análisis de la información obtenida se parte de que la salud es el resultado un proceso histórico y social, que se encuentra determinado por múltiples factores sociales, económicos y políticos que inciden directa e indirectamente en la percepción del estado de salud bucal y general. Se tiene presente que la salud y la migración son procesos que afectan de maneras diferentes a hombres y mujeres, por lo tanto, se planteó una perspectiva de género como eje transversal en la interpretación de los resultados, aunque en los mismos no aparecieran explícitamente diferencias entre hombres y mujeres

5.5 Rigor metodológico en la investigación cualitativa:

Para garantizar la calidad en la recolección e interpretación de los resultados en la investigación cualitativa se utilizó la triangulación de resultados como criterio de

validación de la información(51). Para Denzin, la triangulación de información (o de datos) permite un mayor desarrollo y enriquecimiento teórico, configurando la búsqueda de fuente de información según criterios espacio-temporales y distintos niveles de análisis según la persona y el objeto de estudio(54). Así, se confrontaron los hallazgos provenientes de las distintas fuentes de información, tanto primarias como secundarias, resultados de las entrevistas y grupos focales de los diferentes actores y se incluyeron las observaciones del investigador principal durante el desarrollo de las entrevistas(52).

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación cualitativa representa un desafío importante para la comprensión de la realidad de los procesos migratorios desde el abordaje epistemológico vivencialista- experiencialista, en donde la ética juega un papel determinante para el desarrollo del proceso de investigación. Se tienen en cuenta consideraciones éticas que avalan la defensa de la privacidad de los sujetos y defensa de la humanidad de los investigados, ya que la ciencia moderna ha entendido que la investigación debe tener claros lineamientos éticos que estén enmarcados en el respeto por la vida y la diferencia. Respetar los cánones éticos en la investigación, le da mayor validez a los métodos y a los resultados de los procesos investigativos. La presente investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética en investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia según consta en el acta 14/2019.

Esta investigación asumió unos criterios de cumplimiento generales los cuales se resumen en el presente cuadro (51,55).

Tabla 3. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa

Criterios	Características éticas del criterio
Consentimiento informado	Los participantes debieron de estar de acuerdo con ser informantes y conocer sus derechos y responsabilidades.
Confidencialidad	Se aseguró la protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación.
Manejo de riesgos	Este requisito tiene relación con los principios de no maleficencia y beneficencia establecidos para hacer investigación con seres humanos.
Entrevistas	Se trató de una interacción social donde no se deben provocar actitudes que condicionen las respuestas de los participantes.
Grabaciones de audio	Se guardaron en archivos confidenciales y el investigador fue cauteloso anteponiendo la confidencialidad, el respeto y el anonimato de los participantes.

7. RESULTADOS

El trabajo de campo fue realizado entre febrero de 2020 y diciembre del mismo año. En total se realizaron 17 entrevistas a migrantes mayores de edad, hombres y mujeres. También se incluyó una ficha con caracterización socio demográfica (Ver anexos) y se recopiló información de dos grupos focales, el primero de ellos con odontólogos y el segundo con estudiantes de odontología con experiencia en atención de migrantes en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Además, se incluyen entrevistas de diferentes informantes claves y personal de la salud del ámbito asistencial. A continuación, se describen los aspectos más importantes relacionados la salud general y bucal de la población migrante, según las categorías propuestas y las categorías que

emergieron en los discursos de los entrevistados, en la figura 3 se observa un mapa conceptual general de las categorías y códigos que surgieron para el análisis:

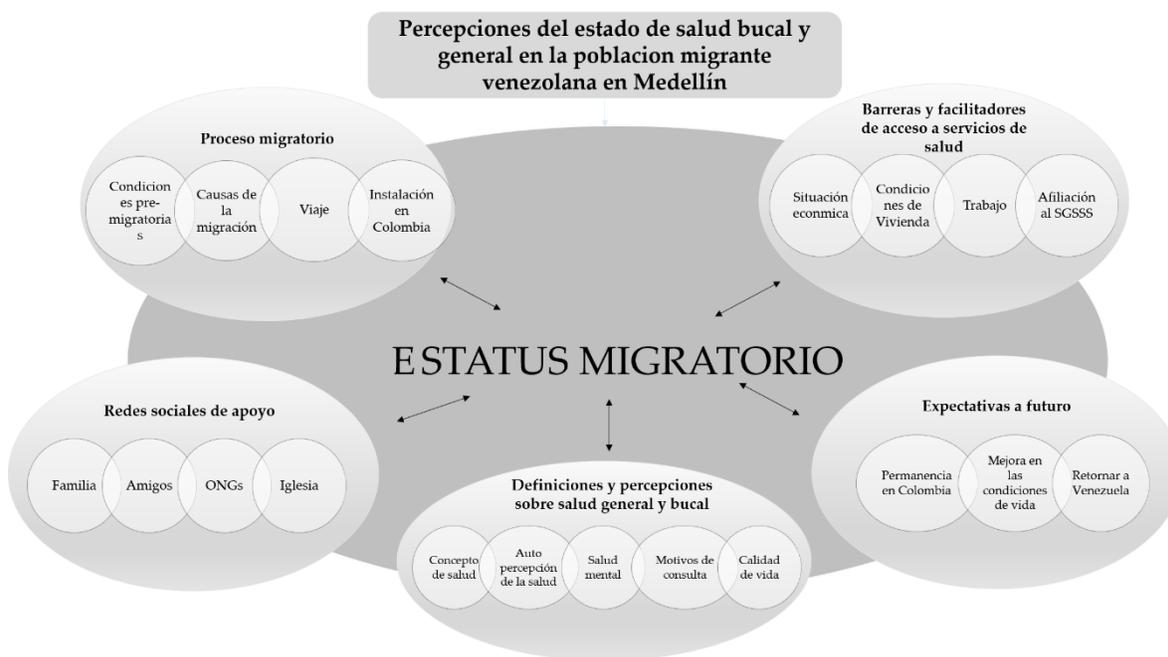


Figura 4. Mapa conceptual de las categorías y ejes de análisis de las entrevistas

Los siguientes resultados permiten entender como los DSS han influido en el estado de salud de los migrantes a lo largo del proceso migratorio en cada una de sus fases; de esta manera, se analizan en primer lugar y según el modelo propuesto todas aquellas circunstancias propias del contexto venezolano y que motivaron la decisión de migrar (“factores de empuje”), el viaje como aquellas bajo las cuales de desarrollo el desplazamiento y la elección del destino. Para finalmente comprender como se da la instalación en Colombia, explorar como ha sido ese proceso de adaptación y entender aspectos relacionados con la aceptación o discriminación por parte de la población local.

En segundo lugar, como determinantes de la salud en Colombia se abordó desde el concepto que cada individuo tiene del término “salud”, de su autopercepción del estado de salud actual (con un comparativo de su estado de salud en Venezuela y como ha ido evolucionando a lo largo de la migración), su estado de salud bucal y

aspectos generales de la salud mental. En cuanto a los determinantes del país de destino, las preguntas orientadoras estuvieron relacionadas con las barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud, las oportunidades de empleo, las condiciones de vivienda, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y finalmente por aquellas redes sociales de apoyo que han facilitado el proceso migratorio.

Por último, las expectativas a futuro de los migrantes permiten vislumbrar el tipo de migración que se está presentando que, de acuerdo con el modelo planteado pueden ser de carácter circular, interna (que no aplica en este caso), de retorno o temporal.

7.1 Proceso migratorio

7.1.1 Los motivos:

Al indagar sobre los factores que influyeron en la decisión de migrar, la mayoría de los participantes refirió como principal motivación la búsqueda en un mejor futuro a través de una vinculación laboral y mejoría de las condiciones de vida, tanto para la familia como para sí mismos:

“Decidí salir del país a buscar mejoría, a buscar mi futuro, un futuro para mis hijos, mi mamá, para todos ellos.” (E 03, hombre 29 años)

“...buscar un futuro mejor para mi familia y para mis bebés, porque yo no vivía con el papá y nada, y pues hace un año el papá de mis hijos lo mataron, en la protesta que hubo allá en Venezuela, entonces con más razón, me tocó salirme de allá y buscar un futuro mejor para ellos.” (E 12, mujer 23 años)

En el caso de la migración venezolana, la crisis estructural que atraviesa el país ha sido el principal detonador del éxodo de venezolanos, haciendo evidente el descontento de los migrante con el actual gobierno:

“Por la situación del país, por las circunstancias que estamos pasando todos los venezolanos, por este gobierno, una dictadura...” (E 03, hombre 29 años)

“Cuando el nuevo mandato de Maduro que lo tomaba el día 10 de enero del 2019 y yo salí el día 8 de Venezuela... cuando vi que en enero todavía iba a tomar la presidencia, ya no por ley, mi carrera está ligada más que todo a los funcionarios públicos, seguro social, todas esas instituciones y ya uno los veía arremetiendo, haciendo represiones que no tenían nada fuera de la ley.” (E 17, hombre 31 años)

“Allá en Venezuela no hay estado de derecho en ningún aspecto, allá todos los poderes los controla el Estado, no hay poder electoral, no hay poder judicial, no hay poder jurídico, o sea, todos los poderes están bajo el poder del Estado, por eso es que las cosas allá difícilmente cambien.” (E 11, hombre 40 años)

La desestabilidad social y económica ha permeado todas las esferas de la sociedad y la escasez de artículos y servicios de primera necesidad se convierte en un motor que impulsa la salida de migrantes; sumando a esto las múltiples barreras de acceso a los servicios de salud:

“Porque en Venezuela ya no había comida, no había medicamentos, no había nada, buscando un mejor por acá...” (E 06, mujer 45 años)

“Agua no hay, por donde yo vivía no te llega agua por tubería, mayormente uno tenía que comprar agua; el gas, ahorita no hay gas allá, mi mamá tiene tiempo cocinando en leña porque no hay nada, el servicio de electricidad es horrible, allá las personas tienen electricidad, de las 24 horas, ocho horas al día y las demás horas, sin luz...” (E 08, mujer 37 años)

“A los problemas económicos, las cuestiones que no se consiguen, no se conseguían los productos, no se conseguían los medicamentos, no podía uno ir a una consulta porque lo que le daban a uno era las citas, más no había médicos que nos atendieran.” (E 09, mujer 56 años)

Para otros, la inseguridad y la persecución político-ideológica se convirtió en el agravante que los llevo a tomar la decisión de migrar:

“yo salía de mi trabajo y en varias oportunidades hubieron intentos de robo, intentos de secuestro, en la notaría donde yo trabajaba secuestraron a mis compañeros” (E 04, hombre 35 años)

“yo estaba recibiendo amenazas... como trabajaba para el Ministerio del Interior y de Justicia, estaba recibiendo amenazas porque estaban diciendo que yo en Venezuela estaba aliado con el gobierno de Colombia y estaba pasando información de allá. Entonces empezaron a amenazarme, todas esas cosas...” (E07, hombre 33 años)

Dadas las circunstancias en Venezuela, los migrantes salen de su país en muchos casos sin un rumbo fijo y con la sensación de no estar dejando nada atrás:

“hay muchas personas que se vinieron para acá sin nada que perder, sin nada qué ganar, se vinieron pa comer pues...” (E 05, mujer 26 años)

7.1.2 El viaje:

Las características de la población migrante que llega a Colombia son las características de una población clase media- baja que no tiene los recursos para realizar una migración por vía aérea. Generalmente migran en buses, por trochas, e incluso caminando:

“Llegué a Cúcuta, llegué al terminal, me vine con el pasaje enterito, completo que dice uno, sin más, ni menos, no tenía ni para tomarme una gaseosa, nada, nada...”, “con las montañas, los cerros, las curvas, eso, eso me mareó demasiado, me mareó, cuando llegué aquí, llegué con los pies hinchados, con la presión de la altura, todas esas cosas y todo el trayecto..” (E 02, hombre 45 años)

