



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Derecho A La Salud De Los Migrantes: Relatos De Siete Colombianos Emigrantes
Migrant's Right to Health: Life Stories of Seven Colombian Emigrants**

Tatiana Andrea Cano Isaza

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez"
Doctorado en Salud Pública
Medellín, Colombia**

2021

Derecho A La Salud De Los Migrantes: Relatos De Siete Colombianos Emigrantes
Migrant's Right to Health: Life Stories of Seven Colombian Emigrants

Tatiana Andrea Cano Isaza

Steven Orozco Arcila
Doctor en Salud Pública
Director

Gloria Naranjo Giraldo
Doctora en Ciencia Política
Codirectora

**Entidad Financiadora: Departamento Administrativo de Ciencia,
Tecnología e Innovación de Colombia, COLCIENCIAS. Convocatoria 647 de
2014**

**Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de
Doctora en Salud Pública**

Universidad De Antioquia
Facultad Nacional De Salud Pública “Héctor Abad Gómez”
Doctorado En Salud Pública
Medellín, Colombia
2021

A ti Tuareg...

Porque emigrar, no siempre es irse

Tabla de Contenido

Resumen	10
PRIMERA PARTE: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS, REFERENTE CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA	12
Introducción	13
1. Planteamiento Del Problema	16
1.1. Problema De Investigación	16
1.1.1. El fenómeno migratorio contemporáneo.	16
1.1.2. Migración y Derechos Humanos	20
1.1.3. Migración y derecho a la salud.	22
1.1.4. El fenómeno migratorio: desafío para la salud pública	25
1.2. Antecedentes Investigativos	27
1.2.1. Transnacionalismo.	28
1.2.2. Salud de los migrantes.	29
1.2.3. Derecho a la salud de los migrantes.	34
1.3. Pregunta De Investigación	37
1.4. Justificación	37
2. Objetivos	40
2.1. General	40
2.2. Específicos	40
3. Referente Conceptual	41
3.1. Migración	41
3.1.1. Conceptualizaciones sobre la migración.	41
3.1.2. Perspectivas teóricas en el estudio de la migración: ¿por qué emigramos?	44
3.1.3. Panorama de las migraciones contemporáneas.	46
3.1.4. Migración en el mundo.	48
3.1.5. Colombia: país expulsor.	50
3.2. Derecho a La Salud	51
3.2.1. Derechos económicos, sociales y culturales: ¿segunda generación?	52
3.2.2. La salud como derecho: Fundamentación.	53
3.2.3. Observación General Número 14.	57
3.2.4. Derecho a la salud y salud pública	59
3.3. Ciudadanía y Migración	60
3.3.1. La ciudadanía en el marco del Estado-nación	61
3.3.2. Migración: reto para la ciudadanía	63

3.3.3.	Ciudadanía más allá del Estado-nación	64
3.3.4.	Dimensiones en la configuración de la ciudadanía	67
4.	Método Biográfico-Narrativo: Sujeto de Derechos, Narración y Acción	71
4.1.	Principios Epistemológicos	71
4.2.	Principios Éticos	73
4.3.	Principios Metodológicos	75
4.3.1.	Técnicas de Construcción de la Información.	78
4.3.2.	Organización, análisis e interpretación de la información.	81
4.3.3.	Calidad de la información.	84
4.4.	Migrantes y Discursos	85
4.4.1.	Colombianos en Ecuador, Canadá y Estados Unidos.	85
4.4.2.	Sujetos participantes.	87
5.	Consideraciones Éticas	93
	SEGUNDA PARTE: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	98
6.	Ecuador	99
6.1.	Migrantes Colombianos En Ecuador: Perfil, Expectativas Y Experiencia De Migración	99
6.1.1.	Alejandra	99
6.1.2.	Jorge	104
6.2.	Contextos Normativos En Movilidad Humana y Salud	108
6.2.1.	Contexto normativo en Movilidad humana	108
6.2.2.	Contexto normativo en salud	112
6.3.	Derecho A La Salud De Migrantes Colombianos En Ecuador	117
6.3.1.	Determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Ecuador	117
6.3.2.	Condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud	124
6.3.3.	Derecho a la atención en salud	126
6.4.	Migrantes Colombianos En Ecuador: ¿Sujetos Del Derecho A La Salud?	133
6.4.1.	Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora	133
6.4.2.	Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía	141
6.5.	Consideraciones Finales	146
7.	Canadá	162

7.1.	Migrantes Colombianos En Canadá: Perfil, Expectativas Y Experiencia De Migración	162
7.1.1.	Diego	162
7.1.2.	Irene	166
7.2.	Contextos Normativos En Migración Y Salud	172
7.2.1.	Contexto normativo en migración	172
7.2.2.	Contexto normativo en salud	178
7.3.	Derecho A La Salud De Migrantes Colombianos En Canadá	185
7.3.1.	Determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Canadá	186
7.3.2.	Condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud	193
7.3.3.	Derecho a la atención en salud	196
7.4.	Migrantes Colombianos En Canadá: ¿Sujetos Del Derecho A La Salud?	207
7.4.1.	Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora	207
7.4.2.	Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía	216
7.5.	Consideraciones Finales	222
8.	Estados Unidos	239
8.1.	Migrantes Colombianos En Estados Unidos: Perfil, Expectativas Y Experiencia De Migración	239
8.1.1.	Antonio	239
8.1.2.	David	244
8.1.3.	Diana	246
8.2.	Contextos Normativos En Migración Y Salud	251
8.2.1.	Contexto normativo en migración	251
8.2.2.	Contexto normativo en salud	256
8.3.	Derecho A La Salud De Migrantes Colombianos En Estados Unidos	263
8.3.1.	Determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Estados Unidos	263
8.3.2.	Condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud	268
8.3.3.	Derecho a la atención en salud	273
8.4.	Migrantes Colombianos En Estados Unidos: ¿Sujetos Del Derecho A La Salud?	282
8.4.1.	Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora	282

8.4.2.	Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía	291
8.5.	Consideraciones Finales	294
9.	Discusión	309
10.	Conclusiones	331
10.1.	Principales Hallazgos Sobre El Derecho A La Salud De Los Migrantes	331
10.1.	Aportes De La Investigación Para La Salud Pública	338
10.2.	Recomendaciones Para Futuras Investigaciones	341
	Referencias	343

Lista de cuadros

Cuadro 1. Migrantes participantes	88
Cuadro 2. Seudónimos, códigos y número de sesiones de los migrantes	90
Cuadro 3. Documentos seleccionados para el análisis crítico de discurso	91

Lista de Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado	376
Anexo B. Temas Directrices	378
Anexo C. Protocolo de Transcripción de Entrevistas	383
Anexo D. Ficha de Contenido	385
Anexo E. Guía de análisis crítico de discurso	386
Anexo F. Invitación a Participar en la Investigación	388
Anexo G. Seguridad en Internet	389
Anexo H. Solicitud de Exoneración. Comité de Ética	391
Anexo I. Certificado Curso Derechos de Autor	394
Anexo J. Curso de Investigación con Sujetos Humanos (HSR). Programa Ética de la Investigación, CITI, Universidad de Antioquia	395
Anexo K. Información Digital Para Migrantes Participantes	396

Resumen

La presente investigación aborda el tema del Derecho a la salud de siete colombianos que emigraron a Estados Unidos, Canadá y Ecuador, en relación con los contextos normativos en migración y salud, y la recepción de las sociedades hacia los migrantes en los tres países. Así como las circunstancias de migración y condiciones particulares de cada migrante.

Para esta comprensión se propuso un referente conceptual que contempla tres grandes temas: migración, derecho a la salud y ciudadanía. En términos metodológicos, se realizó una aproximación desde el método biográfico-narrativo, con relatos de vida tematizados y paralelos, que se complementaron con el análisis crítico de documentos seleccionados sobre migración y salud en los países de destino. Los relatos de vida se basan en las experiencias de migración de siete colombianos: dos en Ecuador, dos en Canadá y tres en Estados Unidos, en cada país se entrevistó un hombre y una mujer, un migrante voluntario y un migrante forzado. De la recolección de la información, es de resaltar que, debido a que se trató de una investigación multisituada, en Estados Unidos y Canadá, esta construcción se realizó con entrevistas por medios virtuales y, en Ecuador, de manera presencial.

De acuerdo con los hallazgos de la investigación, los migrantes entrevistados no disfrutaban de un derecho a la salud completo, integral, que abarque todos los componentes que han sido definidos en los pactos internacionales y que les permita, en el sentido más amplio alcanzar “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que permita vivir dignamente” (Organización de Naciones Unidas [ONU], 2000, p. 1), situación que no está por demás señalar, posiblemente, no alcanzan tampoco algunos de los nacionales de los países que han sido analizados. Ahora bien, para comprender cómo esta afectación en el derecho a la salud toma forma en el caso de los migrantes, esta investigación desarrolló los elementos del orden macro, meso y micro involucrados. En el orden macro, se plantean los contextos normativos sobre salud y migración de cada uno de los países de análisis. En el orden meso, se aborda la concreción de estos contextos normativos así como la respuesta de las sociedades hacia los migrantes. Finalmente, el orden de lo micro contempla a los migrantes como sujetos de derecho.

Palabras clave: emigración e inmigración, derecho a la salud, salud pública, salud de los migrantes.

Abstract

This research addresses the issue of the right to health of seven Colombians who emigrated to the United States, Canada and Ecuador, in relationship to the normative contexts in migration and health, and the reception of the societies towards migrants in the three countries. As well as the migration circumstances and particular conditions of each migrant.

For this understanding, a conceptual referent was proposed that considered three main issues: migration, the right to health and citizenship. In methodological terms, an approach was made from the biographical-narrative method, with thematic and parallel life stories, which were complemented with the critical analysis of selected documents about migration and health in the destination countries. The life stories are based on the migration experiences of seven Colombians: two in Ecuador, two in Canada and three in the United States. In each country, a man and a woman, a voluntary migrant and a forced migrant were interviewed. From the gathering of the information, it is noteworthy that, due to was a multi-sited investigation, in the United States and Canada, this construction was carried out with interviews by virtual means and, personally, in in Ecuador.

According to the research findings, the interviewed migrants do not enjoy a complete, comprehensive, right to health, which encompasses all the components that have been defined in international agreements and which allows them, in the broadest sense, to achieve “the right to enjoy the highest possible level of health that allows living with dignity” (United Nations [UN], 2000, p. 1), a situation that, it is worth pointing out, possibly has not been reached either by some of the nationals of the countries that have been analyzed. Now, to understand how this affectation on the right to health takes shape in the case of migrants, this research developed the involved elements of the macro, meso and micro-order. In the macro-order, the normative contexts on health and migration of each of the countries of analysis are proposed. In the meso order, the realization of these normative contexts is addressed as well as the response of societies towards migrants. Finally, the order of the micro considers migrants as subjects of law.

Keywords: Emigration and Immigration, Right to Health, Public Health, Health of Migrants.

**PRIMERA PARTE: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS,
REFERENTE CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA**

Introducción

El texto a continuación presenta la tesis desarrollada sobre el tema del *Derecho a la salud de los migrantes: relatos de siete colombianos emigrantes*. Esta tesis se llevó a cabo en el contexto del Doctorado en Salud Pública de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

El presente texto tiene como objetivo dar cuenta del proceso y resultados de investigación sobre el tema. Para tal propósito se desarrollan a continuación dos grandes partes. La primera parte da cuenta de las generalidades del estudio que incluyen el proyecto de investigación que operó como guía para la realización de la investigación. En la segunda parte, el lector encontrará los hallazgos de la investigación, así como la discusión y conclusiones en relación con el tema.

Dicho esto, en relación con la primera parte, lo primero a decir es que la decisión de realizar una investigación sobre el tema surgió desde la inquietud por la migración como fenómeno, que en un contexto globalizado, pero también desigual, afecta los derechos de quienes deciden emigrar. Desde esta consideración se planteó el problema de investigación, en términos del fenómeno, la salud pública, el derecho a la salud y el abordaje subjetivo. Para el desarrollo del problema de investigación se tomaron antecedentes de investigación, textos sobre los derechos de los migrantes e informes de la Organización Internacional para las Migraciones. Adicionalmente, en el planteamiento del problema, el lector encontrará la justificación social y científica de la investigación que se propone.

Con base en el planteamiento del problema, se propusieron los objetivos de investigación, que tiene como eje la comprensión del derecho a la salud de los migrantes, con base en los relatos de siete colombianos en Estados Unidos, Ecuador y Canadá –países con diversidad en políticas migratorias y de salud-.

A continuación, se encuentra en este texto el referente conceptual que guía esta investigación. En primer lugar, la migración, cuyos conceptos muestran una orientación a la gestión de la migración más que a la producción de conocimiento y debate. En segundo lugar, se aborda el concepto de derecho a la salud, que orienta la pregunta de investigación, particularmente desde su concepción como derecho humano fundamental. Para cerrar, en el

referente se desarrolla el concepto de ciudadanía, central en relación con la migración, con los derechos y con lo público.

El siguiente apartado corresponde al abordaje metodológico: biográfico narrativo, con relatos de vida tematizados y paralelos. De allí, se desligan las técnicas de construcción de información y de análisis e interpretación de esta; así como las fuentes de la investigación: los migrantes –centrales en el método-, y los documentos que, desde el análisis crítico, contextualizaron los relatos. Sobre la información construida cabe anotar que los relatos de vida aquí contruidos se basaron en las experiencias de migración de siete colombianos: dos en Ecuador, dos en Canadá y tres en Estados Unidos, en cada país se entrevistó un hombre y una mujer, un migrante voluntario y un migrante forzado. De la construcción de la información, es de resaltar que, debido a que se trató de una investigación multisituada, en Estados Unidos y Canadá, se recurrió a la realización de entrevistas por medios virtuales y, en Ecuador, de manera presencial.

Para finalizar la primera parte de este texto, se exponen las consideraciones éticas para una investigación multisituada, guiadas por los principios de autonomía, beneficencia y justicia.

Hasta allí se presentan los aspectos constitutivos de la primera parte del este informe, seguidamente, en la segunda parte se desarrollan los resultados de esta investigación. Esta segunda parte, se configura en cinco capítulos, los tres primeros correspondientes a los tres países de análisis y luego un capítulo de discusión y uno de conclusiones. En relación con los capítulos por cada país se desarrollan de la siguiente manera: Ecuador, Canadá y Estados Unidos, cada uno de estos capítulos da inicio con el perfil, expectativas y experiencia de migración de los migrantes entrevistados. Desarrolla luego los contextos normativos sobre migración y salud en cada país. Se continúa con el apartado del derecho a la salud de los migrantes entrevistados. Posteriormente, el lector encontrará el apartado sobre los migrantes como sujetos del derecho a la salud. Se finaliza cada capítulo de análisis con un apartado de consideraciones finales.

La estructura de los capítulos de resultados tiene como fin responder a los objetivos de la investigación. En esa medida, los resultados se enfocan en presentar cómo los migrantes colombianos se ubican en una posición inferior a la de los nacionales en este país, tal posición

originada en elementos del planos macro, meso y micro. El plano macro involucra los contextos normativos sobre salud y migración de cada uno de los países de análisis. En el plano meso, se contempla la concreción de estos contextos normativos así como la respuesta de las sociedades hacia los migrantes. Finalmente, el plano micro desarrolla el análisis de los migrantes como sujetos de derecho.

Finalizados los capítulos por países, se presenta el capítulo de discusión, en que el lector encontrará un acercamiento a la reflexión sobre los principales resultados transversales en los capítulos, esta reflexión acompañada de aportes teóricos e investigativos. Una vez abordado el capítulo de discusión, se cierra la segunda parte de este informe, con el capítulo de conclusiones que da cuenta de los principales hallazgos en la investigación, los aportes de la investigación para la salud pública, y recomendaciones para futuras investigaciones.

1. Planteamiento Del Problema

En este apartado el lector encontrará los elementos centrales para la definición del problema de investigación. Para esto, inicialmente se presenta un panorama del fenómeno migratorio contemporáneo que incluye sus cifras, tendencias, vínculos, y particularidades. Este panorama es complementado luego con acercamientos a la migración desde los derechos humanos y el derecho a la salud. A continuación, se aborda el fenómeno migratorio como un desafío para la salud pública. Luego de esto, se presentan los antecedentes de investigación, puntualmente en dos líneas: el transnacionalismo y la salud de los migrantes. Finalmente, se incluyen en este apartado la pregunta de investigación y la justificación social y científica que sostienen la presente propuesta de investigación.

1.1. Problema De Investigación

Estamos muy lejos del cambio de paradigma necesario para tratar a los migrantes como “ciudadanos del mundo” y “titulares de derechos”, con independencia de su lugar de procedencia y destino. Ese cambio de paradigma requerirá tiempo, diálogo, información precisa, buena voluntad y, sobre todo, voluntad política.

Mary Robinson. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
(1997-2002)

1.1.1. El fenómeno migratorio contemporáneo.

De acuerdo con la Organización Internacional para las Migraciones, la migración es el “Desplazamiento de una persona o grupo de personas a través de una frontera administrativa o política de una unidad geográfica a otra para asentamiento temporal o permanente” (OIM, 2006a, p. 7). Este desplazamiento puede clasificarse de acuerdo a diversas perspectivas, en las cuales, actualmente, predomina la legal que distingue migrantes regulares e irregulares. Asimismo, se proponen, de acuerdo a la duración y dirección del asentamiento, categorías que han tomado fuerza como la migración circular, que puede ocurrir en más de una ocasión, y la migración de retorno, en que el migrante vuelve a su lugar de origen. La última ha sido central en Latinoamérica, en los últimos años, como consecuencia de la reducción de oportunidades laborales en los mercados extranjeros y la mejora de la situación económica de la región latinoamericana.

Este afán por clasificar la migración obedece a que es un fenómeno de central importancia en la actualidad. Como muestra, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a 2017 habían 258 millones de migrantes en el mundo (2018), cifra que ya supera los 230 millones de migrantes que, en 2003, se habían proyectado para el año 2050. Adicionalmente, la cifra actual representa un incremento de 103 millones de migrantes frente a los 155 millones en el año 2000, ha aumentado más de cien millones frente a los 153 millones en 1990, y se ha triplicado frente a los 84 millones de migrantes estimados en 1970 (OIM, 2018). A lo que se suma, la presunción de que el incremento de migrantes continuará (OIM, 2013a; ONU, 2014; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] 2009), a la par que se agravan las consecuencias en sus condiciones de vida (OIM, 2013; ONU, 2014).

En este panorama, Colombia es uno de los países que se identifican como expulsores, como evidencia, a 2012, con 4.700.000 migrantes, era el país en Suramérica con más personas en movilidad internacional (OIM, 2013b), que emigran primordialmente, hacia Estados Unidos, España, Venezuela, Ecuador y Canadá. Más allá de estas cifras, es necesario señalar que, a pesar de la contundencia del fenómeno, en el país no hay una respuesta clara y enfocada al bienestar de los migrantes. Pues aunque se cuenta con el programa “Colombia Nos Une” de Migración Colombia para fortalecer las relaciones con los emigrantes colombianos, este se centra en el ofrecimiento de programas como el pago de pensión o salud en el país, o la compra de vivienda (Colombia nos Une, 2017), mas no en las condiciones en que viven quienes han emigrado.

Por otra parte, es importante señalar que los cambios, en este caso incrementos, en la migración están condicionados por factores sociales, políticos y culturales (Pellegrino, 2000) como los patrones demográficos (Castles, 2000), las políticas de inmigración, que condicionan la entrada a los países y las posibilidades de inserción social (Actis et al., 2000), las relaciones históricas y políticas entre países que pueden promover o inhibir el desplazamiento de las personas (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2008), factores derivados de la dinámica social del proceso migratorio, como las redes de migrantes (Tapinos, 2000) y factores como la violencia, la última, determinante en la migración internacional desde América Latina (Pellegrino, 2000).

Ahora bien, a pesar de la multifactorialidad relacionada con la migración, los factores que más se señalan son los económicos, primordialmente, la disparidad entre los niveles de ingresos, bienestar social y las condiciones de oferta y demanda de mano de obra en los países de origen y de destino (Castles, 2000; CEPAL, 2008; OIM, 2013; Pellegrino, 2000; Tapinos, 2000; Urzúa, 2000). Este señalamiento obedece a la centralidad actual de la migración denominada económica, pero también, si se revisa el pasado, a que las oleadas de migración, por lo menos luego del surgimiento del capitalismo, se han ligado a cambios económicos. En este contexto, se tiene una primera oleada migratoria en el siglo XVI con migraciones no voluntarias de esclavos y siervos hacia América Latina. La segunda, entre 1820 y 1920 con el surgimiento de un mercado internacional de mano de obra voluntaria constituida por europeos que emigraron sobre todo hacia Estados Unidos, Argentina y Brasil. La tercera, luego de la segunda guerra mundial con migrantes laborales, incluso bajo programas de reclutamiento, que se dirigieron a las regiones más desarrolladas de Europa y América del Norte, aunque aquí también se desplazaron un gran número de refugiados a consecuencia de la guerra. Una cuarta oleada se da luego de 1973, originada en el deterioro de las condiciones de vida por la crisis del petróleo y el fin del modelo fordista (Actis et al., 2000; Castelló, 2008; Castles, 2000; CEPAL, 2008; Pellegrino, 2000). En relación con la situación de América Latina en estas oleadas migratorias, la región inicialmente es de inmigración, particularmente de europeos, pero luego de la segunda guerra mundial se transforma en una región de emigración debido a las brechas económicas con otros países, la incertidumbre y precariedad laboral, y sucesos como las dictaduras militares y la violencia (CEPAL, 2008).

En este panorama, con la década de los 90's llega lo que Castles y Miller (2004) han denominado masificación de la migración, esta originada en la globalización que ha acentuado las desigualdades entre los países generando la movilidad y flexibilidad de la mano de obra (Actis et al., 2000; Durand y Massey, 2003). Esta masificación se ha caracterizado por que disminuyen las migraciones laborales hacia Europa, se desarrollan los flujos laborales sur-sur, y de refugiados y solicitantes de asilo sur-norte, y predominan las políticas migratorias restrictivas (Castles y Miller, 2004). Contexto en el que a diferencia de hace un siglo, en que la mayoría de emigrantes internacionales eran europeos, hoy son de América Latina, Asia y África, con predominio de Estados Unidos como destino principal de la

migración, muchas veces en forma clandestina por la restricción de las políticas migratorias (Arango, 2007; CEPAL, 2008; Tapinos, 2000).

El predominio de Estados Unidos como destino de migración ha derivado en un sesgo político y académico hacia la migración sur-norte, patrón que sin duda es el más representativo, pues tres de cada cuatro migrantes provienen de países del sur (OIM, 2013) justamente debido a las brechas entre los países (Castles y Miller, 2004; CEPAL, 2008). No obstante, deben considerarse también los otros patrones de migración: norte-sur, norte-norte, y sur-sur, como ejemplo, la última es la segunda tendencia en Latinoamérica sobre todo entre países fronterizos, consolidada por procesos regionales como el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), así como por la aplicación de políticas migratorias restrictivas en el patrón sur-norte (OIM, 2013a).

Así pues los patrones de migración no son independientes del contexto global, no solo desde la globalización como fuerza impulsora sino, como se dijo, desde políticas restrictivas, justificadas, por ejemplo, desde acontecimientos como el 11 de septiembre de 2001 –atacado a las torres gemelas, en Nueva York- que vinculan la migración con el terrorismo internacional. Al respecto, autores como Alba y Leite (2004) sostienen que, antes de ese día, parecía que la integración e interdependencia económica por la globalización llevaría a fronteras más abiertas, pero este suceso reactualizó el miedo, sobre todo en Estados Unidos, y desembocó en doctrinas de seguridad, desde un discurso político basado en la seguridad nacional como centro de las prácticas políticas contemporáneas (Agudelo, 2013).

Ante esto, es importante precisar que este no es el único motivo que hace que los migrantes sean hoy un problema para los países receptores, por ejemplo, son también un desafío a la diversidad en las sociedades pues implican costos de adaptación, que son magnificados y planteados como elemento de controversia con un componente ideológico o racista de rechazo a la inmigración (Atienza, 2007, p. 30). Línea en la cual, los migrantes se vinculan con efectos negativos como aumento del desempleo, reducción de los salarios y competencia en los servicios sociales, generando problemas identitarios, estereotipos, discriminación y exclusión hacia ellos; situándolos como “un otro -foráneo, peligroso o monstruoso- diferente a un yo, referido a lo autóctono o nacional” (Mora y Montenegro, 2009, p. 2) y negando sus contribuciones a las sociedades de acogida, por ejemplo, como

capital humano (Gómez, 2010; Ospina et al., 2012). Desde esta visión de los migrantes, como peligrosos y no pertenecientes, se valoran como no merecedores de recursos y de derechos, como expresa Vargas “los migrantes son reducidos a no personas, percibidos como amenaza cultural o como mercancía supeditada a ‘intereses nacionales’ y no como personas sujetos de derechos” (2011, p. 49).

1.1.2. Migración y Derechos Humanos

En el contexto actual se producen grandes vulneraciones a los derechos de los migrantes, asunto que debe ser objeto de reflexión, entre otras razones, porque se ha afirmado que un enfoque desde los derechos humanos aporta en su inclusión e integración social (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUR], 2014).

Este enfoque desde los derechos humanos se ha plasmado en diversos instrumentos, que, para efectos de este texto, podrían plantearse en tres grandes líneas: instrumentos generales del sistema universal, instrumentos del sistema universal para población específica e instrumentos para migrantes. En los instrumentos generales, el más importante es la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) (1948) que explicita el principio de igualdad y no discriminación por la nacionalidad y establece el derecho al asilo y el derecho a la circulación. Como ejemplo de los instrumentos generales para población específica que pueden aplicarse a migrantes está la Convención sobre Derechos del Niño (CDN) (1989) que señala vulnerabilidades particulares de los niños en el contexto de la migración internacional (ACNUR, 2014).

En los instrumentos para migrantes, se encuentra la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990) que entró en vigor en 2003 y es el instrumento vinculante más importante de la legislación internacional, destinado a proteger los derechos humanos de los migrantes (ACNUR, 2014; CEPAL, 2008). El objetivo de este es la garantía, para los trabajadores migrantes, de los derechos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados fundamentales de derechos humanos. Asimismo, puede situarse en esta línea el Estatuto de los Refugiados (1951) y el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente Mujeres y Niños (2000). Además, desde 1999, se cuenta

con una Relatoría especial sobre los derechos humanos de los migrantes, cuyos informes son públicos y dan cuenta de violaciones de los derechos de las personas en movilidad y de las respuestas de las autoridades nacionales (CEPAL, 2008; Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos [IPPDH] y OIM, 2016).

Ahora bien, en relación con estos instrumentos, es necesario precisar que los convenios, estatutos, protocolos y convenciones son jurídicamente vinculantes para aquellos Estados que los ratifican, mientras las declaraciones, principios y recomendaciones no tienen efecto jurídico vinculante, sino fuerza moral. Además, no todos los Estados adhieren a los instrumentos o adecuan sus normas internas a estos (CEPAL, 2008), como ejemplo, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares solo ha sido ratificada por sesenta y seis estados (ONU, 2021), entre los cuales no figuran países del mundo desarrollado (CEPAL, 2008; IPPDH y OIM, 2016). En cuanto al caso de los migrantes, debe señalarse que si bien los instrumentos hablan de libre circulación, también aclaran que los Estados pueden imponer restricciones por razones de seguridad nacional, orden público, salud, o los derechos y las libertades de otras personas, de manera que se trata más de un derecho a salir del país de origen que de un derecho a migrar (Arce, 2018; CEPAL, 2008; IPPDH y OIM, 2016). Las condiciones anteriores han derivado, para los migrantes, en que sus derechos humanos no sean universalmente aceptados y acatados, como muestra, aunque se han dado avances en la libre circulación en regiones como la Comunidad Europea y Suramérica (Arce, 2018; IPPDH y OIM, 2016), aun se presentan grandes dificultades en la protección de los migrantes en otras regiones, aún más cuando se trata de migrantes indocumentados (CEPAL, 2008).

Es de aclarar que la desprotección en los derechos de los migrantes no es solo un asunto legislativo o político, sino que complica la situación de los migrantes en las poblaciones de acogida, con consecuencias en sus condiciones de vida y de salud. Al respecto, se tiene que independientemente de su posición en el país de origen, los migrantes, se encuentran con una posición relativa inferior en el país de destino, marcada por desempleo, aislamiento social y prejuicios. Adicionalmente, presentan enfermedades como diabetes, ansiedad, abuso de sustancias y VIH, las que, en una especie de círculo vicioso, llevan a que sean vistos como un riesgo para los países receptores y, desde ahí, se les excluya aún más. Asimismo, los migrantes se encuentran con barreras económicas, estructurales e

institucionales en la atención en salud (Rojas, 2008; Ruiz y Briones-Chávez, 2010; Torres y Garcés, 2013), en lo que puede considerarse una clara negación de la dimensión prestacional del derecho a la salud.

Las dificultades que enfrentan los migrantes, llevan a la pregunta por su derecho a la salud, no solo desde violaciones puntuales, y desde la comprensión de la enfermedad y atención en salud, sino desde su interdependencia con otros derechos y su vínculo con las condiciones de vida. Esta perspectiva en la aproximación al derecho a la salud permite pasar de una mirada individualista de la migración y la salud a una que permite pensar a los individuos y su salud en una dimensión social y política. Lo anterior, implica el reconocimiento de la evolución del concepto de salud “desde una perspectiva individual y simplista de ausencia de enfermedad a incorporar elementos como capacidades individuales y colectivas de una sociedad en una perspectiva multidimensional y con un enfoque de derechos humanos” (Rodríguez-Páez et al., 2012, p. 85). Es una declaración de que la salud no es un asunto meramente biológico e individual, sino que se vincula con las condiciones en que las personas viven, aquello a lo que tienen acceso en su vida en general que, puntualmente, en el tema de investigación se vincula también con vivir en condiciones de no discriminación o marginación de la sociedad de origen o de acogida. De manera tal, que el derecho a la salud como puerta de entrada permite además cuestionar que la responsabilidad de su salud se atribuya exclusivamente al migrante.

1.1.3. Migración y derecho a la salud.

Ahora bien, con base en lo presentado en el apartado anterior, a continuación se abordará específicamente el derecho a la salud. Para iniciar, es importante señalar que este es uno de los Derechos económicos, sociales y culturales; un derecho fundamental planteado por instrumentos como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales [PIDESC] de 1966, y la Observación Número 14 sobre el mismo pacto de 2000. En la última se establece que “Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (ONU, 2000, p. 1). Asimismo, en el PIDESC se define para este derecho un contenido mínimo esencial [CME] y unos factores determinantes básicos. El CME como

núcleo esencial es de efecto inmediato e independiente de los recursos económicos de los Estados, y establece el acceso universal a bienes y servicios de salud, medicamentos esenciales, asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa (Echeverry, 2006). Por su parte, los factores determinantes involucran, entre otros, la alimentación, vivienda, agua potable y distribución de recursos (ONU, 2000).

Justamente, en relación con los instrumentos de protección del derecho a la salud y los migrantes, se encuentra que el mismo Comité DESC y el PIDESC establecen que este derecho no puede impedirse por razones de nacionalidad, condición jurídica o documentación. Asimismo, la ya mencionada Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias (1990) incluye la protección del derecho a la salud de trabajadores migrantes. Por su parte, en Latinoamérica, se tiene el Instrumento andino de seguridad social que establece la plena aplicación del principio de igualdad de trato a través de la afiliación a los sistemas de seguridad social del país receptor para los migrantes laborales de los países miembros y sus beneficiarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Además, cabe destacar el afán de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Naciones Unidas (ONU), que se han pronunciado acerca del derecho a la salud de los migrantes. En 2017, la OMS en su Proyecto de Marco de Prioridades y Principios Rectores para Promover la Salud de los Refugiados y los Migrantes reclama que se eliminen obstáculos y se genere evidencia sobre el ejercicio del derecho a la salud de personas migrantes, independientemente de su condición migratoria (Comité Directivo de la Iniciativa Conjunta de Salud para las Personas Migrantes, Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Por su parte, la ONU propone que no se interrumpa la cobertura sanitaria una vez que se emigra, particularmente para migrantes temporales e irregulares, cuya condición jurídica les impide tener acceso a servicios de salud (OMS, 2008). Finalmente, la OIM, principal organización intergubernamental en el campo de la migración¹, desarrolla y promueve programas de atención médica preventiva y curativa a través de la División de Migración y Salud.

¹ Desde el 19 de septiembre de 2016 esta organización entra a formar parte del sistema de Naciones Unidas, como organismo de las Naciones Unidas para la migración

Ahora, tal como sucede con la protección de los derechos humanos de los migrantes, si bien el derecho a la salud se inscribe en varios instrumentos, hay debilidades en su justiciabilidad (Echeverry, 2006) y los Estados tienen la potestad para definir, de acuerdo a sus propias circunstancias, las medidas que garanticen este derecho (ONU, 2000). Adicionalmente, el estatus de regularidad de los migrantes condiciona, en general restringiendo, su acceso a servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección social, 2018; OMS, 2008; Plataforma para la Cooperación Internacional sobre los Migrantes Irregulares [PICUM], 2016). Como ejemplo, en la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea los migrantes irregulares tienen acceso limitado a servicios de salud que no sean de urgencia (PICUM, 2016), igual situación viven en Colombia (Ministerio de Salud y Protección social, 2018). No obstante, también se encuentran casos como Argentina, en el que todas las personas migrantes, sin distinción por su situación migratoria, tienen derecho a acceder a la salud en las mismas condiciones que los nacionales (Ley de migraciones N° 25.871, 2004).

En este sentido, es importante en el ámbito de esta investigación, concretar el derecho a la salud de acuerdo a dos aspectos:

El primero de ellos, es que este derecho no puede reducirse a lo establecido en las leyes o a la atención en salud, pues más allá de las debilidades en su justiciabilidad, es necesario verlo en su vinculación con las visiones de los regímenes políticos a nivel global y nacional. Teniendo en cuenta esto, se propone para esta investigación el abordaje de la pregunta con migrantes en tres países que, de acuerdo con Mejía (2012), han sido países de destino preferidos por los colombianos, y además, muestran configuraciones particulares en términos de su apuesta política, su posición frente a los migrantes y sus derechos, y su sistema de salud. En razón de esto, se seleccionaron: Estados Unidos, país orientado a los valores liberales, con un sistema de salud organizado desde las leyes del mercado (Olmos y Silva, 2011) y una actitud que, actualmente, es mínimamente de resistencia ante los migrantes, particularmente latinos y musulmanes. Canadá, un Estado de bienestar liberal, con un alto gasto social y uno de los mejores indicadores de bienestar (del Alizal, 2014), un sistema de salud financiado principalmente por el Estado y un compromiso con la multiculturalidad. Ecuador, con una línea progresista que puede pensarse como Régimen de Bienestar, con énfasis en el gasto público social y recuperación de la función social del Estado (Minteguiaga

y Ubasart-González, 2013). Este país cuenta con un sistema de salud cuya base es la salud como un derecho garantizado por el Estado y vinculado con otros derechos, entre ellos, el agua y la nutrición. Además, en lo relativo a las personas en movilidad, apuesta, desde su constitución, al principio de ciudadanía universal (Constitución del Ecuador, 2008).

El segundo aspecto a resaltar para esta investigación, es que el trabajo sobre derechos, lo social y político, no implica desconocer al sujeto migrante, quien “encarna” el derecho, por eso, se propone pensar este derecho y la migración en sujetos; esto es, pensar al migrante, no como un objeto, de medición o de seguridad, sino como un sujeto. Contemplando además que las afectaciones negativas en la salud no se dan homogéneamente sino que varían por condiciones como el género o el nivel educativo (OIM, 2006a). En este sentido, la presente investigación se orienta a la pregunta a los migrantes, para desde allí, pensar la pregunta de investigación, en una apuesta, por reconocer un sujeto migrante, no un objeto reflejado en números, remesas o trastornos. Lo anterior, reforzado porque en el ámbito académico, como se presentará en los antecedentes de investigación, la migración ha sido estudiada mayormente como fenómeno en sus aspectos macrosociales, y en la salud, desde un enfoque morbicéntrico con énfasis en las tasas de prevalencia de trastornos, y las afectaciones negativas en la salud de los migrantes y las sociedades receptoras. Panorama que también se evidencia en la salud pública, que ha estudiado e intervenido la salud como un hecho objetivo, excluyendo la subjetividad, los sentidos y palabras de los sujetos (Ayres, 2005; Granda et al., 1995; Samaja, 2004), desconociendo así el conocimiento, conciencia y acción de sujetos individuales, desde los que se produce salud.

1.1.4. El fenómeno migratorio: desafío para la salud pública

En la línea de la pregunta por el derecho a la salud de los migrantes, es necesario dar un paso más para situar la migración no solo como problema político o social, sino en el ámbito de la salud pública. En este sentido, habría que decir que la migración es un asunto que compete a la salud pública por varias razones, entre las que se han señalado: los migrantes están expuestos a condiciones de vulnerabilidad y riesgo que pueden alterar su salud así como su acceso a los servicios de salud; el retorno a sus lugares de origen puede generar problemas en la salud pública, pues muchos pueden ser portadores de infecciones o tener problemas de

consumo de sustancias psicoactivas o problemas sociales como la delincuencia; y las difíciles condiciones de los migrantes exigen para muchos países fortalecimiento de las políticas públicas en el campo social (Villalobos, 2010).

En este sentido, la migración es un tema clave para la salud pública, pues los patrones de desplazamiento migratorio tienen impactos en la salud individual y en la salud pública (Salgado, 1996). Estos desplazamientos pueden afectar la salud de quienes emigran, así como de las sociedades de origen y de destino (OIM, 2013a; Vilar y Eibenschutz, 2007). De otro lado, los impactos y afectaciones en salud de los migrantes refuerzan la necesidad de reconocer la interdependencia global en términos de salud y enfermedad; interdependencia que, tal como se ha evidenciado en los debates sobre la migración, implica que esta no puede abordarse solo de manera local, desde los países de destino o de origen (OIM, 2018; Tapinos, 2000), sino que su abordaje requiere una perspectiva de relación entre lo global y lo local, como ejemplo, con la consideración de las disparidades en términos de los determinantes sociales de la salud en países llamados del norte global y los del sur global.

A lo anterior, habría que sumarle que la migración implica cambios en los indicadores y perfiles epidemiológicos (Agar et al., 2017) y, por tanto, genera desafíos para los sistemas de salud, no solo porque se ocupan de la atención de enfermedades, sino porque, en la línea del derecho a la salud, pueden ser mitigadores o potenciadores de inequidades en salud (Hernández y Jiménez, 2009). Por ejemplo, los sistemas de salud pueden mitigar las inequidades con esfuerzos como la atención en salud multicultural. O por el contrario, pueden aumentar las inequidades cuando se presentan barreras para la atención en salud a migrantes. El papel de los servicios de salud ha sido señalado por la OIM (2013a) al afirmar que un enfoque de salud pública con respecto a los migrantes debe buscar evitar desigualdades en salud y servicios de salud entre los migrantes y la población de acogida.

De otro lado, desde el reconocimiento de que la salud no se restringe al acceso a servicios de salud y de que la migración es un fenómeno complejo que afecta psicológica, física y socialmente a quienes participan en él (Salgado, 1996), la pregunta por la salud de los migrantes desde la salud pública no puede reducirse a un enfoque morbo-céntrico, sino que debe contemplar las condiciones de vida que afectan positiva o negativamente su salud. De esta manera, para abordar el tema de la salud de los migrantes, la salud pública debe

incluir, en sus preguntas e intervenciones, los aspectos sociales, económicos y políticos de la migración; como ejemplo, la forma en que las políticas sociales y migratorias, derivan en inclusión o exclusión de los migrantes, con mecanismos como la definición de estatus migratorios, medidas para la inclusión social o requisitos de naturalización.

Es en este sentido, en que se plantea para este trabajo de investigación abordar la migración desde los derechos humanos, puntualmente desde el derecho a la salud. En coincidencia además con la afirmación de la OIM (2013) según la cual, un abordaje de la salud de los migrantes que no contemple los derechos humanos es una mala práctica de salud pública, que aumenta la vulnerabilidad, las desigualdades sanitarias, genera más gasto para los migrantes y se constituye en una violación de sus derechos. Mientras asumir este abordaje, mejora el estado de salud, los resultados sanitarios, facilita la integración, evita gastos sanitarios y sociales y contribuye al desarrollo social y económico. La propuesta de la OIM (2013) coincide con el Foro Mundial sobre Migración y Desarrollo, que plantea la necesidad de incluir estrategias para los migrantes como la protección legal, salud y educación, que contribuyan a combatir el trato injusto y discriminatorio. Además, habría que decir que una aproximación desde los derechos, se opone a la mirada del contexto actual, en que los flujos migratorios se identifican con el riesgo social y criminal y son sometidos a una lógica securitaria y discriminatoria.

1.2. Antecedentes Investigativos

Para la revisión de antecedentes se abordaron las bases de datos Ebsco, Dialnet, Lilacs, Scielo, Jstor, Mendeley, PubMed, Redalyc con estudios en el periodo de 2005-2017 y las palabras claves –en español e inglés-: migración, migración y salud, salud migratoria, migración en Colombia, derecho a la salud, derechos humanos y migración, derecho a la salud y migración. Asimismo, se revisó literatura gris, particularmente, en relación con el derecho a la salud y los derechos humanos de los migrantes.

Para presentar los antecedentes encontrados se proponen tres grandes temas, lo transnacional, la salud y el derecho a la salud. El primero, se desarrolla como una línea independiente debido a que, en la revisión que se realizó, se evidencia como una tendencia investigativa derivada del reconocimiento de la necesidad de superar el nacionalismo

metodológico que limitaba el estudio de la migración a los países de origen y de destino como realidades separadas. Respecto a la salud, se encontrarán las afectaciones en salud de los migrantes así como los factores protectores. Finalmente, el derecho a la salud aborda la atención en salud, así como el acceso a determinantes sociales de la salud.

Antes de desarrollar estos antecedentes, debe señalarse que en su revisión se encontró que el abordaje más usado es el empírico analítico, con estudios descriptivos de los que resultan datos de prevalencia de enfermedades en los migrantes; incluso en investigaciones sobre el duelo migratorio –un asunto más individual- algunos estudios buscan establecer, por ejemplo, cuántas de las personas entrevistadas superaron la última fase del duelo. Este abordaje varía, cuando el tema es el derecho a la salud y otros derechos, en que si bien se presentan descripciones estadísticas sobre empleo o vivienda, hay más lugar para la experiencia de los sujetos, sin que esta sea el centro de la investigación. Finalmente, en relación con el abordaje de esta investigación, solo se encontró, en las bases de datos, una investigación desde una aproximación narrativa.

1.2.1. Transnacionalismo.

Se trata de una perspectiva central en la investigación actual sobre migración. Esta perspectiva se caracteriza por la superación del nacionalismo metodológico y el reconocimiento de que el fenómeno migratorio no es, en sus factores individuales, sociales y políticos, un asunto que compete solo a ciertos estados, de manera que no puede abordarse desconociendo las relaciones globales e interestatales. Esta perspectiva cuestiona, por ejemplo, que los migrantes rompan relaciones con sus sociedades de origen, por el contrario, propone el reconocimiento de una “doble vida” de los migrantes, con influencia de sus países de origen y los de destino (Parella, 2007; Plata y Rodríguez, 2013).