“Por el río, pues yo no pasé legal, sino que yo viajé por el río y por tierra” (E 12, mujer 23 años)

“En una chirrinchera...una chirrinchera es una camioneta que tiene unas barandas a los lados y ahí se viene uno parado, por todo lo que es la Guajira, agarrando las trochas de Maicao.” (E 09, mujer 56 años)

Las trochas fueron la principal vía de acceso hacia Colombia para aquellos migrantes que evitaban los puestos de control fronterizos dada su falta de documentación:

“Nos vinimos por trochas porque lamentablemente no tenemos pasaporte, o sea, no había la manera como sacarlo, porque cada vez... eso es otra cosa, que aumenta cada vez, cada cierto tiempo, ya ahorita no se puede sacar un pasaporte allá en Venezuela, porque es costosísimo.” (E 08, mujer 37 años)

Los trayectos migratorios se convirtieron en un factor de riesgo para desarrollar diferentes enfermedades, e incluso para la muerte. En algunos casos el proceso migratorio se vio interrumpido por quebrantos de salud y fue retomado posteriormente:

“Me dio paludismo, entonces como no tomaba los medicamentos bien, por no tener plata para comprarlos, entonces me enfermé mucho y casi me muero por allá. Entonces yo dije que prefería estar con mi familia que

morirme, entonces yo me fui de allá y de allá fue que me vine para acá.” (E 12, mujer 23 años)

“Por las trochas y ese día se nos ahogó un familiar porque estaba en lluvia y pasando el río se ahogó un familiar, pasamos... bueno, eso fue horrible.” (E 06, mujer 45 años)

7.1.3 Elección del destino:

Para la elección del país de destino los migrantes tuvieron en cuenta la proximidad entre los países y la reducción de los costos de transporte, siendo los países latinoamericanos los de mayor facilidad para la mayoría de los venezolanos, en especial Colombia al ser el más cercano:

“De Venezuela a Colombia es más cerca, son una noche, tú te vienes en la noche, a las seis de la tarde y llegas a las ocho de la mañana aquí a Colombia, más cerca, entonces para Brasil son más horas y es más lejos y es más costoso” (E 02, hombre 45 años)

“Pues porque era el lugar más cerca” (E 12, mujer 23 años)

“Será el más cercano que tenemos, a pesar de que también está Brasil, cercano a Venezuela, el más cercano es Colombia.” (E 08, mujer 37 años)

Con la creciente salida de migrantes de Venezuela a diferentes países latinoamericanos, se comenzaron a evidenciar episodios de discriminación en países fronterizos como Ecuador o Perú, lo que convirtió a Colombia de un sitio de tránsito a uno de permanencia:

“Cuando yo compro el pasaje en Cúcuta me dicen que, para Ecuador, yo compro mi pasaje para Ecuador, luego decido que no me puedo ir a Ecuador, había una xenofobia en Ecuador, en Guayaquil, donde iba a llegar, entonces

decido como que bueno, mejor tomo la decisión de irme a Medellín” (E 17, hombre 31 años)

Adicionalmente, quienes llegaron a Medellín lo hicieron principalmente por tener referencias de algún familiar o amigo que ya se había instalado en la ciudad y les recomendó migrar hacia ella, reflejando la importancia de las redes sociales de apoyo en los procesos migratorios:

“Acá en Medellín teníamos un conocido, era una comadre de mi esposa, que estaba aquí en Medellín, ella nos recibió por tres días” (E 07, hombre 33 años)

“Tengo un amigo que es odontólogo, casualmente está en España y él me recomendó Medellín, él vivió en barrio Boston y tiene unas amistades por acá, entonces decidí quedarme acá.” (E 17, hombre 31 años)

“Por un amigo, un amigo, ya vivió aquí y se nos hizo muy fácil a mi hermano venir primero él y después traernos a nosotros, era más cerca, era menos complicado” (E 15, mujer 42 años)

7.1.4 La instalación y adaptación:

La llegada y adaptación de los migrantes fue en términos generales fácil y con sentimientos de agrado hacia el nuevo país, asociado en gran medida a la interacción con las personas locales:

“Cuando llego yo me sentí muy bien, el clima, la gente, empecé a conocer gente que yo dije muy bien, es muy tratable, he conocido mucha gente en todo este camino y todos han sido muy serviciales.” (E 16, hombre 34 años)

“Cuando llegué aquí me dio tristeza, me dio ganas de llorar, se me salieron las lágrimas, cuando entré a ese abasto, uy, ese supermercado tan grande, tan lleno de alimento” (E 02, hombre 45 años)

“Aquí los colombianos, ustedes son muy, muy, muy serviciales, son muy respetuosos, buena gente, chévere...” (E 05, mujer 26 años)

Sin embargo, una vez conocen las dinámicas de la sociedad comienzan a extrañar algunas situaciones de su país que se le hacen difíciles de asimilar cuando las comparan con Colombia, principalmente el acceso a bienes y servicios:

“Aquí no es fácil, aquí no es fácil vivir, aquí todo es arriendo, todo es pago, todo es servicio aquí, no, allá en Venezuela no, en Venezuela muy poco se paga y la luz muy poca paga también, y el agua también es un poco más de gratis, pero aquí sí tienen que pagar servicios y por eso es que se hace más fuerte...” (E 02, hombre 45 años)

“Sí, aquí hay que pagar por servicios, allá no se paga eso, o sea, allá agua, luz, eso no se paga, antes sí se pagaba, pero ya después de un tiempo la gente dejó de pagarlo...” (E 08, mujer 37 años)

“En Venezuela los servicios eran, te estoy hablando en tiempo pasado, eran muchísimo más baratos que acá, la gasolina, regalada, que por eso están como están, la gasolina regalada, la luz normal, era un servicio que se podía pagar...” (E 05, mujer 26 años)

7.1.5 Discriminación/ Aceptación

Los migrantes no sienten que en Colombia sean víctimas de discriminación o xenofobia, por el contrario, sienten que, en Colombia, y en particular en Medellín son aceptados y bienvenidos por la población local:

“Aquí en Colombia los colombianos son muy solidarios, este bueno por lo menos más que todo uno aquí los vecinos, ahí donde yo estoy trabajando, donde estoy ahorita...” (E 01, mujer 45 años)

“Pues la verdad, en mi caso no, no me sucedió nada de eso, las personas acá son muy bien, muy tratables, y no, ningún caso de esos, nada.” (E 03, hombre 29 años)

Sin embargo, aunque no generalizan, si refieren haber vivido algunos episodios aislados de aparente discriminación, sin ser este el común denominador:

“Sí, sí ha sucedido la verdad y me ha sucedido solo y me ha sucedido en presencia de algunas personas. Me sucedió en un banco, fui a hacer una diligencia y no me la dejaban hacer porque era venezolano.” (E 04, hombre 35 años)

“Aquí en Medellín me pasó una vez, una vez, directamente una vez, pero yo en realidad lo ignoré... en un supermercado, un man ahí, estoy haciendo la cola pa pagar, la fila pa pagar y estoy viendo y no sé, empezó a comentar cosas de los venezolanos” (E 11, hombre 40 años)

7.2 Salud

7.2.1 ¿Qué es salud?

Los entrevistados dieron diferentes definiciones de lo que ellos consideran el concepto de salud. Para la mayoría está ligado a la ausencia de síntomas, mientras que otros lo relacionaron con el bienestar físico y mental:

“Para mí salud es el estado físico y mental que las personas tienen y que debe estar garantizado y respaldado por un sistema.” (E 04, hombre 35 años)

“Que mi cuerpo tanto por dentro como por fuera esté bien, funcione, no me duela la cabeza, no tenga un dolor, no sienta ningún síntoma que me esté agravando mi día a día.” (E 05, mujer 26 años)

A través de las entrevistas los participantes relacionaron frecuentemente la salud con el bienestar, ligado a la calidad de vida y la capacidad de realizar sus actividades cotidianas sin impedimentos:

“Tener como una mejor calidad de vida, estando en salud, porque si uno no tiene una salud buena, cómo va a tener una mejor calidad de vida para trabajar, para hacer otras cosas, para cuidar hasta de la familia...” (E 14, mujer 44 años)

7.2.2 Percepción del estado de salud general actual:

Los hallazgos con relación a este aspecto fueron diversos, mientras una gran parte de la población, por lo general joven, refiere un buen estado de salud, la población un poco más adulta si presenta síntomas asociados:

“Yo me siento bien, me siento y me encuentro bien, de verdad, ya es cuestión de por lo menos los exámenes que debo hacerme son como de rutina, exámenes de laboratorio, exámenes rutinarios para saber qué tanto puede tener uno, si una anemia, algo así, pero yo, relativamente, yo me siento bien.” (E 14, mujer 44 años)

“No, gracias a dios en esa parte nosotros somos unas personas bastante sanas, muy poco nos enfermamos, que una gripe o algo así, pero de decir que sufrimos de alguna enfermedad, no, gracias a dios, no.” (E 08, mujer 37 años)

“Hoy en día yo me siento un poco mal, del colon y no duermo, a veces no duermo porque a veces no me deja dormir, mucho dolor. Y me ha pegado muy duro, me ha pegado, yo siento que... no sé, algún día dios me mande a buscar.” (E 02, hombre 45 años)

“Bueno, ahorita mi vista está totalmente casi en cero, estoy casi ciega, no veo nada. Lo que veo es como un 10% de vistas, me estoy defendiendo en la calle...” (E 09, mujer 56 años)

“Por lo menos de la pierna donde tuve el accidente, y o mensual tenía que tener una droga, ya los dos años que tengo acá no la he cogido porque son muy costosas y como vivimos en loma y a veces tengo que caminar mucho, me empieza el dolor en la pierna. A veces ando con dolores de cabeza que me duele la mitad de la cara.” (E 07, hombre 33 años)

Al indagar sobre la percepción de la evolución de su estado de salud, en muchos casos parece haber una mejoría del estado de salud posterior a la instalación en Colombia, gracias a que han podido acceder a alguna atención en salud o a medicamentos para enfermedades crónicas y a una mejor alimentación.

“Ahorita ha mejorado, porque aquí por lo menos se puede conseguir lo que es el medicamento adecuado para la hipertensión, tanto para mí como para mi papá, somos los que estamos más afectados ahorita, él viene con una ACB y te puedo decir que aquí ha mejorado mucho, mucho su calidad de vida, tanto el clima, el clima es mucho mejor que el que hay en Valencia” (E 13, hombre 45 años)

” Acá ha mejorado, acá ha mejorado. En Venezuela yo la verdad no tenía mayor complicación en temas de salud, pero cuando yo llegué acá, que empecé a integrar el sistema de salud, a mí la EPS me mandó a hacer

exámenes médicos, me mandó a hacer como un chequeo general de todo, eso me pareció muy bueno” (E 04, hombre 35 años)

“Bueno, yo le voy a decir una cosa, yo considero que para mí Medellín ha sido una bendición, porque a pesar de que allá en Venezuela no podía caminar e incluso, me mandaron a hacer un examen en la caminadora, el de fuerza y nunca me lo pudieron hacer porque en verdad mi fuerza no me daba, pero aquí qué no hago, qué no hago, a pesar de que estoy ciega, yo ando pa arriba y pa abajo por donde quiera...” (E 09, mujer 56 años)

Situaciones compartidas por los profesionales de la salud que participaron en los grupos focales y han observado como la salud del inmigrante mejora con el pasar del tiempo:

“yo sí siento que ellos de una forma u otra a pesar de que hay veces acá pueden encontrar situaciones muy precarias, sí siento que también encuentran de una forma u otra un alivio en la salud y principalmente esos pacientes que son más crónicos...” (GF Odontólogos)

7.2.3 Estado de salud bucal

Al indagar sobre este aspecto, a lo largo de las entrevistas muchos de los participantes coincidieron en que la salud bucal no la habían considerado una prioridad a pesar de tener necesidades incluso desde el inicio de su proceso migratorio, pero una vez instalados en Colombia, estos procesos que se encontraban en un segundo plano se han agudizado:

“...yo me vine de Venezuela, me hice un trabajo en la muela, pero me lo hicieron a medias, o sea, no me lo pude terminar.” (E 11, hombre 40 años)

“Bueno, acá por lo menos lo que es la limpieza bucal desde que estoy aquí nunca me la he hecho, incluso yo tengo una muela que me está molestando y no he podido hacer nada.” (E 07, hombre 33 años)

“Acá por lo menos ya voy poco a poco, como quien dice, poniéndome al día con mi salud y eso, por lo menos, más que todo me interesa la odontología...” (E 03, hombre 29 años)

“Con la salud bucal me ha ido... me he sacado casi todas las muelas, aquí en Medellín me han sacado dos muelas...” (E 02, hombre 45 años)

Incluso para quienes tienen una vinculación al sistema de salud y cuentan con seguridad social, en el marco de la pandemia por COVID-19 se han generado retrasos y preocupación por los tratamientos inconclusos:

“Cuando la doctora la primera vez después de la pandemia, ella sí me mandó un tratamiento con antibióticos, porque tenía una pequeña infección ahí...De momento estoy un poco preocupado porque según la información que tengo, es que el Estado como que dijo, le pidió a las EPS que no dieran citas presenciales odontológicas, no sé si es verdad...” (E 11, hombre 40 años)

Situación que es igualmente percibida por los profesionales de la salud y han atendido proceso de agudización en casos en donde un síntoma crónico de larga data se ha agravado durante el proceso migratorio:

“Yo considero que mucha de esa carga de enfermedades venía, venía de Venezuela, que obviamente se agudizó, sí, unas caries no atendidas aquí, que vienen de allá y que no se atienden aquí, el difícil acceso aquí, se agudizaron, por eso la atención de las urgencias con ellos.” (IC Odontóloga-salubrista, sector público)

“Muchos pacientes que son remitidos desde la consulta médica a la odontológica por condiciones de salud oral, pero son pacientes que según lo que ellos me comentan, pues, como el servicio de salud que estaban recibiendo en el país era deficiente y ahora han encontrado como acá en Colombia un poquito de mejoría en la salud, pues porque de una forma u otra ellos se han visto, o por lo menos como se maneja la EPS que es un poquito más integral.” (GF Odontólogos)

7.2.4 Salud mental

Es común que los migrantes atraviesen duelos migratorios y vean afectada su salud mental. Incluso, los pocos que han tenido la posibilidad de hacerlo se han visto en la necesidad de buscar apoyo psicológico:

“Yo actualmente estoy en consultas con psicólogo porque yo manejo un nivel de ansiedad y de estrés muy alto y eso me ha ido, si se quiere en algún momento me dan como unos jalones, me alza la mano y me dice ‘pilas que te estás desgastando.’ (E04, hombre 35 años)

“Yo también tuve que recurrir a amigos que eran psicólogos y buscar terapia y eso que yo hice mis terapias antes de migrar, yo me mentalicé a que yo sabía que no llegaba a ejercer, que quizá me tocaba trabajar en cualquier otra cosa.” (IC Odontóloga colombo-venezolana)

Lo que más afecta la salud mental de los migrantes es la adaptación cultural, siendo este el principal motivo de consulta en una fundación de ayuda a migrantes venezolanos, donde se ha logrado identificar el cambio de estatus socioeconómico como el cambio más difícil de asimilar en su nuevo estilo de vida:

“...los más frecuentes, precisamente es ese, el de problemas en la adaptación cultural y ese es uno de los que priman dentro de estos motivos de consulta y que hay un patrón que es repetitivo y que no solamente creería

uno que se presenta en los adultos, no, realmente se presenta en todo el tipo de población, yo tengo pacientes niños, pacientes adolescentes, pacientes adultos, pacientes mayores presentan una sintomatología de adaptación cultural, ese es como el principal.” (Psicóloga, ONG)

“Por lo menos mi casa está sola, yo tengo dos casas en Venezuela, por eso le digo, dejar tu profesión, dejar tus propiedades, dejar tu ritmo y tu estilo de vida y comenzar de cero a otras actividades” (E17, hombre 31 años)

“Al cambio económico definitivamente, porque... a ver, lo que yo te decía al inicio, son personas que llegan a arrancar de cero, persona que son profesionales, personas que tienen una casa, yo tengo pacientes que eran hacendados, eran personas con ganados, con carros, con casas y llegan acá y viven en un refugio, salen a vender papayas, aguacates, entonces el modo de vida, el enfrentarse a una nueva realidad, creo que eso es lo que más duro les da, el cambio económico” (Psicóloga, ONG)

Son frecuentes los sentimientos de nostalgia hacia su anterior estilo de vida, extrañan su casa y ejercer su profesión; pero para quienes no migraron con su núcleo familiar se hace más difícil la adaptación ya que es frecuente el duelo por la separación familiar:

“Mi casa, claro, yo también estaba en mi zona de confort, mi casa, mi empleo, lo que yo vivía, lo normal, mi rutina, mi familia, mi papá que quedó.” (E 15, mujer 42 años)

“Ay, mi familia, mi familia, allá está mi mamá, mi papá, mis hermanas, allá está toda mi familia y la de mi esposa, toda la familia de nosotros está allá. Aquí solamente estamos nosotros cuatro.” (E 08, mujer 37 años)

“Mi familia, mi familia, tengo toda mi familia, allá está toda, eso es lo que más extraño.” (E03, hombre 29 años)

7.3 Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud

La principal barrera de acceso mencionada por los entrevistados estuvo relacionada con la residencia y su estatus legal, tanto los migrantes como los profesionales de la salud coincidieron en el estado de irregularidad como la principal barrera:

“No, no, no he consultado aquí médico, porque para uno como venezolano es fuerte, uno tiene que tener por lo menos un seguro y uno para tener un seguro no se lo dan aquí tan fácil, para tener un seguro tiene que tener papeles colombianos, cédula y uno no...” (E 01, mujer 45 años)

“Como no contamos con pasaporte, ahorita están sacando el PEP, pero son aquellas personas que hayan sellado su pasaporte y ya que nosotros no tenemos pasaporte pues no lo podemos sacar, nos tocaría esperar que migración Colombia haga una jornada para sacarle PEP.” (E 08, mujer 37 años)

“Porque hay que buscar trabajo y sin los papeles no se consigue trabajo en ningún lado y pasamos trabajo, en general como vivir en la calle, dormir en la calle, vivir en parques, aprendizaje veces uno no tiene nada qué comer y para conseguir trabajo tiene que tener todo el permiso, todo en regla, como el permiso que dan aquí en Colombia” (E 02, hombre 45 años)

“La dificultad que ellos tenían para la atención porque no tenían los papeles, porque no tenían el pasaporte, mientras les traían el pasaporte o le mandaban el pasaporte del niño...” (IC Odontóloga-salubrista, sector público)

“La primera barrera es la vinculación, los venezolanos si no tienen el permiso transitorio o el permiso especial, no se pueden vincular así quieran, para mí

esa es la primera barrera. Una vez que tienen el permiso, se pueden vincular.” (GF Odontologos)

Los profesionales de la salud observan que la inestabilidad laboral causa que no se les pueda dar continuidad a los tratamientos y que los pacientes no logren resolver por completo todas sus necesidades en salud o vuelvan con situaciones agravadas:

“los pacientes muchas veces empiezan un tratamiento y debido a la inestabilidad laboral, que llegan como a medias a su tratamiento, no lo completan, entonces les toca esperar inclusive varios meses para volver a ingresar al sistema laboral y volver a activarse el servicio y vuelven y piden nuevamente las citas y ya cuando llegan a las citas cuando era un proceso menor, como ha pasado tanto tiempo, ya se vuelve más complejo, entonces ya toca hacer otro tipo de tratamientos que inclusive terminan en procesos de exodoncia, procesos más difíciles.” (GF Odontólogos)

El no tener vinculación al sistema de seguridad social deja a los migrantes como única opción de atención en salud tener que acceder a servicios particulares, siendo los costos de tratamiento la principal limitación, principalmente en la atención odontológica:

“No, pero yo aquí no he podido ni siquiera ir a un odontólogo por la misma situación de que aquí todo es muy costoso.” (E 01, mujer 45 años)

“la pierna donde tuve el accidente, yo mensual tenía que tener una droga, ya los dos años que tengo acá no la he cogido porque son muy costosas y como vivimos en loma y a veces tengo que caminar mucho, me empieza el dolor en la pierna. A veces ando con dolores de cabeza que me duele la mitad de la cara.” (E 07, hombre 33 años)

Es claro que las barreras de acceso a los sistemas de salud con una problemática con la cual los migrantes luchan a lo largo del proceso migratorio, ya que se encuentra presente en todas las fases de dicho proceso. Se logra identificar las barreras de acceso como uno de los motivos que alentaron la decisión de migrar de Venezuela, debido a la escasez de suministros y falta de profesionales:

“A los problemas económicos, las cuestiones que no se consiguen, no se conseguían los productos, no se conseguían los medicamentos, no podía ir a una consulta porque lo que le daban a uno era las citas, más no había médicos que nos atendieran.” (E 09, mujer 56 años)

Situación que se perpetúa una vez migran de Venezuela, ya que durante el recorrido migratorio y en la fase de instalación estas barreras se incrementan dado su status de irregularidad. Situación que tiene serias repercusiones en su estado de salud, ya que los migrantes están llegando a Colombia con una carga de enfermedad que no ha encontrado resolución debido a la falta de atención de servicios de salud.

7.3.1 Trabajo/Empleo

Durante las entrevistas se logró evidenciar que los cargos que ocupan los migrantes se relacionan con ocupaciones de baja cualificación, y en general en el sector de servicios, siendo la informalidad y la falta de vinculación laboral una constante:

“Estuve trabajando por el Parque Berrío, en un taller de costura, ellos hacen sábanas, corte de sábana y edredones y todo eso.” (E 17, hombre 31 años)

“Trabajo a diario vendiendo manillas en las busetas, vivo con mi esposa, mis dos hijas, mi esposa se desempeña igual vendiendo manillas.” (E 07, hombre 33 años)

“En barbería... la verdad contrato no tenemos, ahí trabajamos de 10 de la mañana a ocho de la noche. Y bueno, como nosotros tenemos las máquinas,

somos dueños de nuestras máquinas y todo, nosotros ahí trabajamos por el 60%". (E 03, hombre 29 años)

"Yo también trabajo por negocio, negocio es por lo que haga, por los rendimientos, porque si me llega un carro hoy y le monto un sonido, eso lo cobro y si no llega nada no cobro nada." (E 02, hombre 45 años)

Es común que los trabajadores migrantes eviten solicitar permisos en sus trabajos para consultas médicas o incapacidades por enfermedad, ya que quienes cuentan con un empleador tienen temor de perder sus empleos y quienes trabajan en la informalidad de manera independiente deben trabajar aun estando enfermos para lograr obtener ingresos económicos:

"El dolor hay veces que voy caminando y la pierna se me desmaya un poco y hay veces que quiero como regresarme otra vez, pero sé que tengo los niños, está ella y tengo que salir a trabajar." (E07, hombre 33 años)

"Si me cuesta ir a trabajar... ya, un momento (llora), sí me ha costado mucho ir a trabajar, estoy enfermo, pero hay que luchar porque uno viene aquí a ajá... sí me ha costado venir a trabajar enfermo porque uno no puede estar sin trabajar, porque uno los días que deje de trabajar, son días que uno no gana dinero." (E02, hombre 45 años)