Puntualmente, en relación con los estudios revisados se encontró el trabajo desde el transnacionalismo en dos focos: la identidad y las familias. En relación con la identidad, se plantea que los procesos migratorios generan nuevas formas de identidad que discuten la idea de que esta es un producto acabado y homogéneo, y la proponen emergente, sujeta a lo social, político y cultural. De modo que en los migrantes puede darse una identidad transnacional vinculada al menos a dos referentes nacionales, desde el encuentro de las dos culturas en que

están inmersos; proceso que puede ser problemático, cuando la sociedad de origen y la de acogida no reconocen el carácter dual de estas personas (Esteban-Guitart, y Vila, 2015).

Por otra parte, las familias transnacionales, hacen referencia a nuevas formas familiares, caracterizadas principalmente por vínculos de tipo afectivo y económico (envío de remesas), comunicación constante y expectativas de unificación, retorno o visitas. Dentro de estas familias, la comunicación constante a través de las nuevas tecnologías en comunicaciones es central, pues les permite compartir su cotidianidad desde la distancia (Parella, 2007); de esta manera, la migración implica separación física mas no la ruptura de las relaciones familiares, pues las familias se adaptan a la nueva realidad y establecen formas y estructuras transnacionales para mantener y fortalecer los vínculos familiares, económicos, afectivos y de gestión del cuidado (Parella, 2007). Por ejemplo, con la maternidad transnacional, en que, cuando las mujeres emigran y sus hijos permanecen en el país de origen, ellas desarrollan nuevas formas de cuidado y educación de los hijos (Parella, 2007).

Así como la identidad transnacional, de acuerdo con Parella siguiendo a Mingione, considerar las familias transnacionales implican superar definiciones tradicionales, en este caso, del hogar como el lugar de residencia común, para pensarlo más como el conjunto de relaciones sociales cambiantes, con obligaciones mutuas, que contribuye a la supervivencia de sus miembros, incluso de aquellos no residentes (2007).

1.2.2. Salud de los migrantes.

En los estudios revisados, se encuentra que la salud de los migrantes es peor que la de la población del país de acogida (Dias et al., 2013; Rojas, 2008). Tienen mayor riesgo de padecer lesiones por accidentes de trabajo, incapacidad permanente y otras enfermedades físicas y mentales (Agudelo-Suárez et al., 2009). Asimismo, son más propensos a la depresión, ansiedad, ideas suicidas y trastorno por estrés postraumático (Jansà y García de Olalla, 2004; Yáñez y Cárdenas, 2010), en el caso del suicidio, este se ha relacionado con la migración hacia países con una alta tasa de suicidio (Chávez et al., 2004).

Por otra parte, se encuentran manifestaciones corporales como quejas sobre dolores, especialmente osteoarticulares y cefálicos, pérdidas de eficacia cognitiva -incluye mareos- y trastornos somáticos en su sentido lesional. Síntomas consistentes con el Síndrome de Ulises

–o del inmigrante con estrés crónico y múltiple- propuesto por Joseba Achotegui como un síndrome que aqueja particularmente a los inmigrantes (Zuazo y Etxebeste, 2008). Se trata de un síndrome con síntomas en las áreas depresiva, ansiosa, somatomorfa y disociativa (Achotegui et al., 2010) que se produce por los duelos crónicos y conjuntos del inmigrante, y la falta de apoyo de una red social; aparece al poco tiempo de la migración y disminuye a medida que el inmigrante se adapta al país de destino (Achotegui, 2009). Aunque autores como Hernández y Jiménez (2009) afirman que las dificultades de salud no se generan por la condición migrante sino por la posición socioeconómica en la sociedad de acogida.

Asimismo, en relación con las condiciones de salud, los estudios revisados resaltan que los hijos de los migrantes presentan problemáticas similares, son más propensos a problemas como el fracaso escolar, embarazo en la adolescencia, obesidad y diabetes (Zarza y Sobrino, 2007), así como a problemas de salud mental (Abarca y Carreño, 2014). Esto debido al conflicto intergeneracional que se les presenta, pues están más integrados culturalmente, pero más inadaptados socialmente, y con conflictos frecuentes con sus padres, carecen de la referencia de su país de origen -que difiere de la cultura que viven en lo social- pero, desde sus padres, viven en esta (Zarza y Sobrino, 2007). De modo tal, que es solo en la tercera generación de inmigrantes que comienza a abandonarse la sensación de ser extranjeros (Molero et al., 2004).

De acuerdo con algunos autores como González Calvo (2005) y González Núñez (2005), las afectaciones en salud de los inmigrantes obedecen a que la migración es un proceso psicosocial de duelo pues implica pérdidas psicológicas y sociales, requiere ajuste psicológico, reorganización y adaptación sociocultural; genera dolor por la familia, por lo que el país representa, así como ambivalencia ante el deseo-necesidad de conocer nuevos territorios y echar raíces. La resolución de este duelo lleva a la integración de la nueva situación, sin olvidar el lugar de origen (González Calvo, 2005; Salvador, 2001), proceso que cada persona vive de manera diferente, por sus recursos personales, redes sociales de apoyo, nivel de integración social, condiciones de vida anteriores y presentes, edad, situación legal, laboral, económica, tiempo de residencia y nacionalidad (de la Revilla et al., 2011; González Calvo, 2005), capacidad de contención del ambiente y valor atribuido al país de origen (González Núñez, 2005), entre otras.

Otro aspecto que se resalta es el estrés al que se enfrentan los migrantes, se destacan como principales generadores de estrés en las sociedades de acogida, el racismo y la discriminación (Collazos et al., 2008; Torres y Garcés, 2013; Zuazo y Etxebeste, 2008) y se sitúan como espacios con más discriminación el barrio, la escuela, el grupo de pares y los centros de salud (Abarca y Carreño, 2014). En relación con este tema se encuentran estereotipos sobre los colombianos: a los hombres se les asocia con actividades delincuenciales como el narcotráfico (Morales et al., 2010) y a las mujeres con la prostitución, lo que las expone más al acoso sexual (Ospina et al., 2012).

En la misma vía, según la revisión de literatura realizada por Yáñez y Cárdenas (2010) las afectaciones negativas en la salud de los migrantes tienen una correlación favorable con el número de problemas sociales percibidos y con el apoyo social, así, las situaciones a las que se enfrentan los migrantes no solo tienen que ver con sus condiciones sino con la posición de la sociedad de acogida. Problemas como la soledad por separación, fracaso en el proyecto migratorio, lucha por la supervivencia, situaciones laborales y de vivienda precarias, falta de apoyo social o familiar, discriminación racial y políticas de exclusión (Achotegui, 2004; Achotegui et al., 2009). Situaciones que se califican de estresores, y se generan por: el proceso mismo de la migración, barreras del lenguaje, cambios socioculturales, factores económicos y marginación social, y pérdida de apoyo social y familiar (Zarza y Sobrino, 2007). Estresores que son más fuertes en países con los que se tienen diferencias sociales, culturales, económicas y políticas fuertes (Zarza y Sobrino, 2007) y varían por factores como la edad, género, etnia, nivel educativo y condiciones legales del migrante (OIM, 2006a).

Así pues, no pueden obviarse las características propias de los migrantes, sin embargo, justamente la publicación en temas migratorios ha hecho énfasis en aspectos macro políticos, económicos y sociales (de Freitas, 2013) y han pasado desapercibidos los aspectos microsociales y sus repercusiones en la vida de los migrantes (de Freitas, 2013; Jensen, 2008; OIM 2013). En este sentido, Zarza y Sobrino (2007) afirman que la migración debe investigarse reconociendo la heterogeneidad de los migrantes, por ejemplo, en relación con su estatus socioeconómico, género y edad, y las intervenciones en salud en población migrante deben basarse en sus cosmovisiones y tradiciones (de Freitas, 2013), con intervenciones culturalmente sensibles, que consideren aspectos culturales, ideológicos, legales y económicos. De otro lado, se resalta la necesidad de crear redes entre las

organizaciones de la comunidad y los centros de servicios de salud (Achotegui, 2007; Ruiz y Briones-Chávez, 2010; Zarza y Sobrino, 2007; Zuazo y Etxebeste, 2008), la capacitación a los profesionales de salud sobre los migrantes y sus derechos, y la creación de protocolos de atención en salud a esta población (Rojas, 2008).

Particularmente, en la línea de las investigaciones se ha enfatizado en que la salud de los migrantes está asociada con condiciones como el nivel educativo, aspectos socioeconómicos y tiempo de estancia en el país de acogida, como ejemplo, una situación socioeconómica más baja se asocia con mayor incidencia de problemas de salud (Agudelo-Suárez et al., 2009).

Por su parte, las diferencias de género, se han tornado más relevantes, debido a la feminización de la migración, que se ha dado desde la mitad del siglo pasado. Esta se refiere al incremento de mujeres que asumen un proyecto migratorio propio para mejorar sus condiciones de vida y las de sus familias. Al respecto, se encuentra que la migración afecta más a las mujeres, pues su inserción en el mercado laboral se da en trabajo doméstico, cuidado o sexo, trabajos precarios en salarios, prestaciones sociales y condiciones laborales, y con bajo reconocimiento social (Lázaro-Castellanos y Jubany-Baucells, 2012), expuestas a acoso y abuso sexual (Morales et al., 2010; Ortega y Ospina, 2012). A esto se suma, que la migración de las mujeres genera cambios en relación con el mercado de trabajo, modificaciones en la estructura social y familiar, en las formas tradicionales de cuidado y en los sistemas de género tanto de las sociedades de origen como las de llegada (Abarca y Carreño, 2014; Lázaro-Castellanos y Jubany-Baucells, 2012), panorama que evidencia la necesidad del enfoque de género en las políticas migratorias. En relación con sus condiciones de salud, las mujeres muestran salud más pobre que los hombres, con menores niveles de bienestar psicológico y salud mental (Gomes, 2006), mayor frecuencia de depresión, ansiedad, frustración y baja autoestima (Zarco et al., 2005), así como más discriminación y vulnerabilidad (Parella, 2007; Zavala y Rojas, 2005). En el caso de los hombres se encontraron mayores tasas de prevalencia de abusos y dependencias de alcohol y sustancias psicoactivas, y más demanda de atención por patologías mentales (Zuazo y Etxebeste, 2008).

Otro de los factores que se señala, es el tiempo de estancia en el país de acogida, a menor tiempo de estancia hay mejor salud, lo que se ha denominado paradoja del inmigrante

saludable, que consiste en que a mayor tiempo de permanencia se desarrollan más problemas de salud física, como obesidad y diabetes, y de salud mental como depresión, ansiedad, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, violencia familiar y crímenes (Hernández y Jiménez, 2009; Zarza y Sobrino, 2007). Esto, según los autores, obedece a varios motivos: al llegar los inmigrantes suelen vivir en comunidades cerradas y esto los protege de muchos estresores, como el lenguaje y la cultura (Zarza y Sobrino, 2007); a mayor tiempo de estancia los inmigrantes adquieren conductas no saludables, como el consumo de alcohol, la inactividad física y despreocupación por los hábitos alimenticios (Dias, Gama y Martins, 2013); el deterioro puede deberse además al proceso de aculturación, barreras en el acceso a salud y las condiciones laborales (Hernández y Jiménez, 2009; Lázaro-Castellanos y Jubany-Baucells, 2012).

En relación con otro tema, los estudios revisados tienen un énfasis preminentemente morbicéntrico, no obstante, se encontraron referencias a dos factores protectores de la salud: el apoyo social y la religión. El apoyo social se refiere a compartir un proyecto migratorio con otros, incluidos familiares, pues se convierte en un estímulo para seguir adelante con el proyecto en común (Rojas, 2008; Zarza y Sobrino, 2007). Por su parte, la religión protege debido a que dificultades de la migración, como las enfermedades, se interpretan desde la confianza en un ser supremo, además, las organizaciones religiosas se constituyen en sistema de apoyo (de Freitas, 2013). Respecto a estos factores protectores, es importante señalar que no se incluyen claras referencias a agentes diferentes a los propios migrantes, esto es, uno de los factores vinculados con la enfermedad es la discriminación, sin embargo, no se hace referencia, por ejemplo, a políticas antidiscriminatorias como protectoras de la salud de los migrantes. Lo mismo puede observarse en uno de los fenómenos que más se encontró en los estudios en relación con salud y migración: la aculturación, en el cual, las estrategias de aculturación se sitúan en el ámbito individual del migrante, sin la pregunta por las condiciones que las sociedades de acogida ofrecen para este proceso.

Como se dijo, la aculturación es uno de los aspectos que se relacionan con la salud de los migrantes (Fajardo et al., 2008; Yáñez y Cárdenas, 2010), como proceso, esta se ha entendido desde el modelo bidimensional de Berry (2006), que propone como estrategias de aculturación la integración, la separación, la asimilación y la marginación. La integración implica que el migrante asume aspectos de la cultura de destino y la de origen (Rojas, 2008),

por esto, produce un mejor ajuste psicosocial. Por su parte, la asimilación, en la que el migrante integra aspectos de la cultura de destino pero abandona los de origen, revela conductas más adaptativas, con mejor afecto, ajuste psicosocial y percepción de discriminación que la separación o la marginación. La separación traería conflictos, finalmente, en la marginación se abandonan ambos referentes culturales, y quienes la usan muestran peores niveles en todas las áreas, sería la que más conflicto trae pues se califica como excluyente y destructiva (Zarza y Sobrino, 2007).

Ahora bien, esta línea de la aculturación, puede relacionarse con las metanarrativas sobre los migrantes, en términos de aquello que hace un buen migrante “un migrante que se integra”; como ejemplo, están dos grandes narrativas hegemónicas sobre los migrantes en Canadá que operan como un lente a partir del que quienes llegan al país construyen sus experiencias e identidades: “activos y costos” y “ética de los inmigrantes” (Pozniak, 2009).

La primera de estas tiene un enfoque económico que evalúa a los migrantes desde su potencial para contribuir al crecimiento económico. Esta idea resuena en los migrantes colombianos recién llegados a Canadá, pues corresponde con un lenguaje de los valores neoliberales del mercado y lleva, por ejemplo, a que quienes se encuentran sin trabajo en este país se piensen a sí mismos como activos sin explotar. La segunda, por su parte, propone buenos y malos migrantes: los primeros tienen los valores y actitud correcta, trabajan duro, aprenden el idioma, se adaptan a la cultura y se esfuerzan en no depender del sistema de ayuda social, por tanto, merecen ser ciudadanos. Por el contrario, quienes no corresponden con este ideal son malos migrantes, inmigrantes deficientes. Este discurso se evidencia incluso en inmigrantes que critican a otros inmigrantes, como ejemplo, colombianos que prefieren no relacionarse con sus connacionales que ven como una carga para el sistema.

1.2.3. Derecho a la salud de los migrantes.

En relación con este tema, puede abstraerse de los estudios sobre migrantes, particularmente sobre acceso a servicios de salud, aspectos relacionados con el derecho a la salud que se desarrollan a continuación.

En primer lugar, los migrantes informan no tener derecho a la provisión en salud comparados con los nacionales (Cabieses y Tunstall, 2012), usan menos la atención

ambulatoria (Rojas, 2008), y muestran mayor número de hospitalizaciones, rehospitalizaciones y urgencias, justamente, porque debido a las barreras en el acceso a la salud, no consultan a tiempo y esperan a que su condición sea peligrosa para justificar una urgencia (OIM, 2005, 2013; Rojas, 2008).

Esto se origina en la existencia de tres tipos de barreras en su acceso a servicios de salud: financieras, estructurales e institucionales (Rojas, 2008; Ruiz y Briones-Chávez, 2010; Torres y Garcés, 2013). Las financieras se refieren a la ausencia de recursos económicos para el pago de la atención en salud en los países de acogida o el desconocimiento de los costos o de la opción de acceder a servicios gratuitos (Ortega y Ospina, 2012), asimismo está la falta de un seguro médico (OIM, 2005, 2013) por sus condiciones socioeconómicas y laborales precarias y desconocimiento de las garantías en seguridad social (Ortega y Ospina, 2012). Las barreras estructurales se basan en aspectos sociales y culturales como las diferencias culturales y de idioma (Zarza y Sobrino, 2007), en las últimas, se encuentra la terminología usada para la expresión de síntomas, así como el concepto de salud y enfermedad (Molero et al., 2004), también se ubican aquí, los prejuicios contra los inmigrantes, por ejemplo, con comentarios sobre estereotipos por su nacionalidad (Ortega y Ospina, 2012). Por su parte, las barreras institucionales se refieren a diferencias en el concepto de buen servicio y atención médica de buena calidad, y a la desconfianza o desconocimiento del sistema de salud (Rojas, 2008; Ruiz y Briones-Chávez, 2010). Adicionalmente, contemplan la relación entre prestadores y usuarios inmigrantes, marcada por diferencias culturales y discriminación del sistema que puede ser individual, por el personal en atención, o institucional, cuando se da por condiciones como la documentación o el status migratorio (OIM, 2005; Torres y Garcés, 2013). Aquí pueden encontrarse migrantes que no usan el sistema de salud pues temen ser detectados y deportados por su situación migratoria (Zarza y Sobrino, 2007).

Como muestra de las consecuencias de estas barreras, se encuentra que los latinos en Estados Unidos son más propensos a contraer VIH y no recibir atención pues consultan tarde (Ruiz y Briones-Chávez, 2010). Asimismo, se señala que la atención para los migrantes con síndrome de Ulises, se constituye en un estresor adicional debido a que no son atendidos adecuadamente por desconocimiento o prejuicios. Ante lo cual, Achotegui (2007) propone que para la atención en salud para los migrantes debe usarse una relación asistencial extendida, pues para estos casos las demandas del migrante incluyen peticiones de protección

y ayuda social. Además de lo anterior, es importante trabajar sobre estas dificultades en el acceso a la salud, pues uno de los objetivos de cualquier sistema de atención en salud es reducir la inequidades (Hernández y Jiménez, 2009) no producirlas o perpetuarlas.

Ahora bien, el derecho a la salud no se limita a la atención en salud, por tanto es importante revisar en los estudios lo que se ha encontrado en relación con los determinantes sociales de la salud. Aquí, como se señaló anteriormente, se encuentran condiciones precarias de empleo, alimentación, vivienda, etc.

Respecto al empleo, este es precario, y limitado principalmente a los sectores de servicios, construcción, industria y agricultura. Pues bien sea por cualificación, por condición legal o por prejuicios, los migrantes tienen dificultad para acceder a otros puestos de trabajo de mayor cualificación. Por ende, aceptan trabajos que los locales rechazan, particularmente aquellos que comprometen esfuerzos físicos; en su afán por tener ingresos económicos asumen trabajos en condiciones precarias, de explotación, discriminación y por menos pago que los nacionales (Morales et al., 2010; Ortega y Ospina, 2012). En esta misma línea, se enfrentan a un mayor riesgo ocupacional, primero, porque aceptan condiciones de trabajo inseguras por el temor a ser descubiertos o despedidos. Segundo, porque las condiciones precarias incluyen no tener capacitación en seguridad laboral, y aunque la haya, tienen dificultades en entenderla, por ejemplo, por diferencias de lenguaje (OIM, 2005; 2013).

En la alimentación se encuentran asimismo dificultades, particularmente, escasez (Morales et al., 2010) y en casos como los de trabajadores domésticos, hay privación de alimentos. Más allá de estas situaciones, habría que anotar que las dificultades de nutrición incluyen que los alimentos no sean accesibles, de buena calidad o adecuados. En lo último puede considerarse, como muestra, que los alimentos no sean consistentes con la cultura de los migrantes (OIM, 2013a). Esto a primera vista, puede parecer banal, pero como se presentó anteriormente, los cambios en la alimentación pueden llevar a los migrantes a afectaciones en su salud.

Finalmente, en el ámbito de la vivienda, según los hallazgos, los migrantes temporales no invierten en viviendas de buena calidad en pos de ahorrar los ingresos que obtienen (OIM, 2005). Además, pueden existir leyes discriminatorias, por ejemplo, aquellas que establecen sanciones administrativas o penales a quienes alquilen viviendas a migrantes irregulares

(OIM, 2013c), o acciones menos explícitas que llevan a restringir a los migrantes a zonas desfavorecidas, en que se enfrentan a condiciones precarias como la falta de agua potable (OIM, 2005) o el hacinamiento (Morales et al., 2010; Ortega et al., 2012). En este ámbito se encuentra una práctica que es una clara violación a los derechos de los migrantes, se ha denominado “camas calientes”. En esta se retiene una parte del pago del migrante en situación de irregularidad para pagar una cama en que duerme; cama que no es solo para él, pues le asignan turnos para trabajar y dormir, de modo que en una cama, puedan turnarse tres trabajadores migrantes para dormir (OIM, 2013c). Entre las dificultades particulares, los colombianos se encuentran con el rechazo o costos adicionales por su nacionalidad, así como condicionamientos, por ejemplo, sobre el uso de los servicios públicos o las actividades, como tener visitas, que pueden realizar en la vivienda (Ospina et al., 2012).

1.3. Pregunta De Investigación

Ante el panorama que se ha presentado en este planteamiento, esta investigación propone un abordaje desde las palabras de los migrantes, orientado a su derecho a la salud, con el que se pretende cuestionar una salud sin consideraciones sociales y políticas que se materializan en condiciones de vida, así como en sistemas de salud, políticas migratorias y regímenes políticos. El propósito es que los relatos de los entrevistados permitan pensar categorías analíticas como migración, salud, derecho a la salud y ciudadanía, más allá de lo objetivable; de manera que sea la experiencia de los sujetos la que abra puertas a la formulación de políticas más acordes con sus necesidades y posibilidades.

La postura anterior se concreta en la pregunta: De acuerdo con sus narraciones, ¿cómo han vivido su derecho a la salud colombianos que emigraron a Estados Unidos, Canadá y Ecuador, en relación con los sistemas migratorio y de salud en estos países de destino?