"Otra dificultad para el acceso es que son temerosos de perder su trabajo, como está un poquito complicada la demanda laboral, para todos, eso no es un secreto, no solo para venezolanos, para todos está muy difícil conseguir trabajo, entonces les da susto, les da susto... para no faltar a su trabajo, quieren la cita un sábado porque no trabajan el domingo, entonces no quieren ser incapacitados porque no quieren faltar al trabajo, porque si faltan al trabajo los despiden." (GF Odontólogos)

7.3.2 Vivienda

Vivir en un espacio reducido fue la constante dentro de las familias venezolanas, donde en muchos de los casos se comparte la vivienda con un gran número de personas en condiciones de hacinamiento. Para conseguir vivienda el estatus migratorio tiene una influencia importante, ya que como lo describen los participantes, no tener documentos dificulta realizar contratos de arrendamiento:

“Me tuve que mudar a un mono ambiente, o sea, está el cuarto, la cocina, la sala, un solo ambiente, con el baño y tiene un centro de lavado.” (E 05, mujer 26 años)

“Acá para arrendar no te permiten con un PEP, tienes que tener propiedad raíz, tienes que tener fiador, tienes que tener todo ese tipo de documentos y si no tienes un documento que te respalde, no te dan nada. Entonces es muy difícil estar de un lado a otro...” (E 17, hombre 31 años)

“Todavía estamos allá, todavía estamos ahí, de hecho, estamos en un cuartico como decir de tres por tres prácticamente...vivimos ocho, ella con sus tres hijas y yo con mi familia.” (E13, hombre 45 años)

7.3.3 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

En esta categoría el común denominador fue no contar con afiliación al SGSS. En algunos casos, como el de las gestantes, pudieron acceder a los servicios de salud de manera temporal, pero una vez finaliza el periodo de gestación solo su bebé puede seguir contando con la atención en salud gracias a que ha nacido con la nacional colombiana. Al igual que para la vivienda y el empleo, la condición de irregularidad condiciona la afiliación, en muchos casos en los que un integrante de la familia logra vincularse y realizar los aportes, pero no puede afiliarse a su familia por no contar con documentos como el PEP:

“No he consultado aquí médico, porque para uno como venezolano es fuerte, uno tiene que tener por lo menos un seguro y uno para tener un seguro no se lo dan aquí tan fácil, para tener un seguro tiene que tener papeles colombianos, cédula y uno no ...” (E 02, hombre 45 años)

“Yo pude ir pero ya después que nació el bebé, ya me quitaron todo, ya el bebé sí tiene salud y eso, pero yo no.” (E 12, mujer 23 años)

“yo estoy muy tranquilo en el aspecto de la salud porque yo ya tengo mi esposa y a mi hija vinculadas a la EPS, o sea, esa tranquilidad de que si necesito una consulta yo fácilmente la pido.” (E 11, hombre 40 años)

“mi mamá y mi abuela sí entraron con permiso fronterizo, ellas no tienen PEP, o sea, como no han vuelto a hacer censo, no les he podido sacar. Si mi mamá tuviese el permiso, yo ya la tuviera afiliada a la EPS. Esa es la limitación que tengo” (E 11, hombre 40 años)

“No, porque no le permiten afiliarnos a nosotros, cada quien tiene que tener su PEP para poder acceder a la EPS.” (E 08, mujer 37 años)

7.4 Redes de apoyo

Los entrevistados en términos generales contaron con buenas redes de apoyo que facilitaron su instalación y permanencia en Colombia. Resaltan en primera instancia las redes familiares y de amigos tanto de origen venezolano como de vecinos de su lugar de residencia; también existen otros actores claves como organizaciones no gubernamentales e iglesias:

“Bueno como él tiene su familia aquí, aquí donde nosotros estamos alquilados es familia. El señor de arriba es primo de él.” (E 01, mujer 45 años)

“Entonces decidimos vender la barbería y como acá en Medellín yo tengo unas amigas, una vecina de al lado de mi casa en Venezuela, yo le comenté que me quería venir hacia acá y me dijo bueno, véngase y fue la que me recibió acá.” (E 03, hombre 29 años)

“A mí me dio la cita ACNUR por teléfono me dijo que tenía una cita aquí, yo ni sabía dónde era, incluso, la señora que está ahorita viéndose vino y fue la que me acompañó buscando la dirección de FAMICOVE.” (E09, mujer 56 años)

“Y llegaron también los de la casa parroquial, cómo le digo yo...bueno, los que trabajan en la casa parroquial, también llegaron, me vieron, me tomaron la tensión, casi todos los días iban para la casa, me tomaban la tensión, me daban la pastilla...” (E 06, mujer 45 años)

7.5 Expectativas:

Los entrevistados refirieron diferentes planes que se pueden dividir a corto, mediano y largo plazo. A corto plazo la expectativa más frecuente se asoció a satisfacer las necesidades básicas, a través de un empleo o conseguir una vivienda con mejores condiciones:

“Nuestros planes ahorita...conseguir algo más desahogado para nosotros porque ya que... somos cinco personas que vivimos aquí y bueno estamos muy, como muy pequeñito, pero tenemos eso ...de esos planes de irnos para algo más grandecito...” (E 01, mujer 45 años)

“Mantenernos como estamos ahorita, buscar un buen empleo, porque cómo hacemos, sin empleo no podemos hacer más nada...” (E 17, hombre 31 años)

“Yo pienso que debería vivir aparte, porque somos muchos, somos cuatro adultos y cuatro niños, en una casa, es muy difícil, eso sí ha sido difícil, la convivencia que vivimos la mayoría de los venezolanos, muchos en una misma casa y eso es muy difícil...Mudarme, ya tengo mi empleo, quiero mudarme con mi mamá y mi hijo, y ya” (E 15, mujer 42 años)

En el mediano plazo, los entrevistados planean lograr una estabilidad económica y definir su situación de regularidad en el país para obtener un mejor empleo y, en algunos casos, homologar sus títulos y ejercer su profesión en el país:

“Mis planes a futuro, convalidar mi carrera, ejercer mi profesión acá, quiero hacer otra especialización, pero la quiero hacer acá y nada, conseguir trabajo en mi área.” (E 04, hombre 35 años)

“Poder montar algún negocio, una panadería, entonces ahí sería una entrada. En este caso me ayudaría también a buscar maneras de arreglar todos los documentos que sean necesarios para poder estar aquí lo más legal posible.” (E 13, hombre 45 años)

“Espero este año poder conseguir trabajo, porque o seas, mis planes son montar algo, una franquicia de lo que sea, vender ropa, comida, lo que sea...” (E 05, mujer 26 años)

A largo plazo las expectativas de los migrantes son diversas; mientras que la mayoría de migrantes tienen la convicción de radicarse en Colombia, otros tienen la intención de retornar a Venezuela, pero lo ven difícil dado que las condiciones de su país no han mejorado y según su percepción dudan que cambien en mucho tiempo; adicionalmente, quienes migraron con su familia ven en Colombia unas mejores condiciones para que sus hijos crezcan y piensan que su futuro se encuentra en Colombia de forma permanente:

“Ahorita en la situación que estamos, nos queríamos devolver, pero ahorita en Venezuela está la cosa muchísimo peor que cuando nos vinimos.” (E 07, hombre 33 años)

“Difícilmente yo me regrese porque yo no soy ningún pelado como dicen ustedes acá, yo tengo 40 años, yo más bien tengo que sentar mis bases aquí, como que sentar las bases para que mi hija arranque.” (E 11, hombre 40 años)

“Sí quiero volver, sí quiero volver pero por el momento no, todavía no, porque Venezuela cada día se pone peor...” (E 06, mujer 45 años)

Los migrantes que consideran un eventual retorno a Venezuela lo hacen siempre y cuando haya un cambio del actual gobierno; sin embargo, no lo ven como algo probable en el mediano plazo:

“No porque mi esposo no tiene planes de irse, él dice que... o sea, que de irse para allá es que salga Maduro y eso está más difícil, ese señor como que está más atrincherado allá no ha sido fácil sacarlo.” (E 08, mujer 37 años)

“La verdad sí, sí me gustaría, pero ahorita la verdad la única manera que yo regresara y no es para quedarme sino para ir a visitar, que se caiga el gobierno, visitar la familia de nuevo que es lo que más uno extraña” (E 16, hombre 34 años)

“Ahorita no volvería, no, no, ahorita eso no es opción. Eso sería dado el caso que yo acá siga en la misma posición y dado el caso de que el presidente... bueno, ni siquiera presidente le voy a decir, el señor ese que está allá, que lo lleven preso.” (E 05, mujer 26 años)

8. DISCUSIÓN:

Los hallazgos de esta investigación demuestran como a través del análisis en profundidad desde la metodología cualitativa, se logra entender la migración sur-sur como un determinante social de impacto en la salud de los migrantes.

A través de diversos estudios se han realizado aproximaciones al entendimiento de la salud de los migrantes; sin embargo, en su mayoría se han realizado en contextos sur-norte o con metodologías cuantitativas (47). Como se mencionó anteriormente (2,3), los migrantes suelen salir de su país principalmente debido a la falta de trabajo, problemas político-ideológicos, inseguridad y violencia, guerras, persecución étnico religiosa y los problemas socioeconómicos; los hallazgos del presente estudio tienen resultados similares, donde los problemas estructurales de Venezuela se asocian directamente con la desestabilidad política, social y económica que viene atravesando el país en los últimos años.

Generalmente los migrantes tienen como país de destino países del norte o con mayor grado de desarrollo económico (56); sin embargo en el caso de la migración venezolana, los migrantes suelen ser personas de clase media- baja que buscan como destino países con proximidad geográfica, situación similar a la de la migración intra regional en el sur de Asia (57–60), lo que les permite reducir los costos de viaje y en algunos casos evitar puestos de control fronterizos. Esta población, como se ha reportado (3,40,56), suelen ubicarse en puestos de trabajo de baja cualificación y sin afiliación al sistema de seguridad social; relacionado en gran medida según nuestros resultados también al estado de irregularidad en que se encuentran la mayoría de los venezolanos.

Con el éxodo masivo de migrantes es común que se presenten algunos episodios de discriminación por parte de la población local, situación que se ha reportado en diferentes investigaciones tanto en contextos norte- norte como sur- sur (61,62). Para el caso venezolano, en países como México, Ecuador y Chile se han

evidenciado episodios de discriminación acentuados en los últimos años, lo que ha ocasionado que se les dificulte el proceso de adaptación a su país de destino tanto en el ámbito social como laboral (63–65). En Colombia, se han reportado algunos casos de discriminación hacia venezolanos en la costa Atlántica y en algunas ciudades fronterizas (66,67), principalmente hacia migrantes de la comunidad LGBTI (68); sin embargo, en el presente estudio los participantes no sienten que haya una xenofobia generalizada o que sean discriminados por la población local en el caso de Medellín.

En relación con la salud, su concepto suele ser relacionado con el bienestar físico y mental y con la ausencia de síntomas; asimismo, la auto percepción del estado de salud en la población migrante en algunos estudios se reporta como buena o muy buena (69–71), incluyendo estudios realizados en la costa Atlántica colombiana (72), en nuestros hallazgos también fue frecuente que los migrantes auto percibieran un buen estado de salud en la mayoría de las entrevistas; aunque debemos tener en cuenta que si bien el patrón común fue sentirse sanos o la ausencia de síntomas de enfermedad, al ser una población tan heterogénea se presentaban casos en los que referían necesidad de atención en salud. Para el caso de la migración sur-norte, estas diferencias se explican gracias a una paradoja, conocida como la paradoja hispana o el síndrome del inmigrante sano, donde los migrantes suelen tener mejores indicadores de salud que la población local gracias a que la migración es un proceso selectivo(73), resultados que contrastan con los del presente estudio, ya que desde la percepción de los migrantes y de los diferentes profesionales, los migrantes suelen instalarse con una carga de enfermedad que viene desde el proceso pre migratorio y su estado de salud empieza a mejorar con el tiempo y con la adaptación al nuevo país. Esta carga de enfermedad refleja lo que Nancy Krieger llama “*Expresión biológica de la desigualdad social*” y “*Embodiment*” haciendo referencia en primer lugar a como las personas incorporan y expresan sus experiencias de desigualdad económica y social y en segundo lugar a como incorporamos biológicamente el mundo material y social en el que vivimos, desde la vida intrauterina hasta la muerte (74). Resalta que para ambos casos (sur-norte y

sur-sur) los migrantes parecen empezar a adquirir el mismo perfil de morbilidad que la población local (70,71). De igual forma, en los casos en que pudiera presentarse un efecto del inmigrante sano, este tiene un periodo de corta duración, en gran medida debido a la falta de trayectoria en temas de migración en el caso colombiano y su incipiente capacidad de respuesta social ante la migración.

En el caso de la salud bucal en contexto sur -sur, se ha reportado peor estado de salud en los migrantes en diferentes estudios, reflejados en una mayor frecuencia de caries respecto a la población autóctona (59,75–77), donde en el acceso a los servicios se ven enfrentados a diferentes barreras, siendo el factor económico la principal de ellas. En la migración venezolana la principal barrera, para cualquier tipo de atención en salud, es el estatus migratorio, donde los migrantes indocumentados son los más afectados. Adicionalmente, la falta de interés de los planes de atención en la salud de migrantes que no ven salud bucal como una prioridad y la necesidad de satisfacer otras necesidades como vivienda y alimentación por parte de los migrantes, hacen que la salud bucal pase a un segundo plano y sea tenida en cuenta solo en casos de agudización (70).

La salud mental es crucial en el estudio de la salud del migrante, ya que se ha reportado un tipo de estrés crónico asociado al duelo migratorio, conocido como el Síndrome de Ulises (78). Si bien en nuestros hallazgos fue común encontrar procesos de duelos migratorios, no parece haber un estrés crónico que permita relacionarlo con un Síndrome de Ulises. Esto puede deberse a que en gran medida el síndrome de Ulises se relaciona con sentimientos nostalgia por la familia, y la migración venezolana se caracteriza por ser una migración familiar y tener dentro de las redes de apoyo a los familiares se convierte en un factor protector y por el contrario, quienes migran sin redes de apoyo suelen tener mayores dificultades para adaptarse en el país de destino(79,80). A pesar de que no se evidencia un marcado estrés crónico en los participantes de la investigación y es común encontrar diferentes duelos y procesos de aculturación que inciden en el estado de salud mental. La aculturación se define según Berry y *cols*, como “el proceso mediante el

cual las personas cambian, siendo influidas por el contacto con otra cultura y participando de los cambios generales de su cultura” (81). Se propone un modelo en el cual se pueden dar cuatro posibles actitudes de aculturación: integración, asimilación, separación/segregación y marginación/exclusión; siendo la integración la vía que aparentemente han tomado los migrantes venezolanos en Colombia, donde se trata de mantener la identidad cultural del migrante al mismo tiempo que participa o comparte con la cultura del grupo mayoritario, esta vía de aculturación se conoce también como biculturalismo (47,82). Estos procesos de aculturación se han relacionado con mayor afectación de la salud mental, con manifestaciones de trastornos ansiosos y depresivos, obesidad, tabaquismo, riesgo cardiovascular, sedentarismo (83–85); por el contrario, en salud bucal se ha evidenciado que individuos con alto nivel de aculturación presentan menos dientes cariados y enfermedad periodontal e influye positivamente en la utilización de servicios dentales (86). Esto nos puede dar indicios que para el caso de la migración venezolana en Colombia puede presentarse mayor afectación de la salud mental en relación con la salud física.

Un factor de riesgo importante para la salud de los migrantes son las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud. Nuestros resultados muestran el estatus migratorio como el principal condicionante de acceso a los servicios, seguido por el factor económico. Resalta la informalidad y la falta de afiliación al SGSSS entre la población migrante, que se suman a los problemas propios de nuestro sistema de salud, a los que Abadía y cols. han denominado “itinerarios burocráticos” haciendo referencia a todos esos recorridos y tramites a los que se ve enfrentado un paciente en busca de atención médica para finalmente recibir la negativa en la prestación del servicio del derecho a la salud aun estando afiliado al SGSSS (87). Tanahashi trata el concepto de “cobertura efectiva” como la proporción de la población que recibe atención eficaz y propone un modelo de acceso con una interacción entre la prestación del servicio y su disponibilidad con la población (88). Es importante reconocer en cuál de las fases se presentan las barreras de acceso (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad de los servicios o contacto con el servicio) en la

búsqueda de una cobertura efectiva(89). En nuestro sistema de salud existe una adecuada disponibilidad de recursos y servicios, el problema de la población migrante está en la segunda fase ya que no están logrando un adecuado acceso a los servicios. Otro hallazgo importante en nuestro estudio en relación con las barreras de acceso es el alto presentismo laboral, ya que al igual que se ha reportado en otros estudios, los migrantes evitan las consultas en salud para no ausentarse de su trabajo y acuden aun estando enfermos para preservar sus empleos o no disminuir sus ingresos (41).

Solo aquellos migrantes con factores protectores como mayor tiempo de estancia en Colombia, mejores redes de apoyo, doble nacionalidad, contrato de trabajo o afiliación al SGSSS y consecuentemente mejor autopercepción del estado de salud bucal y general son quienes han logrado acceder a los servicios de salud; demostrando así unas condiciones de inequidad respecto a los migrantes más vulnerables, conocido en la literatura como la “ley del cuidado inverso” donde aquellos con mayores necesidades en salud son quienes menos acceden a los servicios (90).

Un resultado importante de este estudio es conocer que, al igual que en diferentes investigaciones, los migrantes tienen intenciones de volver a su país de origen. En algunos estudios se ha reportado el “sesgo del salmón” donde los migrantes retornan a su país de origen en búsqueda de atención médica o de un mayor apoyo social (91,92); no obstante, en el caso de la migración venezolana las expectativas son establecerse a largo plazo o indefinidamente en Colombia, ya que no consideran los problemas estructurales de Venezuela tengan una solución a corto o mediano plazo y que puedan obtener mejores condiciones de vida de las que tienen en este momento en Colombia.

A pesar de que en el presente estudio hubo algunos indicios de existir una inequidad en relación con el género en temas como la salud mental y el empleo, principalmente en madres cabeza de familia y gestantes, no se pudo explorar la

categoría en profundidad como si lo han hecho algunos autores que han identificado situaciones de feminización de la migración y la denominada triple carga o inequidad de la mujer, cuando se ve enfrentada a mayores situaciones de vulnerabilidad al ser la proveedora del hogar y se ve expuesta situaciones de desventaja por su condiciones de mujer migrante (41,93,94). En el caso colombiano Fernández (95,96), en su trabajo con gestantes venezolanas en el caribe colombiano, asegura *“las migrantes no son especialmente desaventajadas; más bien estarían igual de protegidas y de desprotegidas que las mujeres locales”*, reconociendo que las barreras y dificultades de acceso afectan tanto a locales como migrantes. Independiente de su estado de salud en relación con la población colombiana si podemos afirmar que, los inmigrantes en términos generales están en condición de vulnerabilidad, ya que la salud inicialmente no es una de sus prioridades dadas la cantidad de problemáticas iniciales que deben resolver para suplir sus necesidades básicas antes de atender su salud.

9. CONCLUSIONES

La migración es un fenómeno multicausal que tiene su origen en la búsqueda de mejores condiciones de vida independiente del tipo de migración al que se haga referencia, sea norte- sur o sur-sur; sin embargo, la migración venezolana tiene una particularidad: los migrantes reconocen los problemas estructurales de su país y atribuyen en gran medida la desestabilidad al actual gobierno.

Los obstáculos a los que se ven enfrentados los migrantes inician desde la fase pre migratoria, donde deben superar en primera instancia las barreras puestas en su país de origen para la salida hacia territorio extranjero, con la negación de pasaportes y cierres fronterizos. Así, la falta de documentación se convierte en una de las principales limitantes una vez ingresan a Colombia, ya que la vinculación al mundo laboral, el acceso a la salud, a la vivienda y demás servicios de primera necesidad se encuentran ligados a una condición de “regularidad” que facilita su acceso.

Los migrantes suelen ser personas jóvenes y en edad productiva, en busca de mejores condiciones laborales. Pero, en el caso de la migración venezolana, se da en segunda instancia una migración del grupo familiar en donde los migrantes hacen parte de diferentes grupos de edad y perfiles diversos de enfermedad, en donde se presentan diversas necesidades en salud y resalta la falta de atención en salud bucal como un área de especial interés.

La investigación cualitativa contribuye al entendimiento de la carga de enfermedad y la salud como un proceso histórico y social ayuda a explicar porque en los migrantes venezolanos no se presenta el denominado “fenómeno de inmigrante sano”; lo que representa un reto para la capacidad de respuesta del Estado colombiano.

10.LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

El presente estudio contó con la participación tanto de migrantes como de personal asistencial de la salud y de informantes claves, lo que permitió una adecuada triangulación de la información, que junto con las interpretaciones de los investigadores permitió una valiosa aproximación a los sujetos de estudio. A través de la metodología cualitativa se logró una interacción con los sujetos del conocimiento y un acercamiento que permitió superar el paradigma biomédico tradicional y ver la salud como desde una perspectiva holística, analizando la percepción de los migrantes como colectivo gracias a la etnografía focalizada. Una de las fortalezas de este estudio fue que el trabajo de campo se llevó a cabo durante todo el periodo del año 2020, lo que permitió obtener discursos antes, durante y después de la cuarentena estricta decretada por el Gobierno Nacional de Colombia en el marco de la pandemia por la COVID-19 y esto permitió que las percepciones fueran variadas y enmarcadas dentro del contexto social, económico, político y epidemiológico imperante.

Al tratarse de un estudio exploratorio el análisis de las categorías tiene un alcance descriptivo de una población específica, los hallazgos de este estudio no pueden extrapolarse a toda la comunidad migrante. Además, debe tenerse en cuenta que la realidad social puede ser diferente en las regiones, no es igual en Medellín que en otras regiones en Colombia. No era un objetivo del estudio explorar la categoría género en profundidad, pero debe considerarse de interés para próximos estudios dados los indicios de nuestros resultados, al igual que estudios que incluyan venezolanos de doble nacionalidad que pueden estar en condición de vulnerabilidad.

11.RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA

El estudio de la migración y salud requiere del trabajo intersectorial y conjunto entre academia, investigadores y tomadores de decisiones para el fortalecimiento de las acciones en salud pública. Generar proyectos de investigación permite un acercamiento al diagnóstico de la situación en salud y caracterización de los migrantes para el desarrollo de políticas públicas en salud incluyentes. Con los resultados del presente estudio se aporta y se abren nuevas perspectivas de investigación, que incluyan diferentes diseños metodológicos y la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas para comprender los elementos sociales y contextuales que inciden en los procesos de salud-enfermedad.

12.AGRADECIMIENTOS

A Lida Martínez y la fundación Famicove por abrirnos las puertas de la fundación para la realización del trabajo de campo. A los diferentes profesionales que participaron de los grupos focales y finalmente a todos y cada uno de los migrantes que compartieron sus experiencias.

13.REFERENCIAS

1. OIM. INFORME SOBRE LAS MIGRACIONES EN EL MUNDO 2018. 2018.

390 p.