1.4. Justificación

Como se ha presentado, la migración es un objeto de estudio pertinente, que exige la generación de políticas públicas para mitigar sus efectos, debido a los peligros que involucra, incluyendo la pérdida de vidas (ONU, 2014), así como al desafío que representa para las sociedades de acogida y el mundo en general. Para Colombia, en su faceta expulsora, el

fenómeno es relevante por su alto número de emigrantes, ciudadanos colombianos que enfrentan en sus países de acogida las dificultades de la migración y deben ser incluidos en las políticas nacionales, de otro modo, a la exclusión vivida en sus países de acogida, se sumará la de su país de origen.

A lo anterior se suma la importancia de la pregunta por la salud de los migrantes en un contexto de interdependencia entre la salud de las personas y países, no solo en las enfermedades transmisibles, sino en las condiciones de salud, condiciones que, en el caso de los migrantes, pueden no enfermar a otros, pero desde su condición humana, son un asunto de todos. Por su parte, para la salud pública, la relación entre salud y movilidad es central (OIM, 2013a), por las altas cifras de migrantes en el mundo, su prevalencia de enfermedades y su estigmatización como amenaza de salud pública en las sociedades de acogida, por ejemplo, en términos de violencia. Justamente, en este sentido, se aboga por el abordaje de la salud de los migrantes desde los derechos humanos, pues por ser vistos como riesgo para las sociedades en que están, se justifica incluso la negación de sus derechos. Ahora, en la vía de los derechos y la salud pública es pertinente la pregunta desde el derecho a la salud, pues como señala Echeverry, el estudio de este “es un reto para la salud pública, como campo del conocimiento” (2006, pp. 92-93) y precisamente, el abordaje que se propone coincide con la necesidad, que señala la autora, de articularlo con la comprensión de los contextos, la matriz epistemológica y el modelo de desarrollo (Echeverry, 2006).

Por otra parte, el abordaje metodológico que busca comprender el derecho a la salud y la migración desde la pregunta a los migrantes, por ejemplo, sobre las condiciones que pueden afectarlos, permite trascender la mirada de los sujetos migrantes como objetos, de remesas, de riesgo o de intervención y avanzar más allá de la tendencia investigativa enfocada en los aspectos macro y morbicéntricos, precisando que esto no implica desconocer la importancia de los aspectos políticos, sociales y económicos en la migración (OIM, 2011), razón por la que este estudio se pregunta por migrantes en tres países con apuestas diferentes en el modelo de desarrollo, y políticas migratorias y de salud.

Para cerrar, se trata pues de una investigación que aborda sujetos cuyas ciudadanía son “cuestionadas” pero también cuestionantes, con la pregunta desde el derecho a la salud, que permite pensar la salud como un asunto social y político ya no individual y privado.

Además, con un abordaje metodológico que da espacio al sujeto migrante en contraste con la marginalidad a la que algunas veces se le aboca, aportando de este modo nuevas miradas del fenómeno. Aspectos todos que aportan conocimiento que puede contribuir a que, desde la academia como desde instancias nacionales e internacionales, se propongan intervenciones que propendan por el mejoramiento en las condiciones de vida de los migrantes.

2. Objetivos

2.1. General

Comprender la experiencia del derecho a la salud de siete colombianos que emigraron a Estados Unidos, Canadá y Ecuador, en relación con los sistemas de salud y las políticas migratorias de estos países.

2.2. Específicos

1. Reconstruir la experiencia de migración de los participantes en el marco de su salida, tránsito y llegada.
2. Describir las condiciones de vida de los participantes, en relación con diferentes elementos de contexto propios del país de residencia.
3. Caracterizar las condiciones del acceso a la atención en salud de los migrantes en la sociedad de destino.

3. Referente Conceptual

Este acápite presenta los conceptos asumidos para la investigación. Inicialmente, se aborda, la migración como fenómeno a estudiar, seguidamente, se desarrolla el derecho a la salud, como segundo eje de la pregunta de investigación. Se finaliza con el concepto de ciudadanía, desde su relevancia en la discusión sobre los derechos, la salud y la migración.

3.1. Migración

La migración se desarrolla en este apartado desde tres ejes: el primero su conceptualización, que, de acuerdo a la revisión realizada, básicamente se enfoca en establecer criterios para la gestión de los migrantes. El segundo eje corresponde a las perspectivas teóricas sobre las causas de la migración. Y el tercero, a un panorama de las migraciones en la contemporaneidad, a nivel mundial, latinoamericano y colombiano.

3.1.1. Conceptualizaciones sobre la migración.

La definición de migración más aceptada es la de la Organización Internacional para las Migraciones, OIM, según la cual la migración es el “Desplazamiento de una persona o grupo de personas a través de una frontera administrativa o política de una unidad geográfica a otra para asentamiento temporal o permanente” (2006a, p. 7).

Desde esta, autores como Arango, Oso y Giménez plantean conceptualizaciones que, aunque introducen o puntualizan algunos aspectos, en general se orientan a los mismos elementos: que se trata de desplazamientos o cambios de residencia a cierta distancia – significativa–, determinada por el paso de una frontera, y que este movimiento tiene un carácter relativamente permanente o con intención de permanencia (Micolta, 2005). A estas definiciones debe cuestionárseles su base en elementos ambiguos como las distancias significativas, y su referencia, casi exclusiva, a aspectos objetivos de la migración, como distancia o tiempo, en las que se pierde el sujeto que migra (Arango, 1985; Blanco, 2000). Respecto al primer asunto, de acuerdo con Pacheco et al., (1984), ya en la década de los 70's se señalaba que no era el cambio de residencia el criterio para definir la migración, y debían

considerarse también el propósito del viaje, la frecuencia y duración de la estadía, así como las diferencias cualitativas en el orden sociocultural entre el lugar de origen y el de destino.

Por otra parte, Tizón et al., (1993) afirman que la migración como fenómeno sociológico se incluye en el concepto más amplio de movilidad, física o social. Los autores especifican además que generalmente se vincula la migración con la movilidad física, aunque los cambios en otras áreas de la vida del migrante, como en su estatus socioeconómico, corresponderían a la movilidad social. Por lo anterior, plantean que la conceptualización de la migración debe tener en cuenta los aspectos psicológicos y psicosociales desde los que el individuo interactúa con los aspectos objetivos de la experiencia; esto, teniendo en cuenta que hay en la migración un asunto geográfico-material y uno subjetivo-humano. Por tanto, debe considerarse el desplazamiento físico mencionado por las definiciones convencionales, pero también, aquello que sucede en el sujeto; debe pensarse este fenómeno de manera más compleja, desde cómo el individuo subjetiviza la migración, cómo la particulariza desde su historia. Adicionalmente, habría que decir que deben considerarse también las condiciones sociales e históricas de los contextos de migración, como ejemplo, Massey et al., (2009) plantean que los flujos de migración actual están determinados por lazos históricos de hegemonía, y por el desequilibrio estructural de las sociedades periféricas con antecedentes de colonialismo y neocolonialismo, o con diversas formas de dependencia y subordinación económica y política.

Además de la conceptualización, Tizón et al., (1993) han avanzado en la definición de las etapas del proceso migratorio. Desde su propuesta pueden considerarse cuatro etapas, tal como se presenta a continuación:

1. La preparación: en esta el migrante evalúa lo que tiene y lo que espera lograr en el lugar de destino. Emocionalmente puede generar una idealización de la migración y, a la par, emociones por dejar el lugar de origen.
2. Acto migratorio: es el desplazamiento propiamente dicho. Esta etapa puede darse directamente o por fases, en el último caso, las vicisitudes del viaje pueden aumentarse.
3. Asentamiento: se da desde la llegada al país receptor y la resolución de los asuntos relacionados con la subsistencia. Puede resultar en aceptación o no de la convivencia.

4. Integración: se define como la etapa final del proceso migratorio. En esta, idealmente el migrante se siente uno más en la sociedad de acogida, se dice idealmente, pues no siempre el resultado de la convivencia del migrante con la sociedad de acogida es la integración. Adicionalmente, habría que preguntarse si toda migración debe derivar en este “resultado ideal”.

De otro lado, se han propuesto también tipologías de migrantes, estas tipologías se basan en diversas perspectivas: geográfica, política, demográfica, legal o sociológica, así como desde la conjunción de características como razones para migrar, género, estado civil, etc. Desde la clasificación de la duración de la estancia en el lugar de destino, la migración puede ser “temporal” o “permanente”; la primera, cuando el migrante reside en el país de destino de manera transitoria, y la segunda, cuando se establece de forma definitiva o prolongada (Blanco, 2000). Según el grado de libertad, la clasificación es entre migraciones voluntarias y forzadas (Tizón et al., 1993), distinción que es problemática, pues por ejemplo, la migración económica -aparentemente voluntaria- puede deberse a deficiencias en los mercados luego de una crisis. Asimismo, se consideran como tipos de migración, la migración circular, que puede ocurrir en más de una ocasión, y la migración de retorno, en que el migrante vuelve a su lugar de origen.

No obstante, en relación con las tipologías migratorias, es necesario recalcar que la clasificación más evidente en los discursos actuales es la legal (OIM, 2006a), de acuerdo con esta, por una parte, están los migrantes regulares, reconocidos por las autoridades oficiales del Estado de acogida, con posibilidad de asistencia social y médica, e incluso, en ocasiones, el derecho a la participación política. Por otra parte, están los migrantes irregulares, quienes entran o permanecen en el país de acogida sin autorización legal, son asociados a delitos como el terrorismo, el narcotráfico y la trata de personas, y a riesgos de seguridad y violaciones de sus derechos humanos, así como problemas de salud. Algunas veces son llamados ilegales, acepción errónea pues la legalidad e ilegalidad se refiere a situaciones o acciones, no a personas.

En términos generales, sobre estas conceptualizaciones y clasificaciones, habría que decir, en coincidencia con Fielding (como se citó en Arango, 2003), que la migración tal vez es otro concepto caótico que debe contemplarse en su propio contexto histórico y social, y

abordarse desde la integralidad entre la teoría y la investigación empírica. En esa línea, la migración no puede seguirse conceptualizando y legislando tradicionalmente, por la diversidad y heterogeneidad que presentan los movimientos migratorios, y por sus causas y consecuencias en la dinámica de la sociedad contemporánea.

3.1.2. Perspectivas teóricas en el estudio de la migración: ¿por qué emigramos?

En relación con el estudio teórico de la migración, según Massey et al., hay una crisis de paradigma, pues no hay una teoría coherente y única sobre la migración internacional, solo un conjunto de teorías aisladas y segmentadas por fronteras disciplinarias y por contenidos ideológicos, económicos, políticos y culturales (1993). Adicionalmente, habría que decir que son teorías más bien sobre las causas de la migración.

Ahora bien, estas teorías podrían situarse en tres grandes líneas: individuales, estructurales, y de perpetuación de la migración –sistemas-.

En la perspectiva individual están la teoría neoclásica y la de los factores *Push-Pull*. La primera surge en la segunda mitad del siglo XX y es la que ha tenido mayor desarrollo empírico. Es una teoría eminentemente económica y asociada con un modelo de toma de decisiones racional; pues según esta teoría, el migrante busca maximizar las ventajas del proceso desde un análisis costo-beneficio. Desde esta perspectiva, las razones que generan la migración son económicas, por ejemplo, la diferencia salarial entre los países de origen y destino (Gómez, 2010; Micolta, 2005). La segunda teoría es la de los factores *Push-Pull* que propone, básicamente, que hay unos factores (*Push*) que impulsan a abandonar el país y buscar condiciones más ventajosas en otros países, y unos factores (*Pull*) que atraen hacia otros países. De manera que la migración se basaría en una dinámica de expulsión y atracción (Micolta, 2005). A estas teorías de la perspectiva individual se les critica su racionalidad instrumental y, desde esta, su ahistoricidad y desconocimiento de las limitaciones estructurales (Massey et al., 2009).

Por otra parte, están las teorías con perspectiva histórico-estructural, que reciben la influencia del pensamiento neomarxista. Estas, a diferencia de las primeras, tienen su énfasis en aspectos estructurales como la división del trabajo y la desigualdad entre países del centro

y de la periferia (Micolta, 2005). Esta perspectiva incluye la teoría del mercado fragmentado, la teoría del sistema mundial y la teoría marxista de acumulación capitalista.

La teoría del mercado fragmentado atribuye la migración a la demanda de las sociedades avanzadas por migrantes que se inserten en trabajos inestables con baja remuneración y condiciones de trabajo precarias (Micolta, 2005). Por su parte, para la teoría del sistema mundial, la migración es resultado estructural de la expansión del capitalismo, con la penetración de multinacionales en países menos desarrollados económicamente o periféricos (expansión del mercado). Pues estas multinacionales invierten capital, pero se llevan las materias primas, las utilidades y el capital humano con salarios bajos, al país del que son originarias (Micolta, 2005). Finalmente, de acuerdo con la teoría marxista de acumulación capitalista, la migración internacional es un fenómeno de clase que se da porque el trabajo dual debilita a la clase obrera al dividirla en dos substratos: los nacionales y los migrantes, mientras reporta beneficios al sistema capitalista mundial. En esta teoría, la mercancía es la mano de obra de los países en desarrollo (Massey et al., 1993).

A este grupo de teorías se les cuestiona el énfasis en las causas globales, particularmente económicas, de la migración internacional, dejando de lado las causas sociales, culturales y los actores locales, familiares y comunitarios (Blanco, 2000). Además, consideran un migrante pasivo, y prestan poca atención a los procesos sociales que impulsan y reproducen la migración. Justamente, desde lo último, se propone la tercera perspectiva: las teorías sobre la perpetuación de los movimientos migratorios, estas incluyen la teoría de las redes sociales, la teoría institucional, la teoría de la causación acumulativa y la teoría de la acción social. Estas teorías enfatizan en la perdurabilidad de las migraciones, que atribuyen, por una parte, a la perdurabilidad del propio proyecto migratorio, y por otra parte, a que la migración es un proceso dinámico en que pueden irrumpir factores novedosos que cambian las expectativas individuales iniciales (Blanco, 2000).

Aquí está la teoría de las redes sociales que propone la existencia, en el origen y el destino, de redes sociales que se fortalecen y crean capital social en cada evento migratorio, incrementando las probabilidades de emigrar pues reducen los costos y riesgos de la migración (Massey et al., 1994). En una línea similar, la teoría institucional, destaca el apoyo de las instituciones que trabajan en pos de mejorar las condiciones de los migrantes;

entendiendo las instituciones como capital social. Por su parte, la teoría de la causación acumulativa, sostiene que el capital social se acumula con el tiempo para perpetuar la migración (Arango, 2000), de manera que esta sería un fenómeno con dinámica propia que se perpetua a sí mismo, en tanto modifica la realidad y aumenta los desplazamientos subsiguientes (Micolta, 2005). Finalmente, según la teoría de la acción social, la migración toma cuerpo en las acciones sociales, individuales y colectivas, se trataría de un proceso construido socialmente, generado por diversas acciones subjetivas en un marco de intencionalidad (Pérez, 2010). En esta vía, la migración se organiza desde interacciones de los actores, migrantes o no, y se extiende, haciéndose masiva. De acuerdo con Pérez, la migración como acción social permite pensar a los migrantes en un escenario de la vida cotidiana, en su interacción y comunicación con otros (2010).

Para finalizar, respecto a las perspectivas presentadas, es importante señalar que si bien proponen mecanismos causales en varios niveles de agregación, no son contradictorias entre sí. De manera que los procesos causales relevantes para la migración internacional pueden operar en múltiples niveles simultáneamente (Massey et al., 1993), esto es, la migración puede obedecer, por ejemplo, a causas estructurales que se conjugan con situaciones personales o familiares. Precisamente, desde esta consideración, para la presente investigación se propone como referente la conjunción de estas perspectivas, esto, con el fin de que puedan comprenderse los relatos de los migrantes en sus causas estructurales, individuales, o de perpetuación de la migración.

3.1.3. Panorama de las migraciones contemporáneas.

La migración internacional ha influido en la conformación y estructuración de los pueblos, y ha sido una constante a lo largo de la historia humana, pues la humanidad ha emigrado permanentemente en busca de condiciones más propicias para su vida. Evidencia de esto es la composición étnica de regiones como América, África y Asia Meridional (Alonso, 2004). Así pues, la migración no es un fenómeno nuevo pero ha cobrado relevancia en la actualidad, debido a que se ha generalizado con un aumento en el número de países con sociedades mestizas y en proceso de cambio social, así como por los avances en comunicaciones y transporte, y la globalización económica (Atienza, 2007).

Justamente en relación con esto, de acuerdo con Alonso (2004), las más fuertes corrientes migratorias se han dado en los dos periodos globalizadores, pues estos generaron profundas desigualdades inter e intra países, y exclusión de miembros de la población (Atienza, 2007). Estos dos periodos son: de 1820 a 1910, y desde 1950 hasta hoy. En ambos se dio una reducción de aranceles y costos de transporte, y aumento de los movimientos de capitales. No obstante, se diferencian en la rapidez en el desarrollo y la profundidad de la transformación (Alonso, 2004):

En la primera etapa, de 1820 a 1910, se presenta una apertura económica a las transacciones internacionales, menos obstáculos al comercio, y regulaciones migratorias liberales que incluían políticas de fomento demográfico. En esta etapa, la migración se dirige de regiones deprimidas del mundo industrializado a países menos industrializados como los de América Latina; y a diferencia de las migraciones actuales, en estas se dio una proximidad cultural, sociológica y étnica entre los migrantes y los pobladores originarios (Alonso, 2004).

La segunda etapa, de 1950 a la actualidad, se da tras la Segunda Guerra Mundial, con un nuevo proceso de integración internacional, intensificación del comercio y avances en las comunicaciones. En este periodo las migraciones son de trabajadores de la Europa periférica hacia la Europa Central, así como migraciones hacia América del Norte que llevaron a que países como Estados Unidos se construyeran desde las colonias de migrantes (Alonso, 2004).

En la última etapa, Atienza (2007) sitúa, luego de 1990, una segunda fase en que se da una migración multicausal, con avances en comunicaciones y transporte que facilitan conexiones económicas y humanas; además de nuevas dinámicas en el mercado de trabajo, ritmo de crecimiento poblacional opuesto en norte y sur; y una brecha entre la renta del mundo en desarrollo y los países ricos. Así como políticas migratorias más restrictivas, mayores tensiones en las fronteras y rechazo frente a la diversidad cultural de las migraciones. También, se presenta diversificación de las rutas de migración, nuevos fenómenos como las familias transnacionales, la organización de los migrantes como sujeto social emergente y el aumento de sociedades en que coexisten culturas, etnias y tradiciones espirituales diversas. Al respecto, Castles y Miller (2004), afirman que la migración actual es globalizada, acelerada y con diversidad en la población migrante, aunque hay una tendencia a la feminización y politización de la migración en los países.

3.1.4. Migración en el mundo.

Actualmente, el patrón migratorio más importante es el que va de los países del sur a los del norte² (OIM, 2013a), en que el destino principal es Estados Unidos (Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas [SICREMI], 2015), y se ha observado que la restricción de políticas migratorias en este patrón puede aumentar las corrientes irregulares en este así como en los desplazamientos en el patrón sur-sur (OIM, 2013a). En relación a quiénes emigran, la mayoría son hombres, excepto en la migración norte-norte en que la mayoría son mujeres. Respecto a la edad, los migrantes del sur son más jóvenes que los migrantes del norte, particularmente, con población en edad de trabajar, especialmente entre 25 y 44 años (OIM, 2012), predominantemente trabajadores calificados y con un nivel más alto de escolaridad.

En Latinoamérica en el siglo XX, se presenta más emigración que inmigración, particularmente hacia países desarrollados, con una tendencia al incremento desde el año 2000, debido a coyunturas como las crisis políticas y económicas. En relación con sus patrones migratorios, la región muestra dos tendencias: intrarregional, mayormente entre fronteras de países, consolidada en los últimos años como resultado de procesos regionales como MERCOSUR. La segunda tendencia es hacia países desarrollados, principalmente Estados Unidos, pero también a países como España, Italia y Francia principalmente para emigrantes de Ecuador, Colombia y Perú (OIM, 2012). En cuanto a los retos para la región están los cambios en los patrones migratorios que requieren nuevas respuestas normativas, y la trata de personas y tráfico ilegal de migrantes, para el cual Latinoamérica se ha constituido en un corredor para llegar a Estados Unidos (OIM, 2011, 2012).

Por otra parte, en los debates actuales en relación con la migración está la búsqueda de un modelo mundial de gobernanza internacional sobre esta, que no desconozca la soberanía de cada país. Como retos puntuales está la feminización que hizo que, en 1995, se creara la coordinación de las cuestiones de género, desde el reconocimiento de las diferentes

² La clasificación de los países en norte o sur la propone el Banco Mundial, luego de la guerra fría, en una división de acuerdo a nivel de desarrollo e ingresos. Aquellos países con un INB per cápita de 12.276 dólares o más se denominaron del norte y aquellos por debajo, del sur; así los países del norte, son los países desarrollados, y los países del sur, subdesarrollados o en vía de desarrollo (OIM, 2012).

necesidades entre hombres y mujeres migrantes. Se resalta además la importancia de pensar la vinculación de la migración con el cambio ambiental y, particularmente, se destaca la relación entre migración y desarrollo.

Los retos y desafíos que genera la migración, llevaron a que, en el 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocara su primer Diálogo de Alto Nivel sobre la Migración Internacional, desde el que se propuso que se dieran reuniones anuales para debatir sobre este tema con la creación del Foro mundial sobre la migración y el desarrollo (FMMD) como proceso consultivo, particularmente, para explorar los múltiples vínculos entre la migración y el desarrollo. En el 2013, se realizó el segundo Diálogo de alto nivel sobre la migración internacional y el desarrollo (OIM, 2013a) y en 2019, se realizó un tercero cuyo foco fue la juventud (ONU, 2019).

Las acciones anteriores han sido lideradas por la Organización Internacional para las Migraciones que, como parte de la Organización de Naciones Unidas, se encarga del trabajo a nivel mundial con los migrantes. Esta instancia fue creada luego de la Segunda Guerra Mundial como el Comité Intergubernamental Provisional para los Movimientos de Migrantes desde Europa, en Bruselas (Bélgica) en 1951. El propósito de esta Organización era que el movimiento de las personas desplazadas en Europa se diera ordenadamente, desde la suposición de que estas personas eran población excedentaria y podían generar inestabilidad pues eran susceptibles a la influencia de la propaganda comunista (OIM, 2011).