2. Aruj RS. Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en latinoamérica. *Papeles Poblac.* 2008;(55):95–116.
3. Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D, Vives-Cases C, García AM, García-Benavides F, et al. Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gac Sanit.* 2009;23(SUPPL. 1):115–21.
4. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Arch Pediatr Urug* [Internet]. 1949;20(1):10–21. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/284-290/es>
5. Hodges BD, Campbell RM, Kitto S, Fisman D, Klei AG. A Comparison of Health Access Between Permanent Residents, Undocumented Immigrants and Refugee Claimants in Toronto, Canada. *J Immigr Minor Heal.* 2012;16(1):165–76.
6. Delgado I, Pedrero V, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Chepo M, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Rev Chil pediatría.* 2018;88(6):707–16.
7. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Risk Management and Healthcare Policy Dovepress Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2015;8:175–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/RMHP.S70173>
8. Calvasina P, Muntaner C, Quiñonez C. Factors associated with unmet dental care needs in Canadian immigrants: An analysis of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *BMC Oral Health.* 2014;14(1):1–9.
9. Stecksén-Blicks C, Hasslöf P, Kieri C, Widman K. Caries and background factors in Swedish 4-year-old children with special reference to immigrant status. *Acta Odontol Scand.* 2014;72(8):852–8.
10. Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera É, Posada-López A, et al. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc y Polit Salud.*

2014;13(27):175–93.

11. Apaza-Ramos S, Torres-Ramos G, Blanco-Victorio DJ, Antezana-Vargas V, Montoya-Funegra J. Influencia de los factores sociodemográficos, familiares y el estado de la salud bucal en la calidad de vida de adolescentes peruanos Influence of socio-demographic, familial factors and the state of oral health in the quality of life of Peruvian adolesce. *Abr-Jun. 2015;2525(22):87–99.*
12. Alberto J. La migración internacional: teorías y enfoques, una mirada actual. *Semest Económico [Internet]. 2010;13(26):81–99.* Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1650/165014341004.pdf>
13. Zimmerman C, Abubakar I, Sammonds P, Aldridge RW, Groce N, Devakumar D, et al. UCL–Lancet Commission on Migration and Health. *Lancet [Internet]. 2016;388(10050):1141–2.* Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31581-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31581-1)
14. Delara M. Social Determinants of Immigrant Women’s Mental Health. *Adv Public Heal. 2016;2016:1–11.*
15. Rodríguez Álvarez E, González-Rábago Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena Elordui N. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco TT - Immigration and health: social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit [Internet]. 2014;28(4):274–80.* Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000400003&lang=pt%5Cnhttp://www.scielosp.org/pdf/gsv28n4/original2.pdf
16. Cano V, Soffia M. Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada TT - Studies on international migration in Chile: notes and commentaries for an up-to-date investigation agenda. *Papeles de Población [Internet]. 2009;15:129-167* ST-Los estudios sobre migración interna. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11211806007>
17. Rojas N, Silva C. La migracion en chile, breve reporte y caracterización. *Obimid [Internet]. 2016;44.* Available from:

- http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agosto_2016.pdf
18. Settlement C, Fernández-Niño JA, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, Flórez-García V, Acosta-Reyes J, Solano A, et al. Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas – Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud púb. 2018;50(3).
 19. Martínez M. La investigación cualitativa: síntesis conceptual [The qualitative research: conceptual synthesis]. *ipsi*. 2006;9(1):123–46.
 20. Quecedo Lecanda R, Castaño Garrido C. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Rev Psicodidáctica* [Internet]. 2002;(14):5–39. Available from: <http://www.redalyc.org/html/175/17501402/%0Ahttp://www.redalyc.org/resumen.oa?id=17501402>
 21. Dokorou V, Demertzis MA, Jasinski JP, Kovala-Demertzi D. International Migration Law: Glossary on Migration. *Int Organ Migr*. 2004;689(2):317–25.
 22. Kingston D, Heaman M, Chalmers B, Kaczorowski J, O'Brien B, Lee L, et al. Comparison of Maternity Experiences of Canadian-Born and Recent and Non-Recent Immigrant Women: Findings From the Canadian Maternity Experiences Survey. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2011;33(11):1105–15.
 23. Henderson J, Carson C, Jayaweera H, Alderdice F, Redshaw M. Recency of migration, region of origin and women's experience of maternity care in England: Evidence from a large cross-sectional survey. *Midwifery* [Internet]. 2018;67:87–94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.09.008>
 24. Crasto TC, Álvarez MR. Perceptions of Venezuelan migration: Causes, Spain as a destination, return expectations | Percepciones sobre la migración venezolana: Causas, España como destino, expectativas de retorno. *Migraciones*. 2017;41(41):133–63.
 25. Palma M. ¿País de emigración, inmigración, tránsito y retorno? La formación de un sistema de migración colombiano. *OASIS*. 2015;7–28.
 26. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de planeación. Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. 2018;1–115.

27. OMS. Subsanan las desigualdades en un anacion. 2009; Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
28. O LMM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev Nac Salud Pública* [Internet]. 2013;31((supl I)):28–36. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978012803817800016X>
29. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal D, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a Social Determinant of Health. *Ssrn*. 2015;
30. Abreu JM, Ángeles IEDL, Abreu G, Castell- IIP. Componente bucal y determinantes sociales en el análisis de la situación de salud. *Rev Cubana Estomatol*. 2015;52(1):53–61.
31. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2013;31(1):S13–27. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
32. Álvarez S, Luz. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá*. 2011;8(65):69–79.
33. Arango J. Las “Leyes de las migraciones” de E. G. Ravenstein, cien años después. *Rev Esp Invest Sociol*. 1985;2(32):7.
34. Cabieses B, Gálvez P, Ajraz N. International migration and health: The contribution of migration social theories to public health decisions. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(2):285–91.
35. AM CBBMM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas [Internet]. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. 2017. 213–224 p. Available from: <http://hdl.handle.net/11447/978>
36. Pardo Montaña AM. Migración internacional y desarrollo. Aportes desde el transnacionalismo. *Rev Estud Soc*. 2015;2015(54):39–51.
37. Capacci F, Carnevale F, Gazzano N. The health of foreign workers in Italy. *Int J Occup Environ Health*. 2005;11(1):64–9.

38. McCauley LA. Immigrant Workers in the United States: Recent Trends, Vulnerable Populations, and Challenges for Occupational Health. *AAOHN J* [Internet]. 2012;53(7):313–9. Available from: http://www.brookings.edu/papers/2012/0315_immigrant_workers_singer.aspx
39. Cayuela A. Scoping review about working conditions and health of immigrants workers in Spain. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2017;20(4):225–6.
40. López-Jacob MJ, Safont EC, García AM, Garí A, Agudelo-Suárez A, Gil A, et al. Participation and Influence of Migrant Workers on Working Conditions: A Qualitative Approach. *NEW Solut A J Environ Occup Heal Policy*. 2010;20(2):225–38.
41. Malmusi D, Ortíz-Barreda G. Desigualdades en salud en poblaciones inmigradas en España. Revisión bibliográfica. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88:687–701.
42. Porthé V, Amable M. La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: *Arch Prev Riesgos Labor*. 2007;10(1):34–9.
43. Benach J, Muntaner C, Chung H, Benavides FG. Immigration, employment relations, and health: Developing a research agenda. *Am J Ind Med*. 2010;53(4):338–43.
44. Oliva P, Narváes CG, Buhning K. Investigación cualitativa en odontología , análisis narrativo de la evidencia existente *Qualitative research in odontology : narrative analysis of the existing evidence*. *Rev Cuba Estomatol*. 2014;51(3):305–22.
45. Melgarejo V, María LUZ. La andragogía y el constructivismo en la sociedad del conocimiento. *Laurus*. 2003;9(15):80–9.
46. Organization I, Davies AA. *Migration : A Social Determinant of the Health of Migrants*. 2006;
47. Andres M. Murillo-Pedrozo AAA-S. LA MIGRACIÓN SUR / SUR COMO UN DETERMINANTE SOCIAL DE IMPACTO EN LAS DESIGUALDADES E INEQUIDADES EN SALUD BUCAL EN LATINOAMERICA. 2019;36(4):692–9.

48. Beatriz B, Valdes C. The living conditions and health status of international immigrants in Chile : Volume 1 of 2 Main document. 2011;1(August).
49. Laat C Van der, Caeiro LM. Migración Saludable en América Central. 2012;80. Available from: http://publications.iom.int/system/files/pdf/manual_referencia_1.pdf
50. Raquel F, Palacios J, Hoyos O, Madariaga, Camili. Proceso de aculturación y adaptación del inmigrante : características individuales y redes sociales Acculturation process and Immigrant ' s Adaptation : 2014;
51. Casimillas CAS. Investigación Cualitativa. 2002. 313 p.
52. Orellana Y Sánchez. Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación Del Rigor Metodológico Y Retos. Liberabit [Internet]. 2007;13(13):71–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272007000100009&script=sci_arttext&tlng=en
53. Amezcua , M. Gálvez-Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Amezcua Glavez Toro Colaboración Especial. Rev Esp Salud Publica. 2002;76:423–36.
54. Alzás García T, Casa García LM, Luengo González R, Torres Carvalho JL, Catarreira SV. Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. Investig Cual en Ciencias Soc [Internet]. 2016;3(1):639–48. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1009>
55. Botto A. Dimensión ética de la investigación cualitativa. :354–7.
56. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Migraciones y Remesas en el Contexto de la Globalización. 2015. 247 p.
57. Gao X, Chan CW, Mak SL, Ng Z, Kwong WH, Kot CCS. Oral health of foreign domestic workers: Exploring the social determinants. J Immigr Minor Heal. 2014;16(5):926–33.
58. Liu C jun, Zhou W, Feng X shan. Dental caries status of students from migrant primary schools in Shanghai Pudong New Area. BMC Oral Health [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0187-y>
59. Lin YC, Yen YY, Chang CS, Ting CC, Chen PH, Chen CC, et al. Oral health

- disparities of children among southeast Asian immigrant women in arranged transnational marriages in Taiwan. *Caries Res.* 2014;48(6):575–83.
60. Lee H, Seo S, Kang R, Kim Y, Hyun HK. Increasing access to oral healthcare for marriage-immigrant women in South Korea: programme design to policy recommendation. *Int Dent J.* 2019;69(5):354–60.
61. Urzúa A, Ferrer R, Olivares E, Rojas J, Ramírez R. El efecto de la discriminación racial y étnica sobre la autoestima individual y colectiva según el fenotipo auto-reportado en migrantes colombianos en Chile The effect of racial and ethnic discrimination on individual and collective self-esteem according . *Ter Psicológica* 2019. 2019;37:225–40.
62. Pérez-Soria J. Migrantes mexicanos en los Estados Unidos: Una revisión de la literatura sobre integración, segregación y discriminación. *Estud Front.* 2017;18(37):1–17.
63. Salgado Bustillos F, Contreras Painemal C, Albornoz L. La migración venezolana en Santiago de Chile: entre la inseguridad laboral y la discriminación. *RIEM Rev Int Estud Migr.* 2018;8(1):81.
64. Ramirez J, Linárez Y, Useche E. (Geo)Políticas Migratorias, Inserción Laboral y Xenofobia: Migrantes Venezolanos en Ecuador. Después la Llegada Real la Migr Venez [Internet]. 2019;0–29. Available from: <https://www.academica.org/jacques.ramirez/22%0A>
65. Falconí F, Loachamin D. Latacunga local television messages and their impact on discrimination to Venezuelan migrants. 2020;144–59.
66. Colombo- AÀM. APROXIMACIONES A LA MIGRACIÓN COLOMBO-VENEZOLANA: DESIGUALDAD, PREJUICIO Y VULNERABILIDAD. 2019;59–78.
67. Barandica P. Migrantes Venezolanos en Colombia, entre la Xenofobia y Aporofobia; una aproximación al reforzamiento mediático del mensaje de exclusión. *Latitude* [Internet]. 2020;2(13):119–28. Available from: <https://revistas.qlu.ac.pa/index.php/latitude/article/view/100/72>
68. Bula Beleño AA, Cuello Santana VF. Sujetos en tránsito y sexualidades fronterizas. Derechos de migrantes venezolanos LGBT en el Caribe

- colombiano. *Trab Soc.* 2019;21(2):167–95.
69. Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. *Aten Primaria* [Internet]. 2016;48(3):149–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015>
 70. Gallegos-Juárez IG, Ponce-Samaniego YY, Sempere-Selva MT, Ramos-Rincón JM. Estilos de vida, salud autopercebida y utilización de los servicios sanitarios en inmigrantes de Paraguay y Bolivia residentes en la ciudad de Elche. *Semergen* [Internet]. 2012;38(7):432–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.02.008>
 71. Aerny Perreten N, Ramasco Gutiérrez M, Cruz Maceín JL, Rodríguez Rieiro C, Garabato González S, Rodríguez Laso Á. La salud y sus determinantes en la población inmigrante de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit.* 2010;24(2):136–44.
 72. Fernández-Niño JA, Vásquez-Rodríguez AB, Florez-García VA, Rojas-Botero ML, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, et al. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. *Rev Salud Pública.* 2018;20(4):530–8.
 73. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the “healthy immigrant effect”: Health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med.* 2004;59(8):1613–27.
 74. Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2002;11:480–90. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10738.pdf>
 75. Sivakumar V, Jain J, Battur H, Patil PU, Lingaraj S, Palliyal S. Exploring oral health beliefs and behaviour among tibetan immigrants of bylakkupe. *Oral Heal Prev Dent.* 2016;14(2):111–6.
 76. Lin YC, Chang CS, Ho PS, Lee CH, Chen JH, Huang HL. Immigrant–native differences in sugar-sweetened beverage and snack consumption and preventive behaviors associated with severe early childhood caries: A large-scale survey in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(6):1–14.

77. MYSUGUTI AH. Condições de saúde bucal de crianças de 5 anos, imigrantes latino-americanas, matriculadas nas escolas públicas do município de São Paulo, 2009. *To BSH\$\$M\$\$A\$ To\$Y\$ A\$Σ\$\$K\$\$Λ\$\$H\$\$Π\$\$I\$O\$Y\$*. 2010;9(1):76–99.
78. Achotegui J. Migración Y Crisis: El Síndrome Del Inmigrante Con Estrés Crónico Y Múltiple (Síndrome De Ulises). *Av en Salud Ment Relac*. 2008;7(1):1–22.
79. Fernandez LV, Pablos ET. De Paraíso a Carolina del Norte. Redes de apoyo y percepciones de la migración a Estados Unidos de mujeres tabasqueñas despulpadoras de jaiba. *Migr Int*. 2002;1(2):0–0.
80. Carnet P. Estrategias de activación y de construcción de redes sociales en la migración. El Ejemplo de los migrantes africanos clandestinizados en la frontera sur española. *Redes Rev Hisp para el análisis redes Soc*. 2011;20(1):232.
81. Berry JW, Phinney JS, Sam DL, Vedder P. Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Appl Psychol*. 2006;55(3):303–32.
82. García Vázquez MR. Actitudes De Aculturación Ante La Inmigración: Opiniones De Agentes Sociales. *Nimbus*. 2008;21–22:121–32.
83. Urzúa AM, Caqueo-Urizar A, Calderón Carvajal C, Rojas Páez L. ¿el apoyo social mediatiza el efecto negativo del estrés por aculturación en la salud? Un estudio en Colombianos y Peruanos inmigrantes en el Norte de Chile. *Interciencia*. 2017;42(12):818–22.
84. Zavaleta-Abad RA, Campos-Uscanga Y. Afectaciones a la salud tras la migración y el papel mediador de la aculturación y la cohesión familiar. *Univ y Salud*. 2019;21(3):261–9.
85. Urzúa A, Heredia O, Caqueo-Urizar A. Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile: Mental health and stress by acculturation in immigrants from South America in northern Chile. *Estud Pedagógicos* [Internet]. 2016;42:89–109. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n5/art02.pdf>
86. Dahlan R, Ghazal E, Saltaji H, Salami B, Amin M. Impact of social support on

- oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(6):1–22.
87. Abadía Barrero CE, Oviedo Manrique DG. Itinerários burocráticos da saúde na Colômbia: a burocracia neoliberal, seu estado e a cidadania em saúde. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2010;9(18).
 88. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56(2):295–303.
 89. Aduay MH, Angulo LP, Sepúlveda AMJ, Sanhueza XA, Becerra ID, Morales JV. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2013;33(3):223–9.
 90. Tudor Hart J. THE INVERSE CARE LAW. *Lancet*. 1971;297(7696):405–12.
 91. Chapela IB. Estado de salud e intención de volver a Estados Unidos en migrantes mexicanos: ¿ evidencia de un sesgo de retorno selectivo? 2014;29(85):165–82.
 92. Turra CM, Elo ÆIT. The Impact of Salmon Bias on the Hispanic Mortality Advantage : New Evidence from Social Security Data. 2008;515–30.
 93. Devolder D. Interacciones entre fecundidad y migración. Un estudio de las personas nacidas en el extranjero y residentes en Cataluña en 2007. *Doc d'Anàlisi Geogràfica*. 2011;57:441–67.
 94. Rodríguez Álvarez E, González-Rábago Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena Elordui N. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco TT - Immigration and health: social inequalities between native and immigrant populations in the Basque Country (Spain). *Gac Sanit [Internet]*. 2014;28(4):274–80. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000400003&lang=pt%5Cnhttp://scielo.isciii.es/pdf/gv/v28n4/original2.pdf
 95. Flórez-García VA, Giraldo Gartner V, Bojorquez Chapela I, Fernández Niño JA, Rojas Botero ML, Sobczyk RA, et al. Utilización de anticonceptivos en población migrante: el caso de las gestantes migrantes venezolanas en dos

ciudades receptoras de la costa norte de Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2020;38(3):1–10.

96. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Aleksandra Sobczyk R, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. Rev la Univ Ind Santander Salud. 2019;51(3):208–19.

14. ANEXOS

14.1 Anexo 1. Consentimiento informado para participar en el estudio

Percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes

Nombres y Apellidos del participante:

Código de identificación: _____ Fecha: _____

Por favor, lea detenidamente esta información y tómese el tiempo necesario para decidir si está de acuerdo en participar en este proyecto. Pregunte libremente al personal que le ha comunicado esta información cualquier duda que pueda tener.

Introducción: El proyecto trata de percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes. Este proyecto está coordinado por Andrés Mauricio Murillo Pedrozo, estudiante de maestría en Ciencias Odontológicas bajo la tutoría del Dr. Andrés Alonso Agudelo Suárez; docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Cuenta con la aprobación del comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia quien busca que los investigadores desarrollen el proyecto siguiendo siempre las normas éticas y legales aplicables en el territorio colombiano.

Por qué lo estamos invitando a participar: Su participación en el estudio es importante porque permitirá la percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes, con el fin de promover la realización de políticas y estrategias de integración en el país. Estimamos que se solicitará la participación de unas 30

personas, hombres y mujeres seleccionados por conveniencia según los objetivos del estudio.

Participación: Su contribución consiste en la realización de una entrevista, la cual será realizada por uno de los/as investigadores/as que participan en el proyecto, en la cual se buscare obtener información del proceso migratorio, las condiciones laborales y la calidad de vida y salud percibidas por cada participante. El proceso será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado con ningún fin. Estas entrevistas durarán entre 40 y 60 minutos y serán audiograbadas en mp3 para facilitar su interpretación. Los archivos de audio serán destruidos al terminar las estrategias de divulgación del proyecto

Costos: Los costos que su participación genere en este proyecto serán asumidos por el grupo investigador y las instituciones participantes, cuyos nombres se encuentran en la parte inferior de este formato.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo como resultado de este proceso de investigación, tampoco tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan derivarse del resultado de la investigación.

Riesgos: Esta investigación se considera como un estudio con riesgo mínimo dado que habrá un contacto con en el cual usted dará respuesta a las preguntas que no modifica sus pautas de comportamiento.

Derechos: Usted es libre de participar o no en este estudio o de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento, lo anterior no representará perjuicio de ningún tipo para usted. Puede además solicitar información acerca del resultado de esta investigación en el momento que así lo considere.

Confidencialidad: Solo los investigadores tendrán acceso a la información del estudio. Los datos serán utilizados con la única y exclusiva finalidad de llevar a cabo la investigación descrita en este documento. Además, su nombre no aparecerá en ninguna parte del informe y se utilizará un código del estudio para identificarlo.

Compensación: Usted no recibirá ninguna compensación ni en dinero ni en especie por participar en este estudio, contribuirá a la obtención de mayor información para la realización de políticas y estrategias para mejorar las condiciones de salud de la población

Personas a contactar: Los resultados grupales estarán disponibles para Usted si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología, Estudiante

Andrés Mauricio Murillo Pedrozo, teléfono: 219 6718. Correo electrónico: andresmauricio.murillo@gmail.com, Mauricio.murillo@udea.edu.co

Aceptación

Su firma abajo indica que usted decidió participar en este estudio.

Participante Nombre (en letra clara)	Lugar y fecha (día/mes/año)	Firma o huella digital

Testigo 1

Observé el proceso de consentimiento. El potencial participante leyó este formato (o le ha sido leído), tuvo oportunidad de hacer preguntas, estuvo conforme con las respuestas y firmó (o colocó su huella digital) para ingresar al estudio.

Participante Nombre (en letra clara)	Lugar y fecha (día/mes/año)	Firma o huella digital

Testigo 2

Observé el proceso de consentimiento. El potencial participante leyó este formato (o le ha sido leído), tuvo oportunidad de hacer preguntas, estuvo conforme con las respuestas y firmó (o colocó su huella digital) para ingresar al estudio.

Participante Nombre (en letra clara)	Lugar y fecha (día/mes/año)	Firma o huella digital

14.2 Anexo 2. Ficha de datos sociodemográficos

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Lugar de nacimiento (Ciudad): _____ Zona: Rural _____ Urbana _____
2. Sexo: Hombre _____ Mujer _____

3. Edad: _____
4. ¿Por qué integrantes está compuesta su familia? (En Colombia)
- _____
5. ¿Hace cuánto emigró de Venezuela? _____
6. ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en Colombia? _____ (¿en meses? ¿Años?)
7. ¿Dónde vive? Barrio (comuna) _____
8. ¿Mientras residió en Venezuela padeció alguna enfermedad de importancia?
SI___ NO___ ¿Cual? _____
9. ¿Recibió algún tipo de tratamiento médico o terapia por la enfermedad padecida en Venezuela?
SI_____ NO_____
10. ¿Actualmente se encuentra laborando? Si_____ No _____
11. ¿Tiene algún tipo de vinculación laboral? Si_____ No _____
12. ¿En cuánto a la salud, tiene algún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social? Si__ ¿No_____
- Cuál? _____
13. ¿En la actualidad padece alguna enfermedad de importancia? SI___ NO___
- Cual? _____
14. ¿En la actualidad se encuentra en algún tratamiento médico o recibiendo algún tipo de terapia? SI___ NO___
- ¿Cual? _____
15. Estado civil:
Soltero_____ Casado_____ Viudo_____ Separado Otro___ Unión libre _____
16. Tiene hijos: Si_____ No_____
- Número de hijos _____
- Menores de edad (cuantos) _____
17. ¿Vive con ellos actualmente? Si_____ No_____
18. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios aprobados?
- No he cursado estudios, pero sé leer y escribir _____
 - Estudios primarios incompletos _____
 - Estudios primarios completos (Hasta quinto grado) _____

- Educación secundaria incompleta _____
- Educación secundaria completa _____
- Estudios técnicos o tecnológicos _____
- Estudios universitarios _____
- Otra respuesta: _____

19. ¿Con quién vive actualmente? ¿Con cuántas personas vive? _____

- Cónyuge _____
- Cónyuge e hijos _____
- Padres _____
- Padres, hermanos y sobrinos _____
- Otros familiares _____
- Amigos _____
- Otros: ¿Cuáles?