Desde los 80's, la OIM evolucionó a un enfoque holístico de la gestión de la migración, con un crecimiento de sus programas en un enfoque estratégico y un mayor alcance e importancia política a nivel mundial. Actualmente, su misión es "Fomentar la gestión humana y ordenada de la migración y el respeto efectivo de los derechos humanos de los migrantes, de conformidad con el derecho internacional" (OIM, 2007), tanto en situaciones de emergencia como de otra índole. En relación con la salud, esta organización inicialmente se encargaba de servicios de salud limitados a exámenes médicos antes de la partida, tratamiento y vacunas y buen estado de salud en el viaje. Pero ahora, asume casi todos los aspectos de salud de los migrantes, con una división de migración y salud para promover la salud del migrante, prestación de servicios y estrategias de gestión de la

migración y salud, así como asesoría a los países en el desarrollo de políticas de protección de la salud de los migrantes (OIM, 2011).

3.1.5. Colombia: país expulsor.

Colombia es un país expulsor. Como se señaló en el planteamiento del problema, era a 2012 el país con mayor número de emigrantes de América del Sur (OIM, 2013b). Además, el país se incluye en el principal corredor migratorio y de remesas monetarias en esta zona (OIM, 2012). En general, el flujo de población colombiana hacia el exterior ha crecido de forma sostenida desde mediados del siglo XX, y quienes emigran son mayoritariamente población joven y en edad económicamente activa, con un predominio femenino debido a la demanda del mercado laboral (DANE, 2008).

Durante el siglo XX se dieron tres oleadas de emigración en el país. La primera, en la década de los sesenta, hacia Estados Unidos, Venezuela, Ecuador y Panamá. En esta, particularmente, emigraron a Estados Unidos profesionales, médicos e ingenieros (Mejía, 2012), lo que llevó a que en 1970 se estableciera un programa de repatriación de cerebros fugados. Aunque esta oleada finalizó en 1975, se vio seguida, en la década de los ochenta, por una segunda oleada de emigración ligada al tráfico ilícito de drogas, con colombianos que se instalaban en otros países para establecer redes de tráfico de drogas. Esta oleada finalizó en la década de los 90, debido en parte al requerimiento de visa para los colombianos en varios países. Luego de esta, se creó, en 1995, el programa Colombia para todos y el programa para las comunidades colombianas en el exterior.

La tercera oleada se da luego del terremoto del eje cafetero en 1999, es la más grande de las tres; en esta, emigraron personas con nivel de escolaridad más alto y se evidencia la feminización de los flujos migratorios, la última, particularmente hacia España. El final de esta oleada coincide con el inicio del programa de seguridad democrática en el país, pero también con sucesos mundiales como el once de septiembre que generó recelo general contra los inmigrantes en el mundo (Mejía, 2012).

Actualmente, se hacen acuerdos para la eliminación de visa para los colombianos, lo que se ha logrado, hasta el momento, con la visa Schengen para países de Europa. Por otra parte, el país es actualmente, uno de los principales países de recepción de población

venezolana, adicionalmente, es un lugar de tránsito de migrantes irregulares –sobre todo cubanos y africanos- con destino a Estados Unidos, a través del corredor Brasil, Paraguay, Ecuador, Pasto, Turbo desde allí al golfo de Urabá y Panamá.

Para la gestión de la migración en el país, en 2005, se creó el programa Colombia Nos Une, que tiene entre sus ejes de trabajo el plan comunidad, dirigido a fortalecer los vínculos con colombianos en el exterior, a través de servicios y beneficios para mejorar la calidad de vida de los colombianos emigrantes (OIM, 2013b). Entre los programas se encuentra “Colombiano Seguro en el Exterior” que permite a los colombianos en el extranjero participar del sistema de pensiones, así como el ahorro voluntario para los colombianos en el exterior cuyos fondos pueden ser usados para educación y vivienda en Colombia (OIM, 2013b).

En términos legislativos, el país cuenta con la Ley 1465 de 2011 que crea el sistema Nacional de Migraciones con el fin de mejorar las condiciones de vida de los colombianos emigrantes; entre los principios de este sistema se incluyen el respeto integral por los derechos humanos de los migrantes y sus familias. Esta Ley complementa la política integral migratoria (PIM) descrita en el documento CONPES 3603 de 2009. Adicionalmente, el país ha ratificado acuerdos internacionales como la Convención de Viena sobre relaciones consulares, la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, la Convención sobre el Estatuto de los Apátridas de 1954 y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familias de 1990 con la Ley 146 de 1994, entre otros (OIM, 2013b). Ahora bien, a pesar de estas legislaciones, como se evidencia en el párrafo anterior, los programas de Colombia Nos Une, están más orientados a la inversión de los ingresos de los colombianos emigrantes que a la protección de sus derechos.

3.2. Derecho a La Salud

El apartado a continuación desarrolla la base conceptual para el derecho a la salud: se inicia con el debate acerca de la asimetría entre derechos civiles y políticos y derechos económicos, sociales y culturales. Desde allí, se aborda la fundamentación de la salud como derecho humano fundamental –postura que se asume para este trabajo de investigación-. A continuación se presenta la Observación General Número 14, que establece el derecho al

disfrute del más alto nivel posible de salud (ONU, 2000). Se cierra el apartado con el abordaje del derecho a la salud en relación con la salud pública.

3.2.1. Derechos económicos, sociales y culturales: ¿segunda generación?

Los derechos económicos, sociales y culturales³ se han denominado de segunda generación, debido a que en la línea histórica se dieron luego de los derechos civiles y los políticos. Los primeros, basados en el principio de igualdad ante la ley y orientados a la libertad física, de pensamiento, etc., se constituyeron en el siglo XVIII. Los segundos, los políticos, que establecen la posibilidad de participación política de todos los individuos, tuvieron lugar en el siglo XIX (Bustelo y Menunjin como se citó en Echeverry, 2006). Por su parte, los terceros, llamados Derechos económicos, sociales y culturales, DESC, se establecieron en el siglo XIX, desde la demanda de los ciudadanos por proteger el acceso al trabajo, vivienda, educación, etc. (Castro-Buitrago et al., 2007).

El derecho a la salud se encuentra incluido en los DESC, no obstante, de acuerdo con Montiel (2004), inicialmente los organismos internacionales lo limitaban a curar la enfermedad apoyados en la beneficencia pública. Con el tiempo, dicha perspectiva se ha ampliado e incluido un mayor compromiso y obligaciones, positivas y negativas, por parte de los Estados.

Ahora bien, denominar los DESC como de segunda generación no es una cuestión solo de lenguaje; tal como señala Echeverry (2006), uno de los puntos álgidos en relación con el derecho a la salud, es la asimetría entre los derechos civiles y políticos y los DESC. Dicha asimetría se basa, de acuerdo con la autora, en la tensión estructural entre libertad e igualdad. Como ejemplo de esta asimetría, los DESC no gozan de la misma protección jurídica que los derechos civiles y políticos (Nicoletti, 2008).

Esta asimetría se relaciona con que los DESC más que derechos se consideran recomendaciones o programas que los gobiernos deben asumir en tanto puedan hacerlo (Carbonell, 2005). Y exigen, para su ejercicio, que el Estado proporcione los medios para un

³ En adelante DESC.

nivel de vida adecuado (Nicoletti, 2008), asunto que encuentra renuencia por parte de los países, especialmente cuando son pobres, y que además, va más allá de las voluntades estatales y se enfrenta a un contexto de globalización económica. Razones que mantienen esta asimetría, a pesar de que ya en 1968, la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán proclamara la indivisibilidad de los Derechos Humanos, ya que la plena realización de los Derechos civiles y políticos requieren el goce de los Derechos económicos, sociales y culturales (Nicoletti, 2008).

3.2.2. La salud como derecho: Fundamentación.

Ahora bien, en la misma vía de la asimetría señalada y de la renuencia para la realización de los DESC, se encuentran posiciones divergentes en relación a la salud como derecho: la reforma a la salud como expresión de la globalización económica y el enfoque de derechos humanos (Echeverry, 2006).

Desde la reforma, se propone la salud como un servicio sujeto al mercado. Esta posición refleja el modelo de desarrollo orientado a la acumulación de capital, con mínima responsabilidad del Estado en el bienestar social (Echeverry, 2006). En esta perspectiva prima la rentabilidad y prevalece el lucro ante el derecho fundamental (Gañán, 2014). Lo anterior, en tanto esta postura está íntimamente relacionada con los modelos de desarrollo que buscan imponerse, y estos a su vez, con perspectivas de justicia social, que son entonces también base para la fundamentación de las perspectivas del derecho a la salud.

Dicho esto, la consideración de la salud como un servicio responde a la teoría liberal radical de justicia, cuyas raíces filosóficas se encuentran en John Locke, Robert Nozick, Milton Friedman, Friedrich Hayek, entre otros, y en relación con la justicia sociosanitaria son representadas por autores como Hugo Tristram Engelhardt y Richard Epstein. Como teoría de justicia social, esta perspectiva propone como derechos naturales la vida, la libertad y la propiedad (Cortés, 2001). Asimismo, postula la necesidad de un Estado mínimo que se limite a las funciones de protección contra la violencia, el robo y el fraude (Nozick, 1988), es por esto que se opone a considerar la salud como un derecho pues esto implicaría la intromisión del Estado en la libertad individual, y “violaría el derecho de las personas de no ser obligado a hacer ciertas cosas” (Nozick, 1988, p. 7). Esta perspectiva se centra en el valor

de la libertad y la individualidad, desde lo cual se desliga, tal como se presentó, la salud como un bien privado del cual cada individuo es responsable, y como tal, corresponde al ámbito del mercado no del derecho (Montiel, 2004).

De aquí, se derivan las reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica desde las décadas de los 80's y 90's, de las cuales se generaron sistemas de salud basados en el aseguramiento privado y voluntario (Echeverry, 2006). Es de anotar que dichas reformas se justificaron en la suposición de la ineficiencia e incapacidad económica de los Estados para garantizar la salud. Así como la asunción de que la salud como derecho atenta contra la propiedad privada por las cargas impositivas que se exigen para cubrir sus costos (Montiel, 2004).

Ahora bien, a pesar de que esta perspectiva se relaciona con las reformas neoliberales a los sistemas de salud, puede relacionarse también -con algunas consideraciones- con la teoría utilitarista de la justicia social, propuesta principalmente por John Stuart Mill y Jeremy Bentham; lo anterior, en tanto según esta teoría, el ideal de justicia es el principio de utilidad máxima, es decir, el bien para el mayor número de personas, con los menores recursos posibles (Mill, 1994). En esta medida, la salud podría ser un derecho solo si beneficiara al mayor número de personas (Montiel, 2004), principio que se ha usado para justificar la baja calidad de los servicios de salud en pos de la cobertura, sacrificando la calidad y la equidad en aras de la máxima utilidad. Así pues, en términos concretos, esta vía de fundamentación se materializa en sistemas de salud que pretenden alcanzar el máximo nivel de cobertura basados en el aseguramiento, supuestamente universal, con financiación primordialmente privada e individual (Gañán, 2014). En estos, el papel del Estado se limita a las acciones de salud pública focalizadas, lo último, justamente, en respuesta al principio utilitarista (Echeverry, 2006).

La segunda vía de fundamentación la constituye la salud considerada un derecho humano fundamental, de carácter universal (Echeverry, 2006). Esta vía se vincula con la postura que asume el ejercicio de los DESC como condición para la realización de los derechos civiles y políticos.

La salud como derecho humano fundamental contempla las siguientes características:

- Universalidad: pueden acceder a él todos los seres humanos en cualquier circunstancia solo por su condición humana; por tanto, no debe estar sujeto a restricciones económicas (Echeverry, 2006).
- Indivisibilidad e interdependencia: está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y es indispensable a su vez para el ejercicio de los demás derechos (ONU, 2000).
- Irrenunciabilidad: es inalienable, de manera tal que no puede renunciarse a él (Echeverry, 2006), tampoco puede ser limitado por otros.
- Absoluto: debe tener fuerza vinculante, es decir, contar con garantías constitucionales y legales para su exigibilidad por parte de la población (Gañán, 2014).
- Progresividad e irreversibilidad: la progresividad implica la obligación de los Estados de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho (ONU, 2000). Por su parte, la irreversibilidad –no regresividad-, exige que no puede retrocederse en los logros alcanzados (Echeverry, 2006).

La consideración del derecho a la salud como un derecho fundamental ha sido planteada por varios instrumentos internacionales, como la Declaración de Derechos Humanos, de 1948, que en su artículo 25, establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, a sí mismo y a su familia, la salud, como derecho indivisible (Asamblea general de las Naciones Unidas, 1948), y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966, contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud, en que explicita que la salud es un derecho cuyo alcance trasciende la atención en salud (ONU, 2000).

Adicional a estos instrumentos se encuentran referencias en relación con el derecho a la salud en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 1979; la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC), 1989; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD), 1963; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ICRPD), 2006; y en particular, en relación con los migrantes, en la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (ICRMW), 1990.

Respecto a los instrumentos presentados, cabe aclarar, que pese a que son diversos y constantes, de acuerdo con Echeverry (2006), hay una debilidad en la justiciabilidad del derecho a la salud. Como ejemplo, aunque se cuenta con el PIDESC como principal herramienta del derecho internacional, en este es explícito que cada Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas (ONU, 2000). Adicionalmente, este pacto no es vinculante, y no cuenta con mecanismos por los cuales puedan presentarse denuncias por violaciones a los derechos (Echeverry, 2006).

En términos de los modelos de desarrollo esta visión corresponde a un Estado social de derecho (Echeverry, 2006), y se concreta en sistemas nacionales o sistemas únicos de Salud, basados en la universalidad, cuya financiación es, primordialmente, responsabilidad del Estado (Gañán, 2014).

Ahora bien, desde las consideraciones de justicia social, esta postura acerca del derecho a la salud como derecho fundamental se vincula con las teorías que, a diferencia de la teoría liberal radical, proponen la redistribución de los recursos. En estas se cuentan las teorías igualitaristas, el enfoque de capacidades y de la política del reconocimiento.

Las teorías igualitaristas devienen de la tradición filosófica de John Rawls, quien propone como exigencia de justicia la distribución igualitaria de los bienes primarios; entendidos estos como las cosas que se presume que todo ser racional quiere tener y que pueden contribuir a la realización de sus fines. Sobre la justicia, afirma además que las desigualdades moralmente arbitrarias deben ser mitigadas, y la injusticia solo es tolerable si evita una injusticia mayor. Para este autor, la salud es un bien natural y como tal, no está bajo el control de la estructura básica de la sociedad que distribuye los bienes primarios (Rawls, 2006 [1971]). La postura de Rawls se concreta, para la justicia sanitaria, en Daniels (2001), quien propone los bienes primarios como determinantes de la salud y asistencia sanitaria, y afirma que la enfermedad restringe las oportunidades de los individuos, impidiéndoles participar plenamente en la vida económica, social y política de sus sociedades.

Por su parte, Amartya Sen (2003 [1992]) y Martha Nussbaum (2007 [2006]) postulan el enfoque de capacidades, una visión centrada más en los sujetos que en los bienes. Para su propuesta parten de cuestionamientos a los postulados Rawlsianos, Sen (2003 [1992]) afirma

que la igualdad en los bienes primarios no es suficiente, pues no garantiza las mismas posibilidades y oportunidades para que las personas los usen en la construcción de su proyecto de vida. Por su parte, Nussbaum (2007 [2006]) plantea que los bienes primarios, propuestos por Rawls, omiten elementos importantes como la vida, la salud o la integridad física; de hecho la misma autora propone la salud como una de las capacidades y condición de la justicia social, pues la enfermedad sitúa a las personas en una condición de dependencia asimétrica.

De otro lado, se encuentra a Benhabib (2006 [1992]) quien plantea que es necesario considerar, más allá de la redistribución, el reconocimiento del otro. En esta orientación coincide con autoras como Nancy Fraser (2000, 2008), que afirma que la distribución de los recursos no puede desvincularse del reconocimiento de la existencia del otro. Es de precisar que no se trata de abandonar la redistribución, sino de situarla en relación con el reconocimiento. Al respecto, Fraser (2000, 2001, 2008) postula que se requiere de un concepto bidimensional de la justicia que contemple la redistribución y el reconocimiento, pues ambas son necesarias para reparar la injusticia; se precisa de transformación económica acompañada de transformación cultural, en tanto las formas de desigualdad socioeconómica y de falta de respeto cultural se imbrican e interactúan entre sí.

3.2.3. Observación General Número 14.

Tal como se señaló en el inicio del apartado, para esta investigación se asume la salud como un derecho humano fundamental; en esta vía, se aborda a continuación la Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, órgano de las Naciones Unidas que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La Observación General Número 14 se refiere al derecho a la salud, y en ella se expresa puntualmente que: “Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (ONU, 2000, p. 1). La referencia al más alto nivel posible de salud, implica que se considere la salud de un modo amplio, no reducido a su dimensión prestacional, de manera tal que involucra, según la observación, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar este nivel de salud; incluye condiciones

biológicas y socioeconómicas de las personas así como los recursos y alcance con que cuenta el Estado (ONU, 2000, p. 2).

Desde esta propuesta incluye derechos y libertades. Los derechos se derivan de la obligación del Estado con proporcionar servicios de salud adecuados, como un sistema de protección (prevención, tratamiento y control de enfermedades en igualdad de condiciones para todos), información, educación en salud y acceso a medicamentos esenciales. Por su parte, las libertades se refieren a la posibilidad de los sujetos de controlar su salud y su cuerpo, y no padecer injerencias, por ejemplo, no ser sometidos a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales (ONU, 2000).

En relación con lo anterior, de acuerdo con Echeverry (2006), el PIDESC define un contenido mínimo esencial CME para el derecho a la salud, así como los factores determinantes básicos de este. Ambos, con el objetivo de dar un referente normativo para la legislación interna en los Estados Parte e incorporar en el contenido del derecho la compleja relación entre salud y calidad de vida, al definir los determinantes.

- Contenido mínimo esencial: incluye el acceso universal a bienes y servicios de salud, medicamentos esenciales, asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa. Así como un plan nacional de salud pública, la provisión de seguros y servicios de salud a quienes no tienen recursos, educación en salud y cooperación internacional. Como núcleo esencial es de efecto inmediato e independiente de los recursos económicos (Echeverry, 2006).

- Factores determinantes básicos de la salud: la Observación General Número 14 incluye en estos la “alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano” (ONU, 2000, p. 2), así como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Asimismo, hace referencia a que una definición más amplia de la salud incluye inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o la participación de la población en la toma de decisiones en salud.

Así, en términos generales, en el contenido, es claro que se trata de un derecho que contempla tanto la atención en salud oportuna y apropiada, como los factores determinantes de la salud. Contenido para el cual, la Observación plantea que los Estados Parte deben

asegurar que los establecimientos, bienes y servicios de salud cuenten con los siguientes elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad (no discriminación, accesibilidad física, económica y a la información), aceptabilidad y calidad. Además, establece como obligaciones para los Estados Parte en relación con el derecho a la salud: respetar, proteger y cumplir (ONU, 2000). El respeto con la no injerencia en el disfrute al derecho, por ejemplo, en relación con el tema de la investigación, no denegar el acceso a un establecimiento de salud por motivos de discriminación. La protección, implica que los Estados impidan que terceros interfieran con las garantías previstas para el derecho. Y el cumplimiento, exige la adopción de medidas positivas (legislativas, administrativas, etc.) para el ejercicio del derecho. Al respecto, cabe aclarar que aunque la observación hace referencia a las obligaciones de los Estados, no se limita a ellos, pues si bien los Estados deben rendir cuentas, todos los integrantes de la sociedad son responsables de la realización del derecho a la salud (ONU, 2000).

Para cerrar, en relación con el tema de investigación, es importante señalar que las obligaciones de los Estados Parte incluyen la cooperación internacional para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud (ONU, 2000).

3.2.4. Derecho a la salud y salud pública

Para finalizar este referente sobre el derecho a la salud es importante considerar que este es un tema de gran pertinencia para la salud pública, tal como señala Echeverry (2006). La importancia del tema puede comprenderse, en tanto, como se presentó, el derecho a la salud es una vía para mejorar la salud de la población y, es justamente, la población, el nivel específico de análisis de la salud pública (Frenk, 1991). Adicionalmente, debe reiterarse que el derecho a la salud permite pensar la salud de la población más allá de una concepción individualista y enfocada en la ausencia de enfermedad, pues, como se ha mencionado, se basa en una concepción de salud que contempla aspectos sociales y políticos.

Desde las observaciones anteriores, puede considerarse que la perspectiva de análisis del derecho a la salud en el contexto de la salud pública se corresponde con una visión alternativa de esta. Es este sentido, la presente investigación asume como perspectiva la salud

pública alternativa, particularmente desde la propuesta de Edmundo Granda (2009), para quien el eje de una nueva salud pública es la concepción de salud como vida.

Considerando lo anterior, es necesario anotar que la salud pública alternativa surge como una propuesta ante las limitaciones de la salud pública tradicional. Dichas limitaciones incluyen que es una disciplina tradicional que ha estado atada al Estado (Franco-Giraldo, 2019), se centra en este para garantizar servicios de salud enfocados a la curación, y se queda corta para abordar asuntos que se derivan de lo social como el neoliberalismo (Valencia, 2011). Adicionalmente, se basa en una racionalidad positivista y su presupuesto filosófico-teórico parte de la enfermedad y la muerte para explicar la salud, de manera que su objeto no es la salud sino la enfermedad, es en tal lógica que Granda (2009) afirma que más que salud pública, se trata de una enfermología pública.

Frente a tales limitaciones, la propuesta de la salud pública alternativa, particularmente latinoamericana, se compromete ya no solo con las enfermedades de los sujetos y poblaciones, sino que analiza la salud en relación con el entramado social, de manera que reconoce la necesidad de la contextualización social e histórica de los problemas de salud (Valencia, 2011). Por ejemplo, con el estudio de las condiciones que producen las desigualdades que derivan en enfermedad y muerte, como ilustración de estas condiciones están las relaciones de producción y los contextos políticos.

Es en sentido, que se propone aquí que el abordaje del derecho a la salud concebido de manera integral se vincula con la perspectiva de la salud pública alternativa. Además, en tanto para Granda (2009) la salud pública alternativa debe enfocarse en la vida y retomar, en sus abordajes, al sujeto –no independiente de lo social-, dicha propuesta es muy pertinente para un tema, como el de esta investigación, cuyo estudio se ha centrado en lo macrosocial.

3.3. Ciudadanía y Migración

En la presente investigación se trabaja el tema de la ciudadanía desde cuatro líneas. Para iniciar, se desarrolla el tema de la ciudadanía en el marco del Estado-nación. Desde esta consideración, se aborda una segunda línea sobre la migración como reto para la ciudadanía. Seguidamente, se elabora el referente de la ciudadanía más allá del Estado, y se cierra el referente con la presentación de las dimensiones en la configuración de la ciudadanía.

3.3.1. La ciudadanía en el marco del Estado-nación

De acuerdo con Sassen (2003), la ciudadanía se define estrictamente como la relación legal entre el individuo y el ordenamiento político, basada en las condiciones concretas en que un Estado reconoce a uno de sus miembros como ciudadano. Como condición legal se define en términos de la membresía de un individuo a una comunidad política circunscrita a un Estado-Nación (Benhabib, 2005), y resulta en un sujeto titular de derechos en igualdad de condiciones y la base formal de los derechos y responsabilidades de este sujeto en relación con el Estado.

Por su parte, Marshall y Bottomore (1998) proponen una visión tradicional de la ciudadanía, una perspectiva evolucionista que se caracteriza por la ampliación de los derechos así como de los sujetos a quienes se les atribuyen. Para estos autores inicialmente se dan los derechos civiles que garantizan la libertad, luego, los derechos políticos referidos a la participación en las decisiones democráticas, y finalmente, los derechos sociales enfocados al bienestar del ciudadano (Delgado, 2012; Naranjo, 2016). Esta idea de ciudadanía se basa en la igualdad de todos los individuos independientemente de su clase social (Marshall y Bottomore, 1998; Sassen, 2003). Dicha igualdad también ha evolucionado a lo largo de los siglos: en el siglo XVIII, igualdad jurídica desde la libertad; en el siglo XIX, igualdad política en la participación; y en el siglo XX, igualdad social desde el Estado de bienestar. Es de anotar que la igualdad social es central para Marshall en la plena expresión de la ciudadanía (Contreras, 2001).

Ahora bien, a Marshall y Bottomore (1998) se les critica cuatro aspectos de su análisis histórico: 1. El evolucionismo que contempla la ampliación de derechos pero no considera el papel de las luchas sociales en esta. 2. El etnocentrismo, más precisamente, anglocentrismo, que obvia que esta evolución no se dio de la misma manera en todos los países, ni contempla los derechos religiosos y culturales necesarios para la emancipación de clase. 3. Su visión patriarcal, que no toma en cuenta el reconocimiento desigual de los derechos de hombres y mujeres. 4. Su ideal de un sujeto homogéneo y una sociedad basada en un territorio determinado por un Estado-Nación soberano, aspectos que no operan de la misma manera hoy (Barbero, 2010).

Desde este enfoque tradicional-liberal, la ciudadanía es intencionalmente igualitaria y universalista (incluyente) pero en esa vía, también es restrictiva (excluyente) debido a que no reconoce la diferencia. Así, aunque la igualdad es central en la institución moderna de la ciudadanía, no ha sido garantizada en lo real; es la posición de los distintos grupos dentro del Estado-Nación la que configura de modo central este estatuto real, por ejemplo, por motivos como la raza, además, la falta de bases materiales, como los recursos económicos, excluye grandes sectores de la población (Delgado, 2012). Dichas situaciones son agravadas por la orientación económica del Estado que reduce las inclusiones formales de otros sujetos o derechos (Sassen, 2003).

De otro lado, debe considerarse que, teóricamente, se ha asumido la conexión entre ciudadanía y Estado-Nación, relación que toma su forma de acuerdo al ordenamiento político y las directrices de formación del Estado. En este contexto, la ciudadanía occidental se ha formado institucionalizada y formalizada, con la nacionalidad como un componente clave. Ambas, ciudadanía y nacionalidad, se han vinculado con el Estado-Nación, al ser condiciones legales de un individuo desde su pertenencia a un Estado: la ciudadanía, en la dimensión nacional, y la nacionalidad, en una dimensión internacional en el contexto de un sistema interestatal (Sassen, 2003).

En este sentido, los cambios en la ciudadanía implican cambios en su relación con la nacionalidad; según Sassen (2003) la nacionalidad ha pasado de ligarse a la fidelidad a un Estado a ser más un estatuto efectivo, debido a que esa fidelidad se debía al papel de los Estados como garantes del bienestar de la población, y hoy, por la competitividad en el contexto de la globalización, la orientación es hacia la restricción de los derechos de la ciudadanía.

Ahora bien, de acuerdo con Sassen (2003), actualmente la relación Estado-Nación, nacionalidad y ciudadanía debe pensarse desde dos aspectos:

1. Cambios en la posición y características institucionales de los Estados-Nación debido a la globalización que los ha llevado a ser más un facilitador de los agentes del mercado, con una crisis del Estado de bienestar y la mercantilización y restricción de los derechos sociales (Contreras, 2001). Adicionalmente, este proceso

ha derivado en que las reivindicaciones se dirijan más allá del Estado a instancias supranacionales.

2. Aparición de múltiples actores, grupos y comunidades fortalecidos, en parte, por la transformaciones del Estado, pero que no se identifican con este.

3.3.2. Migración: reto para la ciudadanía

En el contexto de la migración, la ciudadanía ha generado exclusión para poblaciones que, como los migrantes, no cuentan con un claro vínculo con los territorios que habitan. Esto debido a la ciudadanización de los derechos por la que se han ligado los derechos civiles, políticos y sociales a un modelo concreto de ciudadanía, la nacional (Barbero, 2010). Esta ciudadanización derivó en el establecimiento de diferentes tipos de ciudadanía en una especie de estratificación por status: desde ciudadanos plenos a semi-ciudadanos con derecho a residencia, refugiados e inmigrantes ilegales (Ferrajoli, 1998, p. 176 como se citó en Barbero, 2010); en el mismo sentido, afirma Balibar (2006, como se citó en Barbero, 2010) que la categoría de extranjero ya no es homogénea pues algunos no son considerados extraños y son asimilados, mientras otros, más extranjeros, son disimilados, extraños absolutos llevados incluso a considerarse enemigos. Así, aun cuando hay una condición de ciudadanía legal, hay una jerarquización de ciudadanía (Sassen, 2003).

La evidencia de la relación entre la ciudadanía desde la garantía de derechos y los Estados-Nación, y su límite, si pudiera nombrarse así, se hizo presente como señala Arendt (1998) con los apátridas, pues ellos, al perder su nación, la protección de su gobierno, perdieron la posibilidad de que cualquier comunidad garantizara sus Derechos Humanos, a pesar de que estos se suponían inalienables. De manera que la pérdida de los derechos nacionales implicó la pérdida de sus Derechos Humanos, y su restauración debía pasar necesariamente por la restauración o establecimiento de los derechos nacionales.

Lo anterior, es señalado también por Barbero (2010), al decir que los Derechos Humanos surgieron con dos límites en el plano real: el subjetivo y el territorial; subjetivo porque se reducían a un sector social concreto, el propietario burgués, y territorial, pues estaban basados en el binomio ciudadano-nacional, con una identidad nacional inseparable de la noción de ciudadanía.

Retomando la situación de los apátridas, es necesario resaltar que no solo se trata de que perdieran su comunidad sino que esta pérdida los arrojó de la humanidad, de modo que es su propia condición humana la que se pone en duda; en palabras de Arendt “es como si un hombre que no es nada más que un hombre hubiera perdido las verdaderas cualidades que hacen posible a otras personas tratarle como a un semejante” (1998, p. 250). En la misma línea, afirman Vega y Gil (2003), que “quienes no tienen nación (los refugiados) o los que no están bajo la jurisdicción de su propio Estado nacional (los migrantes), tienen que demostrar continuamente el valor de su vida para ver reconocidos unos mínimos derechos” (p. 27).

Vincular la ciudadanía con la pertenencia y permanencia en un Estado Nación, enclavada a un territorio, sea el de origen o el de destino, no resiste el incremento actual de la movilidad (Delgado, 2012). Los migrantes son referencia fundamental en el tema de la ciudadanía, pues desde su reclamo a existir como sujetos políticos generan la necesidad de reelaborar desde el marco de la diferencia la construcción de los derechos humanos (Delgado, 2012). Los migrantes exigen superar este modelo de ciudadanía y buscar alternativas más incluyentes, pues como se dijo, este ha llegado a no ser garantía de igualdad sino de exclusión y perpetuación de desigualdades.

El cuestionamiento a la ciudadanía, en este caso, es por no ser universal sino contextual. Se encuentra anclada, como señala Naranjo (2016), en la ecuación biopolítica que integra lugar de nacimiento (procedencia), nacionalidad y ciudadanía; y desde allí, limita el acceso a los derechos humanos.

Ahora bien, más allá de lo anterior, debe pensarse que una ciudadanía estática y aferrada al Estado-Nación se torna herramienta de diferenciación y exclusión, incapaz de ser instrumento de articulación jurídica, política y social ante las transformaciones globales actuales.

3.3.3. Ciudadanía más allá del Estado-nación

Como se ha presentado, las transformaciones globales y los efectos de las migraciones, implican pensar ciudadanía desvinculadas, al menos en parte, del modelo de Estado-Nación, considerando la multiplicidad de agentes y espacios que, además de este, intervienen en la

configuración de la ciudadanía. A continuación se presentan cinco propuestas de ciudadanía que responden a estas inquietudes:

3.3.3.1. La pertenencia posnacional

Soysal (2009 como se citó en Barbero, 2010) propone la pertenencia posnacional que trasciende los límites del Estado-Nación. En esta no es la nacionalidad la base de atribución de derechos sino la personalidad humana, extendiendo los derechos a los extranjeros, con espacios de ciudadanía determinados por la condición humana, no por el origen nacional.

Esta propuesta responde a la debilidad jurisdiccional y de soberanía de los Estados generada por el afianzamiento mundial de organismos legislativos y judiciales supranacionales, y la idea de universalidad desde la normativa internacional que influye en las normativas de los Estados y legitima las reivindicaciones que movimientos sociales y organizaciones de migrantes plantean ante políticas migratorias restringidas y desigualdad en derechos.

3.3.3.2. La ciudadanía global

Según Barbero (2010), autores como Falk (1994) o Held (1995) proponen la ciudadanía global vinculada con la globalización de ámbitos como los ambientales o económicos. Propuesta que Kymlicka (2003 como se citó en Barbero, 2010) critica por su idealismo, debido a que lo nacional es aún relevante en la geopolítica mundial, además porque hay pocos espacios y experiencias de globalización en el ámbito de la democracia o la identidad. Asimismo, Soysal (2009 como se citó en Barbero, 2010) considera que los Estados-Nación aún conservan demasiados elementos normativos que obstaculizarían la materialización de derechos establecidos en tratados internacionales.

3.3.3.3. La ciudadanía transnacional

El planteamiento de la ciudadanía transnacional conserva la relevancia de los Estados en la configuración de los espacios a los que se expande la ciudadanía, relevancia sostenida en su

papel en el reconocimiento de derechos y organización de la pertenencia (Baubock 1994, 2003; Smith 2003, como se citaron en Barbero, 2010) Al respecto, Baubock (1994 como se citó en Barbero, 2010) señala que la ciudadanía transnacional se configura desde el traslape de jurisdicciones, que en el caso de las migraciones, involucran los gobiernos de origen y de destino, y se dan en el marco de múltiples vínculos jurídicos y políticos entre las comunidades, y de una complementariedad entre el ámbito nacional y el transnacional.

3.3.3.4. *La ciudadanía desnacionalizada*

Frente a la pertenencia posnacional de Soysal, Sassen (2003) propone la ciudadanía desnacionalizada, afirmando que las dos son trayectorias viables, distintas y no excluyentes. No obstante, Sassen (2003) opta por la desnacionalizada, porque no parte de la desterritorialización o nuevas instituciones fuera del Estado-nación, sino de elementos territorializados, pero considerando las transformaciones del Estado Nación. De manera que se trata de una ciudadanía situada aún en un marco institucional nacional pero cambiante de acuerdo al significado que tome lo nacional. Así, si el Estado se transforma por efecto de la globalización, la propia institución de la ciudadanía también se transforma, por ejemplo, en términos de derechos formales y prácticas sociales.

3.3.3.5. *¿Post-ciudadanía?*

Respecto a las anteriores propuestas, Barbero (2010) afirma que proponer un determinado conjunto de prácticas sociales posnacionales bajo la denominación de ciudadanía es una importante aspiración política, que en palabras de Bosniak parte de la crítica a una ciudadanía ligada necesariamente a lo nacional (2009 como se citó en Barbero, 2010).

En relación con esto, el autor se interroga por la posibilidad de una post-ciudadanía, para esto retoma a Bosniak quien plantea que el nivel de deslinde del Estado está relacionado con qué elementos de la ciudadanía (status jurídico, derecho, prácticas o identidad) se están considerando. Desde esa premisa, Barbero (2010) asegura que es difícil sostener que hay una posnacionalización del status jurídico de la ciudadanía, pero si puede hablarse de una atribución supranacional de derechos y prácticas de ciudadanía e identidades fuera de los

márgenes del Estado-Nación. Con respecto a lo cual, resalta la necesidad de revisar experiencias concretas que muestren el camino a nuevas concepciones de ciudadanía (Barbero, 2010).

3.3.4. Dimensiones en la configuración de la ciudadanía

Justamente, desde el debate sobre las nuevas formas de ciudadanía y, siguiendo la propuesta de Barbero (2010), es importante presentar los tres elementos que para él, son sustanciales para el análisis de la ciudadanía desde la migración: el status formal, la forma de participación y la identidad. (Elementos que el autor retoma entre otros autores de: Cohen 1999; García y Lukes 1999; Bosniak 2000; Carens 2000; Kymlicka y Norman 1997; De Lucas 2003).

3.3.4.1. El status jurídico

En relación con este elemento, es el Estado Nación el que define quién puede convertirse en ciudadano, atribución que se asocia a la titularidad y ejercicio de derechos como miembro pleno de una comunidad (Barbero, 2010). Ahora bien, la ciudadanía no se limita a lo legal, por esto, la constante tensión entre la ciudadanía desde lo legal y como proyecto normativo o aspiración; dicha tensión se refleja, por ejemplo, en leyes para incluir a las minorías en pos de ampliar la pertenencia social (Sassen, 2003).

En este elemento, en el contexto de la migración, pueden encontrarse dos situaciones: la primera, el establecimiento, por parte de los países expulsores, de formas de acoger a sus emigrados. La segunda, el aumento de las demandas de naturalización a los países de destino de los migrantes. La última situación ha derivado en un reforzamiento de los requisitos de acceso a los países como primer filtro. Estos requisitos tienen además el fin de mantener el vínculo de la ciudadanía con la comunidad nacional y la homogeneidad cultural frenando sujetos con códigos culturalmente ajenos, e incluyen mecanismos como los test de ciudadanía. Lo anterior evidencia que a pesar del interés de los tratados internacionales por universalizar la nacionalidad, se mantiene la soberanía de los Estados para definir quién y cómo puede pertenecer a su comunidad política y nacional (Barbero, 2010).

Adicionalmente, debe considerarse que, en lugar de proyectarse una equiparación jurídica entre el estatus de ciudadanos y extranjeros, se ha institucionalizado la diferencia política y jurídica entre ambos, una estratificación cívica (Morris, 2002 como se citó en Barbero, 2010). Esta estratificación cívica consiste en una clasificación legal en que caen los migrantes con base en complejos sistemas de atribución y limitación de derechos, derivando en una pirámide cuya cúspide corresponde con los ciudadanos con plenos derechos, luego los migrantes residentes con algunos derechos, y en la base, los migrantes indocumentados con pocos derechos reconocidos. Aunque en el caso de los últimos, debe aclararse que el ordenamiento jurídico prevé una serie de garantías mínimas asociadas a la dignidad humana y a derechos humanos básicos.

3.3.4.2. La participación ciudadana

En el contexto de la migración, la participación ciudadana se vincula a los derechos y mecanismos de participación que cada Estado reconoce a los migrantes, así como la situación de regularidad del migrante, y ambos factores derivan en que la participación se oriente más a lo institucional o a lo alternativo. En este elemento deben considerarse: la participación política ligada al voto, la participación social y la participación insurgente (Barbero, 2010).

3.3.4.2.1. La participación política y el derecho a voto

El derecho al voto es uno de los más reivindicados por los migrantes, tanto en los países de residencia como en los de origen. En los primeros, se cuestiona otorgar derecho al voto a los no nacionales, por asumirlo como una intromisión en las decisiones del país y, por ende, una amenaza a la soberanía y al sistema democrático. En los segundos, igualmente, se sostiene que los migrantes no deben tener derecho a intervenir en decisiones de un país en el que no residen (Barbero, 2010).

Más allá de estos debates, es importante señalar que el derecho al voto no es el culmen de la participación política, y que debe acompañarse de otros derechos, mecanismos de democracia participativa y políticas sustanciales para que el migrante pueda participar en condiciones de igualdad (Barbero, 2010).

3.3.4.2.2. *La participación social*

Además de la participación política mediante el voto, debe considerarse que migrantes que no acceden a él por limitaciones de los Estados o de su estatus de regularidad participan en procesos de deliberación en sus comunidades. Asimismo, hoy puede hablarse de una participación supranacional, a través de las prácticas transnacionales de los migrantes que implican la pertenencia y participación en más de una comunidad política, y generan redes y encuentros entre esas comunidades como espacios para reivindicaciones transnacionales de los derechos de los migrantes (Barbero, 2010).

3.3.4.2.3. *La participación “insurgente” o por irrupción*

Finalmente, está la participación insurgente, muy relacionada con los colectivos migrantes, se trata de la participación ligada a prácticas ciudadanas alternativas. Estas prácticas no reciben reconocimiento desde el derecho oficial pero si lo hacen informalmente por las instituciones y, en esa medida, pueden incidir en el derecho y tener efectos en el plano jurídico (Barbero, 2010). Aquí pueden ubicarse, las prácticas de ciudadanía ejercidas por sujetos políticos no totalmente reconocidos, como los migrantes; que Sassen (2003) propone en dos figuras: los no autorizados y reconocidos, y los autorizados pero no reconocidos.

En los primeros, están los migrantes indocumentados que desde sus prácticas cotidianas, por ejemplo, en el trabajo, se hacen merecedores de ciudadanía a pesar de que su situación de regularidad los mantenga al margen. De esta manera, su presencia -no autorizada- genera derechos, no solo en el país de residencia sino en sus países de origen, por ejemplo, por su contribución a la economía local con las remesas. En los segundos, se incluyen las amas de casa que, a pesar de ser ciudadanas de pleno derecho, no son reconocidas como actores políticos, y en el contexto de la migración, plantea como desde los cambios en los roles de género, las mujeres migrantes devienen en sujetos políticos en sus comunidades, aunque aún en dimensiones que no encajan con la participación reconocida institucionalmente (Sassen, 2003).

3.3.4.3. La Identidad

Finalmente, la Ciudadanía por su sujeción histórica a la nacionalidad, implica compartir valores que inspiraron la nación moderna: lengua, cultura jurídica, etc., proceso en el cual las identidades minoritarias fueron asimiladas, segregadas o eliminadas bajo la hegemonía de la identidad nacional. Así, como tercer elemento de la ciudadanía está la identidad que implica la pertenencia a una comunidad a través de la asunción de determinados valores (Barbero, 2010).

Al respecto, debe decirse que, actualmente, los flujos migratorios evidencian que los Estados-Nación no pueden pensarse como entidades herméticas pues se enfrentan al reto de articular múltiples identidades dentro del mismo estatus jurídico, situación que deriva en la tensión entre el repliegue nacional y la transnacionalización (Barbero, 2010).

Desde el repliegue nacional, los Estados han reaccionado con un discurso nacionalista, incluso con la emergencia de partidos xenófobos, así como la ya señalada restricción del acceso a la ciudadanía con exámenes y pruebas como filtro para naturalizar, bajo la suposición de que facilitan procesos de asimilación identitaria. Mientras los países de origen realizan esfuerzos para una construcción nacional extraterritorial, con proyectos para fortalecer la identidad nacional, con acciones como encuentros, ferias, etc., sin embargo, el objetivo de esto más que identitario es económico. Por otra parte, los mismos migrantes desarrollan, en algunas ocasiones, su estrategia identitaria nacional orientada a identidades más genéricas como la latina (Barbero, 2010). Asuntos todos que se debaten con la transnacionalización y los efectos de los campos sociales transnacionales que afectan en especial a la cuestión de la pertenencia y a la ciudadanía como identidad (Barbero, 2010).

4. Método Biográfico-Narrativo: Sujeto de Derechos, Narración y Acción

Para este trabajo se eligió el método biográfico-narrativo, elección coherente con la propuesta de investigación desde la consideración del migrante como quien vive la experiencia de la migración, quien construye teorías sobre ella, desde las que actúa y se convierte en agente de esta acción, así como sujeto de derecho. Asimismo desde su interés por valorar y trabajar saberes que han sido excluidos.

Para este apartado se presentarán inicialmente los presupuestos epistemológicos de este método enfocados a las preguntas por su contexto, y su enfoque respecto al sujeto en la ciencia, la realidad y la verdad. Luego los principios éticos que dan cuenta primordialmente de la relación entre sujeto investigador e investigado. Y los presupuestos metodológicos que dan cuenta de las bases del método en la investigación.