14.3 Anexo 3. Guion de temas a tratar en las entrevistas

A continuación, se presentan una guía de entrevista semiestructura, no es un guion rígido, por lo tanto, se permite flexibilidad y no necesariamente un orden consecutivo en las respuestas.

➤ HISTORIA DE VIDA-MIGRACIÓN

- Para comenzar esta entrevista, cuénteme sobre usted. ¿Qué cree que sea importante conocer acerca de su vida? (Quién es, ¿dónde nació?)
- Cómo, ¿cuándo y por qué emigró de Venezuela? Hacer preguntas por separado para generar mayores datos sobre migración.
- Haga un relato sobre las razones por las cuáles decidió emigrar de Venezuela
- ¿Con quién emigró de Venezuela?

- ¿Si emigró con grupo familiar, cuán importante fue la experiencia de emigrar como familia?
- ¿Por qué razón emigró a Medellín?
- ¿Alguna persona u organización les informó que en Medellín la situación era mejor para los venezolanos que migraron?
- ¿Usted se ha sentido respaldado por entidades del gobierno a su llegada?

➤ PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD BUCAL Y GENERAL

- ¿Cómo concibe actualmente su situación de salud general? ¿Y bucal?
- Percepción de gravedad de la situación: ¿Usted cree que desde que llegó su salud bucal y general mejoró, empeoró, se siente igual?
- ¿Cómo eran las condiciones en Venezuela para acceder a los servicios de salud en caso de tener necesidades en salud?
- ¿Alguna vez le fue negado un servicio debido a una necesidad en el componente bucal?
- ¿Me podría relatar que tipo de afectaciones ha tenido para realizar las actividades diarias– si ha sufrido complicaciones – si ha tenido que incapacitarse?
- ¿Me gustaría saber si usted se siente respaldado por amigos? ¿Si en caso de alguna necesidad tiene en quién apoyarse?
- ¿Cuándo ha tenido necesidad de atención en salud general y bucal, ha sido fácil acceder a los servicios de salud?

➤ ACCESO AL SERVICIO DE SALUD

- ¿Usted tiene claro cómo acceder a los servicios de salud bucal?
- ¿Usted tiene conocimiento que es la Seguridad Social en Colombia?

- ¿Usted comprende que implica en Colombia tener seguridad social?
- ¿Alguien le ha explicado a qué tiene derecho usted desde la atención en salud bucal?
- ¿Desde su percepción las personas que trabajan en el sistema de salud de Medellín le han facilitado acceder a los servicios de salud bucal?
- De las personas que ha conocido desde su llegada a Medellín y que trabajan en alguna institución sea pública o privada, ¿quién cree usted que le ha facilitado información sobre sus derechos en salud y que usted pueda acceder a los servicios más fácilmente?
- ¿Usted ha asistido o la han invitado a reuniones en las cuales les den algún tipo de orientación para poder acceder a los servicios de salud?
- ¿Usted se siente respaldado por alguna organización que les ayude a exigir sus derechos en salud?
- Cuando pudo acceder a los servicios de salud bucal a través de una consulta, ¿cómo fue el proceso de asignación de la cita? ¿Siente usted que poder venezolano le han tratado diferente?
- Ingreso al servicio
- Negación de la atención
- Alternativas

➤ DISCRIMINACIÓN

- ¿Cree que el hecho de ser inmigrante le prestan un servicio en salud diferente? ¿Cómo?-
- ¿Cómo ha sido/es tratado por sus jefes/superiores y por sus compañeros?
- ¿Cree que se le asignan determinadas tareas por ser inmigrante/extranjero- ¿Considera que la nacionalidad ha influido para ser contratado/a? ¿Ha vivido alguna situación en el ámbito laboral donde se ha sentido discriminado?

EXPECTATIVAS PREVIAS Y PERCEPCIÓN ACTUAL

- Antes de venir a Colombia, ¿Qué esperaba o se imaginaba encontrar?
- ¿En qué medida se parece lo que esperaba con lo que se encontró luego?
- En general, ¿cómo se siente en esta situación?
- (Sólo para los que han pasado por la experiencia de irregular a regular)
- -Cree que tener “papeles” cambió o cambiará (irregulares) en algo su situación o su vida en Colombia?
- Si cree que sí, ¿dónde nota/percibe que esos cambios suceden/pueden suceder?

PERSPECTIVAS DE FUTURO

- ¿Piensa en algún momento en el futuro? ¿Cómo se lo imagina? Dónde
- ¿Piensa que su situación cambiará en algo de aquí a un tiempo/años?
- ¿Qué cosas consideraría que mejorarían su situación laboral?
- ¿Tiene planes de regresar a su país de origen?

14.4 Anexo 4. Grupo focal

Anexo 4.1 Guía para grupo focal:

Presentación

Buenos días/tardes/noches. Mi nombre es _____ (Dar una descripción del moderador y presentar los demás compañeros). Ustedes han sido invitados a participar en una reunión en la cual compartirán sus experiencias con relación la atención de población inmigrante venezolana en Medellín. La actividad tendrá una duración de una hora aproximadamente.

Explicación que es un grupo focal: Esta reunión se realizará con una técnica cualitativa que se denomina grupos focales, que permite obtener rápidamente información acerca de un fenómeno, en este caso, descubrir y debatir sobre

aspectos sociales y demográficos, así como conocimiento sobre las experiencias que hayan tenido sobre la atención de población inmigrante venezolana en Medellín.

El informe que se produzca de esta sesión será el insumo fundamental para la investigación que se adelanta en Medellín con relación al tema.

Esta técnica de reunión grupal fomenta la participación de todos los asistentes, evitando la monopolización de la reunión por los algunos de ustedes, sobre todo ante causas de inhibición como jerarquía, inseguridad, timidez..., este grupo se compone de 5 a 7 profesionales homogéneos por ser odontólogos, pero heterogéneos en los diferentes campos de acción, modelos de atención y experiencias con la población migrante venezolana.

Características del grupo focal

1. Duración: no más de 2 horas
2. Papel del moderador: evitar conflictos, facilitar consensos
3. Papel del observador: Escribir sus observaciones e impresiones sobre el grupo focal en el formato destinado para tal fin
4. Contexto: mesa en forma de U, con pizarra en el extremo abierto que deberá usarse en caso de ampliar algunas de las preguntas
5. Cada una de las categorías preestablecidas tienen entre 5 y 7 preguntas, no todas las preguntas se tienen que leer necesariamente, sino que permiten ambientar la conversación con los participantes, muchas de ellas pueden verse repetidas pero ayudar a comprender la dinámica del encuentro, por lo que no se darán respuestas individuales a cada una de ellas.

Odontólogos	Personal en salud
Preguntas comunes a todos los profesionales	

<ul style="list-style-type: none"> • Perfil de inmigrante que consulta, características, quienes son, que hace, de donde vienen • Como es el contexto de la atención, como se siente como profesional durante la consulta • Dificultades en el acceso, en la atención, diferencias culturales • Percepción de discriminación sobre el inmigrante • Percepción de necesidades de los inmigrantes según género, edad 	
<ul style="list-style-type: none"> • Perfil epidemiológico, motivos de consulta y diferencias con la población local • Percepción del estado de salud bucal respecto a la población autóctona 	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil epidemiológico, motivos de consulta y diferencias con la población local • Percepción del estado de salud general respecto a la población autóctona

Anexo 4.2 Ficha de observación- grupo focal

Fecha: _____

Lugar: _____

Nombre del Observador (a) _____

Nombre del Moderador (a): _____

Palabras claves	Observación

--	--

Anexo 4.3 Consentimiento informado para participar en el estudio- grupo focal

Percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes

Nombres y Apellidos del participante:

Código de identificación: _____ Fecha: _____

Por favor, lea detenidamente esta información y tómese el tiempo necesario para decidir si está de acuerdo en participar en este proyecto. Pregunte libremente al personal que le ha comunicado esta información cualquier duda que pueda tener.

Introducción: El proyecto trata de percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes. Este proyecto está coordinado por Andrés Mauricio Murillo Pedrozo, estudiante de maestría en Ciencias Odontológicas bajo la tutoría del Dr. Andrés Alonso Agudelo Suárez; docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Cuenta con la aprobación del comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia quien busca que los investigadores desarrollen el proyecto siguiendo siempre las normas éticas y legales aplicables en el territorio colombiano.

Por qué lo estamos invitando a participar: Su participación en el estudio es importante porque permitirá la percepción del estado de salud bucal y general en la población inmigrante venezolana en Medellín (Colombia) y sus factores condicionantes, desde la perspectiva de los diferentes profesionales del sector salud, con el fin de promover la realización de políticas y estrategias de integración en el país. Estimamos que se solicitará la participación de unos 7 profesionales seleccionados por conveniencia según los objetivos del estudio.

Participación: Su contribución consiste en la realización de un grupo focal, el cual será realizada por uno de los/as investigadores/as que participan en el proyecto, en la cual se buscara obtener información del proceso migratorio, estado de salud bucal y general, dificultades en el acceso y la prestación de los servicios de salud, así

como los retos a los que se ven enfrentados los profesionales en la atención de población inmigrante. El proceso será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado con ningún fin. El grupo focal durará entre 40 y 60 minutos y habrá un observador realizando apuntes sobre los aportes durante el desarrollo del grupo focal.

Costos: Los costos que su participación genere en este proyecto serán asumidos por el grupo investigador y las instituciones participantes, cuyos nombres se encuentran en la parte inferior de este formato.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo como resultado de este proceso de investigación, tampoco tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan derivarse del resultado de la investigación.

Riesgos: Esta investigación se considera como un estudio con riesgo mínimo dado que habrá un contacto con en el cual usted dará respuesta a las preguntas que no modifica sus pautas de comportamiento.

Derechos: Usted es libre de participar o no en este estudio o de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento, lo anterior no representará perjuicio de ningún tipo para usted. Puede además solicitar información acerca del resultado de ésta investigación en el momento que así lo considere.

Confidencialidad: Solo los investigadores tendrán acceso a la información del estudio. Los datos serán utilizados con la única y exclusiva finalidad de llevar a cabo la investigación descrita en este documento. Además su nombre no aparecerá en ninguna parte del informe y se utilizará un código del estudio para identificarlo.

Compensación: Usted no recibirá ninguna compensación ni en dinero ni en especie por participar en este estudio, contribuirá a la obtención de mayor información para la realización de políticas y estrategias para mejorar las condiciones de salud de la población

Personas a contactar: Los resultados grupales estarán disponibles para Usted si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología, Estudiante Andrés Mauricio Murillo Pedrozo, teléfono: 219 6718. Correo electrónico: andresmauricio.murillo@gmail.com, Mauricio.murillo@udea.edu.co

Aceptación

Su firma abajo indica que usted decidió participar en este estudio.

Participante Nombre (en letra clara)	Lugar y fecha (día/mes/año)	Firma o huella digital

Testigo 1

Observé el proceso de consentimiento. El potencial participante leyó este formato (o le ha sido leído), tuvo oportunidad de hacer preguntas, estuvo conforme con las respuestas y firmó (o colocó su huella digital) para ingresar al estudio.

Participante Nombre (en letra clara)	Lugar y fecha (día/mes/año)	Firma o huella digital

Testigo 2

Observé el proceso de consentimiento. El potencial participante leyó este formato (o le ha sido leído), tuvo oportunidad de hacer preguntas, estuvo conforme con las respuestas y firmó (o colocó su huella digital) para ingresar al estudio.

Participante Nombre (en letra clara)	Lugar y fecha (día/mes/año)	Firma o huella digital