Desde estos principios se derivan las técnicas de construcción de la información; los procesos de organización, análisis, interpretación y devolución de esta, y los mecanismos para garantizar su calidad. Finalmente, se presentan las fuentes de la investigación: por una parte, la población migrante en que se abordan puntualmente los criterios de selección de los sujetos participantes y, por otra, la selección de los documentos que fueron analizados.

4.1. Principios Epistemológicos

El método biográfico se encuentra en la línea de la investigación cualitativa, que corresponde a una aproximación natural e interpretativa de la subjetividad desde el estudio de fenómenos en su ambiente natural para producir sentido (Aráoz, 2012). Y se inscribe en un enfoque hermenéutico, cuyos precursores incluyen a Friedrich Schleiermacher, Wilhelm Dilthey y Martin Heidegger. Y en la contemporaneidad a Hans-Georg Gadamer y a Paul Ricœur; el último, central en las aproximaciones narrativas, particularmente desde sus últimos años de vida, en que después de orientar su trabajo a la simbología del mal, aborda en sus investigaciones la metáfora y la narración, la identidad y el reconocimiento, la memoria y el olvido (Leyva, 2012).

La base de la hermenéutica es la interpretación, la comprensión de los fenómenos humanos más que su explicación o producción de leyes universales (Ángel y Herrera, 2011). Y de acuerdo con Leyva se orienta a:

La comprensión e interpretación del hombre, de su acción e interacción con los otros en una tentativa por restituir la dimensión práctica en la reflexión sobre el hombre y la sociedad –sea filosófica o sea científica- para contribuir así al esclarecimiento y a la orientación, a la crítica y a la evaluación de la acción del hombre en las sociedades modernas en tanto que actor y ciudadano. (2012, p. 200).

Ahora bien, más que en su ubicación dentro de los paradigmas de investigación, se parte, en esta investigación, de señalar sus presupuestos en relación con aspectos centrales del conocimiento como ciencia, realidad, verdad y sujeto.

En relación con esto, lo primero a decir es que, de acuerdo con Bolívar et al., (1998), una de las condiciones, si se quiere, de posibilidad de este método es el giro hermenéutico-narrativo en las ciencias sociales; este se refiere a la vuelta a la necesidad de entender los fenómenos sociales como texto, cuyo valor y significado viene dado por la autointerpretación hermenéutica que de este dan los agentes. Este giro se dio por la incapacidad de la perspectiva positivista para abordar estos fenómenos desde la explicación. En la misma línea, puede hablarse en la actualidad de un auge, un “síntoma biográfico” que se genera por la pérdida de confianza en el racionalismo ilustrado y en los metarrelatos, que ha llevado a buscar refugio en las narrativas personales. Circunstancia que coincide con la revalorización del actor social, como sujeto de configuración compleja, y desde allí, con la voluntad de rescatar las historias particulares (Marinas y Santamaría, 1993).

En cuanto a sus presupuestos epistemológicos, pasa del centro en la causalidad – explicación- a la comprensión del sentido (Correa, 1999), parte de que la realidad es compleja, resultado de un proceso de construcción social y atravesada por el lenguaje - condición para representarla y comprenderla- (Bernasconi, 2011). Desde estos presupuestos, su racionalidad es dialógica, contextual y con reivindicación de los afectos, ya no una racionalidad instrumental (Grisales, 2006), así, da espacio a otros saberes y realidades desde lo dialógico y lo polifónico, así como a las emociones como expresiones de saber (García y Munita, 2016).

De lo anterior se deriva su posición frente a la verdad, que como ideal del paradigma positivista se entendía como adecuación a la realidad. Mientras aquí, se propone como interpretación, como construcción intersubjetiva contextualizada social y temporalmente; y en esta misma vía, cuestiona la idea de un conocimiento único o privilegiado (Grisales, 2006). Asunto que se evidencia claramente en los relatos, desde la autonomía de la memoria, pues esta, más que de hechos factuales trata de reconstrucción de acontecimientos, adicionalmente, cada participante en la investigación selecciona unas vivencias y excluye otras, así organiza su propio relato. En este sentido, da lugar a la pluralidad, importante para la investigación y para la construcción social, desde el reconocimiento de perspectivas diversas y singulares que pueden coexistir, que aportan y se alimentan de aspectos colectivos, pero que, en la medida en que son singulares, no son ni responden a la lógica de unas más o menos verdaderas o valiosas.

Por otra parte, en vez de la neutralidad frente al objeto como garantía de valor científico, parte de la interdependencia entre sujeto y objeto de investigación (Correa, 1999); por consiguiente, es central la relación investigado-investigador como condición para la aproximación al objeto. Apuesta cuyo valor resalta Piña (2018), quien destaca la relevancia de los sujetos y la vida cotidiana como objeto de estudio de las ciencias sociales.

4.2. Principios Éticos

“Una vida examinada es una vida digna de ser vivida”

Ricoeur (2006)

Los principios éticos de este método se centran en la relación con el sujeto, en el apartado anterior se presentó la ruptura con la visión tradicional de la separación sujeto-objeto como condición de neutralidad y objetividad. Desde esta presunción, el método aquí presentado se centra en la relación y construcción conjunta entre investigador e investigado (García y Munita, 2016). Esto exige cambiar la estructura de poder y la manera tradicional de concebir la producción de conocimiento, se trata pues de una relación horizontal, en que el poder del investigador se matiza por la posibilidad del narrador como sujeto organizador de su propia vida (Correa, 1999).

Por ende, este método cuestiona las explicaciones externas de la subjetividad, y apuesta por la reivindicación de la dimensión personal y discursiva en las ciencias sociales (Bolívar & Domingo, 2006). Justamente, en la línea del epígrafe de Ricoeur, es central poder dar cuenta de la propia vida como condición de dignidad. Esta posibilidad permite dar lugar a las vidas de aquellos que han sido marginados y silenciados, no en vano, en su desarrollo histórico este método ha trabajado la marginación, se interesó por la historia no oficial, de las minorías (Bolívar & Domingo, 2006). Es de aclarar, que no se trata de la inclusión de sujetos como si fueran objetos pasivos, sino que da justamente lugar a la agencia, a la acción de los sujetos.

Desde los presupuestos éticos presentados, habría que decir que para esta investigación, narrar-se implica encontrarse con el sujeto que es experto en su propia vida, en su concepción del mundo y en lo que le ocurre. El diálogo abre la puerta a visiones distintas pero potencialmente complementarias y así permite la emergencia de conocimientos verdaderamente nuevos. Adicionalmente, privilegia la voz de los sujetos, lo que en fenómenos como la migración y el derecho a la salud, que se han abordado desde lo macro y abstracto, implica ya un cambio de mirada y contribuye a la reivindicación de los sujetos. Además, la inclusión de la voz y acción de los sujetos puede pensarse desde una organización social que margina y excluye a quienes califica de diferentes, de manera que, hoy igual que ayer, al dar lugar a sus voces, a su manera de vivir la experiencia, en este caso de la migración, da lugar al rescate de sus identidades y posibilidades.

Así pues, sus principios éticos han sido una de las razones más fuertes para la elección del método, en pos de tomar un camino coherente con el interés en la investigación por reivindicar, por resituar un sujeto que por estar fuera de las fronteras nacionales parece ser anulado en el contexto nacional, y situado como ajeno y peligroso, desde el contexto internacional (OIM, 2012), y en relación con esto, también al cuestionamiento de metarrelatos que, como el del migrante como ajeno, se han apropiado y orientan el accionar tanto de legos como de expertos en relación con los migrantes.

4.3. Principios Metodológicos

De acuerdo con Passeggi (2013), las narrativas autobiográficas son otra forma de hacer ciencia y son una vía privilegiada para acercarse a la experiencia humana, pues captan la riqueza de los significados en los asuntos humanos (motivaciones, sentimientos, deseos o propósitos) que no pueden expresarse desde una racionalidad instrumental (Bolívar et al., 1998). Como método busca comprender las acciones en contexto, desde la interpretación de los saberes, motivaciones, valoraciones, intenciones subjetivas e interacciones con “los otros” (Arias-Cardona & Alvarado-Salgado, 2015). En cuanto a su desarrollo, según Sanz:

Puede aglutinar la estrategia metodológica de la conversación y narración y la revisión documental de autobiografías, biografías, narraciones personales, cartas, diarios, fotos, etc. Conjuga de este modo fuentes orales con fuentes documentales personales con el propósito doble de, primero, captar los mecanismos que subyacen a los procesos que utilizan los individuos para dar sentido y significación a sus propias vidas, y segundo, mostrar un análisis descriptivo, interpretativo, y necesariamente sistemático y crítico de documentos de “vida”. (2005, p .102).

De manera pues, que este método incluye un abanico de opciones como fuentes: las autobiografías, diarios, memorias, cartas, entrevistas (Blanco, 2011; Sanz, 2005; Szczepanski, 1978), fotografías, películas, videos y otros registros iconográficos, y objetos personales (Pujadas, 2000).

Ahora bien, para la investigación aquí propuesta se toma como material de estudio los relatos. Estos se construyen necesariamente alrededor de un hilo argumental, una trama que les da significado (Bernasconi, 2011); de manera que una narración, no solo es una reconstrucción de los hechos y las vivencias, sino una producción que crea un sentido de lo que es verdad (Arias-Cardona & Alvarado-Salgado, 2015). En esta vía, es necesario señalar que el relato implica ya una interpretación por parte del narrador, interpretación que hace sobre su propia vida.

Estos relatos (narraciones) tienen en general tres características: se trata de una narración, oral o escrita, sobre la vida o una parte de ella que expresa una porción de la realidad sociocultural desde la experiencia del sujeto-actor. Estas narraciones toman forma a través de una temporalidad biográfica (tiempo de la vida humana) y dan lugar a una búsqueda

de sentido por parte del narrador y otros actores de la perspectiva (Desmarais, 2009). Adicionalmente, autores como Aráoz (2012), Arias-Cardona & Alvarado-Salgado (2015), Cornejo (2006), Greenhalgh et al., (2005) y Mallimaci y Giménez (2006) han señalado otras características que han sido importantes en el momento de definir este como el método para la presente investigación. Tales características son:

Los relatos permiten expresar, en un todo inteligible, la pluralidad, y, por ende, reconocer múltiples saberes. De acuerdo con Ricoeur “la historia narrada es siempre más que la simple enumeración, en un orden seriado o sucesivo, de incidentes o acontecimientos, porque la narración los organiza en un todo inteligible” (2006, pp. 10-11). Este todo inteligible se desarrolla en una lógica temporal diacrónica que da cuenta de un proceso, en que el narrador sigue más que un orden cronológico y objetivo, un entramado lógico y subjetivo, que da cuenta de una configuración particular y compleja frente a los hechos vividos y le permite ir, desde el presente, al pasado y al futuro (triple presente según Ricoeur, 2004). Es pues un trabajo retrospectivo, en que el sujeto se remonta desde el presente a lo largo de su trayecto biográfico y hace resurgir los acontecimientos, las situaciones vividas en ese trayecto (Correa, 1999). En esta investigación concreta, permitirá comprender a los sujetos de investigación no solo en su experiencia actual como migrantes sino en su construcción y proyección como sujetos, en relación o no con la migración.

Con respecto a lo anterior, conviene subrayar que esta lógica temporal es concordante y discordante al mismo tiempo: lo primero, pues da cuenta de un principio, un medio y un fin, y lo segundo, en tanto introduce el acontecimiento que es llamado a construirse, deconstruirse y reconstruirse con el relato. Es de señalar que el acontecimiento es central, pues ordena la trayectoria por su sucesión en el tiempo, hay un “antes” y un “después” del acontecimiento que modifica el itinerario biográfico (Desmarais, 2009).

Otra de sus características es que los relatos dan lugar a la voz del sujeto, quien, en algunos casos, no ha podido dar cuenta de su propia experiencia. El narrador es el protagonista del proceso de investigación y se convierte en productor de conocimiento, con la virtud, de que a su vez, el relato también incluye otras voces en tanto el narrador retoma relatos de otros para la construcción propia (Arias-Cardona & Alvarado-Salgado, 2015). A propósito de esto, una de las críticas que se hacen al método biográfico es que los relatos solo

develan asuntos individuales, lo que no es preciso, pues, justamente en estos se evidencia la relación subjetivo/social. De acuerdo con Bolívar & Domingo (2006), los relatos incluyen la reflexión y construcción de lo individual y lo social y de la relación entre ambos, por lo cual, aunque se narra individualmente, la escucha, narración y construcción desde lo singular no excluye lo social. Con lo anterior, coinciden Arendt y Ricoeur; para Arendt, como señala Gaviria (2012), la narración (*story*) se da en el marco más general de una Historia (*history*), y para Ricoeur “Toda historia bien narrada enseña algo, revela aspectos universales de la condición humana” (1996, p. 166).

En la misma línea, debe señalarse que las narraciones están mediatizadas simbólica y contextualmente. Son mediatizadas simbólicamente pues se construyen desde los recursos narrativos disponibles (Arias-Cardona & Alvarado-Salgado, 2015); de acuerdo con Ricoeur (2006) la acción puede ser narrada porque ya está articulada en signos, reglas y normas, es decir, porque ya está mediatizada simbólicamente. Además, está enmarcada contextualmente, pues el narrador parte del contexto en el que vive para construir su relato, asimismo este contexto ha marcado las experiencias que narra.

Por otra parte, los relatos permiten la construcción de la subjetividad, entendida según Ricoeur como identidad narrativa (1995), una identidad compleja y con contradicciones. Lo último advierte que no debe caerse en la ilusión biográfica que señala Bourdieu (2011), desde la que se cree que se trata de una identidad única, coherente y estable. Es además, la identidad de un sujeto actor que se enfrenta a los acontecimientos de su vida. Así pues, para la investigación, se trata de un sujeto actuante, no idéntico a sí mismo sino con posibilidades de reconstruirse y resignificarse.

En definitiva son estas las características de los relatos que hacen que el método biográfico sea pertinente para el interés de la investigación propuesta. Ahora bien, en pos de conservar la coherencia con esta línea, se ha optado en la investigación por plantear las siguientes opciones particulares de aplicación del método:

En primer lugar, se propone asumir el relato desde la voz y significados de los narradores como centro del método, desde una aproximación hermenéutica, no como técnica auxiliar (Sanz, 2005). Esto, pues, de acuerdo con Martínez (2011), esta posición es la manera de aprovechar toda la potencialidad heurística de los relatos.

En segundo lugar, se propone como técnica particular el relato de vida (*life story*). Al respecto, en los autores revisados se encontraron diversas maneras de nombrarlo, mas, para efectos de la investigación, más allá de las denominaciones se toma lo que en general se presenta desde la diferencias entre relato de vida (*life story*) e historia de vida (*life history*): en el primero, se trata de la historia de una vida tal como la persona la cuenta, así, la fuente primordial es la persona y su testimonio. En la segunda, el relato se complementa con otra información – como relatos de personas que comparten la vida del narrador- que permita la reconstrucción más objetiva de dicha biografía (Sanz, 2005).

En tercer lugar, se trabajó desde relatos múltiples, pues estos ofrecen diversos grados de intertextualidad entre los relatos, y pueden ser cruzados o paralelos. Para esta investigación, teniendo en cuenta que no se pretendía construir relatos más objetivos, sino plurales, se eligieron los paralelos, esto es, relatos de sujetos cuyas trayectorias vitales se desarrollan sin converger ni generar vínculos entre sí (Pujadas, 2000), relatos construidos con personas que comparten el objeto de interés de la investigación, en este caso la migración. En esta misma vía se realizaron relatos tematizados, centrados en la migración, lo que no implicó, de ninguna manera, que en el marco de una escucha respetuosa se haya impedido al narrador abordar otros momentos o aspectos de su vida.

4.3.1. Técnicas de Construcción de la Información.

Para el abordaje de este apartado debe precisarse que, debido a que los participantes residen en diferentes países, esta es una investigación multisituada, que según estándares éticos debe realizarse metodológicamente de la misma manera con los participantes de cada país (Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], 2016), consideración desde la que se plantean los procedimientos de recolección de información.

En primer lugar, durante toda la investigación se continuó con la revisión de antecedentes investigativos y teóricos, con el fin de nutrir el análisis de la información construida en campo. En segundo lugar, para la construcción de la información en campo se abordaron dos fuentes: por una parte, los relatos de migrantes –centrales en el método- a través de entrevistas biográficas y, por otra, documentos relativos a políticas migratorias y

sistemas de salud de los países en que residen los participantes, algunos de los cuales fueron seleccionados y abordados desde un análisis crítico del discurso (ver apartado 4.4.2.2. Documentos seleccionados para análisis crítico del discurso). Se definió contar con estas dos fuentes en pos de que el análisis de los documentos contextualizara los relatos de los migrantes y permitiera comprender sus experiencias a la luz de asuntos globales.

La recolección de antecedentes investigativos y teóricos, se realizó con el soporte de la ficha de contenido (Anexo D. Ficha de contenido) para garantizar la validez, los hallazgos e interpretaciones. Estos antecedentes incluyeron, como fuentes primarias, los textos y artículos de los autores que abordan los conceptos referencia de esta investigación, por ejemplo, Iker Barbero para la ciudadanía. Las fuentes secundarias, incluyeron artículos de revista que trabajan el tema de la migración y su relación con la salud, y el derecho a la salud; la búsqueda de estos artículos se efectuó en las bases de datos bibliográficas: Apa psyc net, Dialnet, Ebsco, Jstor, Mendeley, Scielo, Scopus y Wilson usando como palabras clave – español e inglés-: migración, salud y migración, migración colombiana, derechos de los migrantes, derecho a la salud en migrantes; con artículos publicados desde el año 2005, a nivel mundial. En las fuentes terciarias, se abordaron textos sobre la migración y el derecho a la salud de agencias y organismos supranacionales como la Organización Internacional para las Migraciones y la Organización Mundial de la Salud.

Por su parte, la recolección de información en campo, se realizó a través de entrevistas biográficas a siete migrantes colombianos –abordados en el apartado 4.4.2.1. Migrantes seleccionados-. Para esta investigación se asumió la entrevista tal como la presenta Vélez (2003), como un evento dialógico entre subjetividades, un encuentro interpersonal que requiere la capacidad de diálogo, de escucha y de ponerse en el lugar del otro para comprenderlo. Propuesta coherente con el método de esta investigación, pues en este es central la relación sujeto investigador e investigado como condición de la construcción del relato y, por consiguiente, del conocimiento, con una postura que aboga por una relación más simétrica, una co-construcción en que ni investigador, ni investigado, tienen más conocimiento (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008). Esto implicó para la investigadora, acercarse a las vivencias del narrador, a sus marcos conceptuales y contextuales e involucró la reflexión permanente sobre la práctica propia como investigadora y como sujeto, así como el compromiso con la dimensión emocional de la entrevista y del relato.

Puntualmente, la entrevista biográfica, según Bolívar et al., (2001) supone la reflexión que hace el sujeto sobre episodios de su vida. Este tipo de entrevista se interesa por la historia de vida y permite comprender procesos de cambio en relación con esta historia, en este caso, las entrevistas se enfocaron, particularmente, en el periodo migratorio. Para el desarrollo de las entrevistas se siguió la propuesta de Cornejo et al., (2008). Con base en esta propuesta se realizaron entre dos y cinco sesiones de construcción de información con los entrevistados (en la sección de participantes se especifica el número de sesiones), y cada sesión tuvo una duración aproximada de una hora. La definición del número y duración de las sesiones se basó en la disposición de los entrevistados, y el volumen y la idoneidad de la información que se recolectaba en cada sesión. Se desarrolló además una sesión final de realimentación de la información construida, aunque debe precisarse que cada uno de los encuentros de construcción de información se daba un espacio para la devolución de la información encontrada, con el fin de que el sujeto pudiera dar continuidad a su relato y a su vez validar la lectura que de este había hecho la investigadora. Los intervalos entre sesiones de entrevista fueron, en general, de una semana, periodo que se definía en conjunto con el entrevistado, considerando su disponibilidad de tiempo, así como el plazo necesario para un análisis inicial de la información de la sesión, que permitiera, a la investigadora, identificar aspectos a profundizar o retomar.

En concordancia con la propuesta de la entrevista biográfica, para dar inicio a los relatos se le dio a los migrantes la siguiente consigna abierta, amplia y general, con una función generativa: *“Quisiera que me contara sobre su experiencia de migración”*. Sumada a esta consigna, para potenciar la recolección de aspectos pertinentes y suficientes para la respuesta de la pregunta de investigación, la investigadora contaba con una guía de temas a conocer. Esta guía no se explicitaba en las entrevistas, más bien, tenía como función facilitar la identificación, por parte de la investigadora, de los temas pertinentes a la pregunta de investigación sobre los que aún era necesario obtener información (Ver anexo B. Temas directrices).

Ahora bien, teniendo en cuenta que se trata de una investigación multisituada, en que los participantes residen fuera del país, las entrevistas con los migrantes de Estados Unidos y Canadá se realizaron con video chat a través de internet con las tecnologías de comunicación multiplataforma de Gmail o Skype (Anexo G. Seguridad en internet). Para el

caso de los migrantes en Ecuador pudieron realizarse entrevistas de manera presencial, debido a que la investigadora se encontraba realizando una pasantía en tal país, para el último caso, como medida de seguridad, las entrevistas se realizaron en lugares públicos que permitían, a su vez, un buen nivel de confidencialidad.

Por otra parte, en cuanto al análisis crítico de discurso de algunos documentos, se inició con la materialización del corpus que incluyó la selección del material relevante para el análisis, desde la representatividad y producción de efectos (Iñiguez, 2006). Para esta investigación, el corpus se constituyó de textos, de cada país de análisis, que constituirían discursos en relación con la migración, la salud y el derecho a la salud (ver apartado 4.4.2.2. Documentos seleccionados para análisis crítico del discurso). Al respecto, es de precisar que al decir que son discursos, se hace la referencia a que son enunciados producidos desde una posición que constriñe la enunciación, desde un contexto interdiscursivo específico que revela condiciones históricas, sociales, intelectuales, etc. Esto es, un lugar – no un sujeto- de la enunciación que entraña unas instituciones específicas que definen la producción y difusión del discurso (Iñiguez, 2006).

4.3.2. Organización, análisis e interpretación de la información.

La construcción de la información en esta investigación se dio en medio de la relación entre investigadora y participantes; en este sentido, los procesos de organización, análisis, interpretación y validación de la información no fueron lineales y se dieron durante todo el proceso de investigación.

El registro de la información de los relatos se realizó –previa autorización de los participantes- mediante grabadora de audio, pues aunque la multiplataforma Gmail permite grabar en YouTube durante la conversación, por el riesgo de interceptación y difusión por terceros se decidió no usar esta opción (Comité para la protección de los sujetos humanos Universidad de California, 2016b), -cabe aclarar además que en pos de la protección de los sujetos se contó además con grabaciones separadas para el consentimiento informado y para el relato-. Con base en este registro de audio se elaboraron las transcripciones de las entrevistas por parte de la investigadora (Anexo C. Protocolo de transcripción de entrevistas).

En relación con los antecedentes teóricos e investigativos y los documentos para análisis crítico, estos se recolectaron y archivaron de acuerdo a temáticas para luego ser codificados a través del programa Atlas.ti en categorías preestablecidas para el análisis de discurso según la propuesta de Martín (2006) (Anexo E. Guía de análisis crítico de discurso). Para el tratamiento de esta información se contemplaron los derechos de autor según la Ley 23 de 1982 con acciones como la citación de los autores dentro del trabajo de investigación (Anexo I) y las fichas de contenido (Anexo D).

Para el análisis de la información construida, a través de los relatos, se procedió con una conjunción del análisis narrativo y el cualitativo (Bolívar, 2002), con el fin de comprender los relatos y dar espacio a su complejidad (Sparkes y Devís, 2007). En esta conjunción, el análisis narrativo permitió la comprensión de los relatos desde dentro, con la identificación de los aspectos singulares de cada uno para elaborar una nueva narración que en la interpretación, en conjunción con aspectos teóricos, tornara significativa la información inicial (Sparkes y Devís, 2007). Este análisis implicó un lógica intracaso, con un análisis a profundidad de cada historia que se ocupó de su lógica singular con miras a reconstruirla (Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008), por ejemplo, en relación con la evolución de los motivos de emigración de los entrevistados. Es esta, en gran parte, la base para el apartado inicial de cada capítulo de resultados en el cual se presenta el perfil, expectativas y experiencia de migración de cada entrevistado. Es de anotar además que, como resultado de este análisis, se construyó un nuevo relato para cada entrevistado, que, si así lo deseaba el entrevistado, le era enviado. Por su parte, a través del análisis cualitativo se identificaron temas transversales en los relatos para llegar a determinadas generalizaciones. Se trataba en este caso de una lógica intercaso, transversal, en que, desde continuidades y discontinuidades en lo singular, se determinaron ejes temáticos-analíticos relevantes, desde los cuales se analizaron las historias (Cornejo et al., 2008). De este análisis resultaron códigos como vivienda, empleo, atención en salud, etc., que luego fueron conjugados en categorías que los incluyeran como determinantes sociales de la salud.

Se asumió este doble abordaje de análisis en pos de alcanzar una comprensión en profundidad que permitiera acercarse a lo singular de cada relato así como aspectos transversales a todos ellos, esto en la vía de la consideración de que este problema de investigación implica *per se* la imbricación sujeto-mundo.

De otro lado, sobre el análisis crítico del discurso aplicado a los documentos oficiales seleccionados, habría que decir, en primer lugar que el análisis crítico, como lo señalan Martín y Wittaker, implica “Poner de manifiesto el papel clave desempeñado por el discurso en los procesos a través de los cuales se ejercen la exclusión y la dominación, así como la resistencia que los sujetos oponen contra ambas” (1998, p. 10). Es desde esta consideración que se asumió en esta investigación como técnica de análisis, en pos de que, conjugado con el análisis de los relatos, contribuyera en la comprensión del tema de investigación.

Este análisis se basa en la identificación de las conexiones entre los discursos (conjunto interrelacionado de textos) y el contexto social en el que se crean. Para esto se incorpora el contexto lejano, y los recursos y estrategias textuales que personas concretas utilizan en situaciones sociohistóricas particulares. En esta investigación se siguió la propuesta de Martín (2006) quien postula dos líneas de abordaje: la construcción discursiva de las representaciones sociales (cómo los discursos ordenan una interpretación de los acontecimientos) y el orden social del discurso (cómo se gestiona socialmente el poder dado y producido a los discursos). Con base en estas dos líneas propuestas se construyó la guía de análisis que se aplicó a los documentos seleccionados (Anexo E. Guía de análisis crítico de discurso). En relación con el análisis crítico de discurso cabe anotar que debido a la pertinencia del contenido que presentara cada documento, algunos fueron analizados en su totalidad y otros parcialmente. El análisis en su totalidad correspondía con legislaciones cuyo contenido se dirigía totalmente a aspectos constitutivos de las políticas o experiencias migratorias. Por su parte, el análisis parcial se realizó en casos en que se trataba de leyes generales, como la Constitución Política de los países, que incluían el tema migratorio, pero no era este el centro de su corpus. La especificación de los documentos que fueron analizados total o parcialmente se presenta en el Cuadro 3. Documentos seleccionados para el análisis crítico de discurso.

Los análisis anteriores, en los relatos y en los documentos, permitieron abordar los niveles de análisis textual y contextual. Para la interpretación se pasó a un nivel meta-textual (Quintero, 2018) en el que se reconfiguró la trama narrativa y el análisis del discurso con la interpretación desde el diálogo con referentes teóricos y voces de otros investigadores (Atkinson & Coffey, 2003).

Ahora bien, una vez construida la información, en concordancia con las regulaciones éticas (Asociación Médica Mundial, 2013; OPS y CIOMS, 2016; Universidad de Antioquia, 2016) se contempló la devolución y difusión de la información. Para la difusión, se realizó el presente informe de investigación, dos artículos y, hasta el momento, se ha participado con ponencias en dos eventos de divulgación científica. Es de anotar, que en pos de garantizar la privacidad y confidencialidad de los entrevistados, para las transcripciones de la entrevista y la presentación de resultados se reemplazó la identificación del sujeto con un seudónimo seleccionado de acuerdo a las características del migrante entrevistado (ver Cuadro 2, en apartado 4.4.2. Sujetos participantes), esto sumado a que en las entrevistas solo se solicitó información privada necesaria (Anexo B. Temas directrices). Asimismo, cuando emergieron asuntos delicados en las entrevistas, se consultaba con los participantes si deseaban incluir esta información en la investigación. Lo anterior ocurrió en uno de los casos, en que la decisión fue no incluir la información por lo que se procedió a eliminar, de la grabación y de la transcripción, ese fragmento de relato –dejando la anotación de que se editó por solicitud del participante-.

Por otra parte, en coincidencia con la postura de Mondragón (2007) según la cual, la presentación de la información construida debe incluir a la comunidad no solo a instancias académicas o políticas, pues lo último puede incrementar las desigualdades, se decidió hacer la devolución de la información a cada participante en cada sesión y en la sesión final, adicionalmente, se les envió, si así lo deseaban su relato reestructurado (fruto del análisis intracaso, narrativo, mencionado anteriormente) y una copia del informe de investigación.

Finalmente, se contempla para este trabajo que el tiempo de conservación de la información sea de tres años luego de finalizada la investigación (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2009), tiempo que permite considerar presentación, sustentación y difusión de los resultados de investigación.

4.3.3. Calidad de la información.

Teniendo en cuenta que el valor de una investigación se deriva no solo de la importancia del fenómeno, sino que se vincula también con la calidad de los resultados que se produzcan, para esta investigación se contemplaron los criterios de calidad de la investigación cualitativa

propuestos por Noreña et al., (2012): fiabilidad, validez, credibilidad, transferibilidad, consistencia, replicabilidad de los datos, confirmabilidad y adecuación teórico-epistemológica. Por otra parte, se asumieron los criterios particulares de la investigación biográfica narrativa (Greenhalgh et al., 2005), esto es: que los relatos se orientaran por la pregunta de investigación; que la metodología sea reconocible, aplicada con rigurosidad y transparencia; el ejercicio reflexivo constante por parte de la investigadora, y el desarrollo del proceso de interpretación con base en un marco teórico reconocido con el fin de ir más allá de las historias por sí mismas. Finalmente, para el análisis crítico de discurso está la claridad de la investigadora para dar cuenta del proceso de análisis de los textos, para lo cual se contó con la guía de análisis crítico del discurso (Anexo E. Guía de análisis crítico de discurso).

Con el fin de responder a los criterios mencionados en el párrafo anterior se contó con varios mecanismos: primero, la evaluación por jurados tanto del proyecto de investigación, presentado antes de iniciar la recolección de información, como de la tesis terminada, así como el acompañamiento del comité tutorial constituido por profesores expertos en las temáticas de la investigación. Segundo, la triangulación de relatos de vida de los participantes, desde su transcripción textual, así como la descripción profunda de los sujetos y sus contextos. Tercero, la saturación teórica desde la elección de participantes. Cuarto, la preparación de temas directrices y de la guía para el análisis crítico de discursos, ambos como derroteros para orientar la construcción de información en pos de que la información fuera la necesaria y pertinente para cumplir los objetivos del estudio. Quinto, se involucró a los participantes en la interpretación de la información, con la devolución de esta en cada entrevista y en el final del análisis en el trabajo. Para esta interpretación, además se contempló la comparación constante entre resultados emergentes, referentes teóricos de la investigación y antecedentes de investigación.

4.4. Migrantes y Discursos

4.4.1. Colombianos en Ecuador, Canadá y Estados Unidos.

Para iniciar, es importante señalar que no se encontraron suficientes datos oficiales actualizados en relación con los migrantes colombianos, por ejemplo, en cuanto a sus edades,

nivel educativo, etc. Lo que deja ver ya una ausencia de interés en ellos, como muestra, en el país, solo desde el censo de 2005 se incluyó una pregunta sobre migrantes en los hogares colombianos. Así, en la revisión realizada en esta investigación los datos más precisos se encontraron solo en el estudio Perfil Migratorio de Colombia 2012 de la Organización Internacional para las Migraciones (2013a) y en la Encuesta de Demografía y salud de 2015 (Ministerio de Salud y Profamilia, 2016) –que no está dirigida solo a población migrante-.

Hecha esta aclaración, para el 2012 el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia estimó que había 4.700.000 colombianos en el exterior (OIM, 2013b). De acuerdo con la Encuesta de Demografía y salud, ENDS (Ministerio de Salud y Profamilia, 2016) más de la mitad de los emigrantes internacionales de Colombia son mujeres (56.6%) mientras que el (43.3%) son hombres; concentrados ambos géneros, con un 73,7%, en edades entre 20 y 49 años, y predominio de población de estratos más altos. Esta emigración se da en general para buscar mejores condiciones laborales y de vida, así como por la oferta de estudios de educación superior y la reunificación familiar (pp. 218-219). De acuerdo con la misma encuesta, las ciudades más grandes del país son los principales lugares de origen de los emigrantes: Bogotá (17.4%), Cali (12.3%), Medellín (10.9%) y los departamentos del Eje Cafetero: Caldas, Risaralda y Quindío (7.9%). Por otra parte, señala que Estados Unidos es el país donde se encuentra la mayor proporción de población colombiana (24 %), seguido de Venezuela (20,2 %), España (14,2 %) y Ecuador (6,0%), mientras Canadá se presenta con un 2,4 % (Ministerio de Salud y Profamilia, 2016, p. 219).

En relación con los países en esta investigación, la edad promedio de los colombianos en Estados Unidos es 34 años, de estos, el 55,3% son mujeres y 44,6% hombres (OIM, 2013b). Según el Pew Hispanic Research Center los colombianos se instalan, principalmente, en el noreste, en Nueva York y Nueva Jersey; en el sur en la Florida y Texas, y en el oeste en California (2012). En Ecuador la migración tuvo un punto máximo entre 2000 y 2005, y se constituye por un 52,8% de mujeres y 48,2% de hombres (OIM, 2013b). Y en Canadá, los colombianos son el grupo más grande de inmigrantes de Suramérica, 2,2% en 2008 y 1,9% en 2009; la mayoría de ellos por motivos de trabajo o estudio (OIM, 2013b).

4.4.2. Sujetos participantes.

4.4.2.1. Migrantes seleccionados

De acuerdo con el método biográfico narrativo (Sanz, 2005) las investigaciones pueden hacerse incluso con un relato de vida, en tanto se busca más la significatividad (por ejemplo, utilizando tipologías de sujetos a partir de variables preestablecidas o atendiendo al procedimiento de saturación teórica) que la representatividad, pues en la historia de cada persona está la cultura y cada persona está en su cultura. Desde esta consideración, para la presente investigación participaron siete migrantes colombianos: dos en Ecuador, dos en Canadá y tres en Estados Unidos.

La elección de estos países obedece a que su sistema de salud, concepción del derecho a la salud y actitud ante los migrantes es diferente: Estados Unidos, con un enfoque de salud desde el mercado y una coyuntura actual hostil con los migrantes; Canadá, cercano a un Estado de bienestar y un enfoque multicultural en la atención en salud; Ecuador que propone una ciudadanía universal.

En relación con los participantes, en la línea de la selección equitativa de los participantes de acuerdo a razones relacionadas con la investigación (Cohen, 2004; OPS y CIOMS, 2016), para esta investigación se seleccionó a los participantes buscando que tuvieran diversidad de características y experiencias migratorias, por ejemplo, desde su motivación o estatus migratorio. Teniendo esto en cuenta, en cada uno de los países se seleccionó un migrante colombiano con quien se inició la recolección de información y, de acuerdo a las características que se encontraran en este migrante, se seleccionaba un segundo migrante cuyas características fueran diferentes en aspectos como género, estatus migratorio, motivación migratoria, estatus de ciudadanía, etc. De esta manera, tal como se observa en el Cuadro 1, cada uno de los dos migrantes en los países muestra unas condiciones diferentes.

Cuadro 1. Migrantes participantes

Migrante	País	Género	Motivo para emigrar	Estatus migratorio
Alejandra	Ecuador	Mujer	Académico /laboral	Regular: residente permanente
Jorge	Ecuador	Hombre	Forzada: conflicto armado	Irregular. Refugio por solicitud dentro de Ecuador.
Diego	Canadá	Hombre	Laboral: programa de mano de obra calificada	Regular. En espera de ceremonia de ciudadanía canadiense.
Irene	Canadá	Mujer	Forzada: amenaza y secuestro a su pareja.	Refugiada a través de programa desde Colombia. Ciudadana canadiense
Antonio	Estados Unidos	Hombre	Académica	Regular Ciudadano, por habilidades excepcionales
David	Estados Unidos	Hombre	Sentimental	Regular Ciudadano
Diana	Estados Unidos	Mujer	Laboral Solicitud de refugio	Turista/solicitante de asilo

Sobre la selección de los entrevistados, cabe anotar que en Estados Unidos se seleccionaron tres migrantes pues el tercer migrante muestra como particularidad, frente a los otros migrantes entrevistados en esta investigación, que su motivación para emigrar fue sentimental.

De otro lado, adicionalmente se consideraron tres criterios de exclusión para la selección de los migrantes:

1. Menores de edad, pues están amparados por la declaración de los derechos de los niños y esto puede ser un distractor para el análisis del derecho a la salud.
2. Migrantes indocumentados: la investigación puede generar un riesgo de responsabilización legal; además, si requieren atención médica por reacciones psicológicas pueden asumir esta como un riesgo y no asistir.
3. Grupos especialmente vulnerables (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2009): como personas con autonomía disminuida, embarazadas y prisioneros, pues la investigación no representa beneficios particulares para ellos; además, como afirman

las normas CIOMS, puede tenderse a subestimar sus riesgos lo que genera más potencial de influencia o manipulación (OPS y CIOMS, 2016).

Ahora bien, en cuanto a la invitación a participar en la investigación, para este trabajo se usó como estrategia para invitar a los migrantes, la recomendación de personas conocidas y de migrantes conocidos por la investigadora, quienes conocían migrantes regulares en los países seleccionados para esta investigación. Para esta recomendación, se les solicitó consultar con el posible participante si podían compartir su correo electrónico con la investigadora para contactarlos para una investigación sobre “El derecho a la salud de migrantes colombianos en Ecuador, Canadá y Estados Unidos”, a realizarse con entrevistas a través de internet. En relación con las personas que establecieron la conexión con los posibles participantes, es de aclarar que se estableció que no tuvieran relación de dependencia o poder con los recomendados, esto, en pos de evitar la influencia indebida y la invasión de la privacidad de los sujetos (Comité para la protección de los sujetos humanos Universidad de California, 2013; Hicks, 2004a). Una vez hecha la recomendación, se contactó a las personas recomendadas—con su previa autorización—, y se les envió un correo electrónico con la invitación a participar de la investigación, y/o llamada si así lo deseaban. Luego de tres días hábiles de enviado el correo se les contactó de nuevo por la misma vía para consultar si deseaban continuar en el proceso de la investigación y se les solicitaba su disponibilidad de horarios para presentar la investigación y, desde allí, comenzar la construcción de información.

Esta invitación (Anexo F) se diseñó con la información recomendada por el Comité para la protección de los sujetos humanos Universidad de California (2013). Por otra parte, en pos de que los participantes comprendieran y reflexionaran sobre el consentimiento informado (Anexo A), este se les envió una semana antes de la primera sesión -prevista para su documentación- para que tuvieran suficiente tiempo para tomar su decisión, lo que a su vez les permitió, en el caso de participar de la investigación, tener una copia digital del consentimiento; además contaron con la información de contacto (correo electrónico) de la investigadora para cualquier duda que se les presentara al respecto.

Para cerrar, como se ha señalado anteriormente, para efectos de la protección de la información de los migrantes entrevistados, a cada uno le fue asignado un seudónimo, así como un código para la identificación de las referencias de sus relatos. Dichos seudónimos, las razones para este, los códigos para las citas y el número de sesiones de entrevistas de cada migrante se presentan en el Cuadro 2, como se ve a continuación:

Cuadro 2. Seudónimos, códigos y número de sesiones de los migrantes

Migrante	País	Significado del seudónimo⁴	Código en citas	Número sesiones
Alejandra	Ecuador	Defensora de los seres humanos	EE1	4
Jorge	Ecuador	El agricultor	EE2	3
Diego	Canadá	El que es instruido	CE1	4
Irene	Canadá	La que trae paz	CE2	5
Antonio	Estados Unidos	El que enfrenta a sus adversarios	EUE1	4
David	Estados Unidos	El amado	EUE2	4
Diana	Estados Unidos	Diosa de la caza	EUE3	3

4.4.2.2. Documentos seleccionados para análisis crítico del discurso

Por otra parte, para el análisis crítico se seleccionaron documentos en dos vías:

- Documentos oficiales: que dan cuenta de políticas y regulaciones migratorias, sobre el derecho a la salud y sobre sistemas de salud de cada uno de los países de destino seleccionados –Ecuador, Canadá y Estados Unidos-, para la selección se definió incluir documentos vigentes desde el periodo de emigración del participante.
- Documentos referenciados en los relatos de los participantes: relacionados con políticas, regulaciones, derechos, sistemas de salud de estos países.

⁴ Para la selección de los seudónimos se recurrió a fuentes de internet sobre significados de nombres como <https://significadodenombres.com.es>

Con base en las consideraciones anteriores se tomaron los siguientes textos de fuentes oficiales para análisis:

Cuadro 3. Documentos seleccionados para el análisis crítico de discurso

País	Documento	Fecha	Motivo para su selección	Análisis total o parcial	Categorías temáticas que aborda
Ecuador	Constitución de Montecristi	2008	Explicita la concreción de salud y de emigrar como derechos. Además es la guía para la apuesta progresista del Estado.	Parcial	Migración. Derechos de los migrantes. Derecho a la salud. Sistema de salud.
Ecuador	Ley Orgánica de Movilidad Humana	2017	Nueva legislación que corresponde a la visión de migrar como un derecho.	Total	Derecho a migrar. Concepción del migrante. Procedimientos administrativos.
Canadá	Carta Canadiense de Derechos y Libertades	1982	Primera parte de Acta de Constitución Canadiense, en esta se establece el multiculturalismo.	Parcial	Multiculturalismo. Derechos.
Canadá	Ley Canadiense de Derechos Humanos	1985/ 2017	Es la legislación que establece las formas y sanciones a la discriminación	Total	Concepción y tipos de discriminación.
Canadá	Ley de Salud de Canadá	1985/ 2017	Establece la concepción del sistema de salud que reconoce la importancia de las condiciones de vida.	Parcial	Sistema de salud y salud de la población. Derecho a la salud.
Estados Unidos	Ley de Inmigración y nacionalidad	1952	Esta Ley (Sección de Código de Estados Unidos) desarrolla cada uno de los aspectos relacionados con la migración.	Parcial	Regulaciones sobre los migrantes.
Estados Unidos	Ley “Apoye nuestras fuerzas de orden	2010	Es nombrada por los entrevistados, establece sanciones contra inmigrantes no	Parcial	Derechos de los migrantes. Leyes en contra de migrantes.

	público y los vecindarios seguros”		autorizados y quienes los ayuden.		
Estados Unidos	Ley para el control de la inmigración, el antiterrorismo y la protección de las fronteras	2005	Esta ley no solo plantea acciones contra los migrantes sino que propende porque sean denunciados por la población en general.	Parcial	Derechos de los migrantes. Leyes en contra de migrantes.

Ahora bien, estos documentos son de fuentes oficiales de los países de análisis, como Asambleas constituyentes, Parlamento, Congreso, etc. En relación con los temas, tal como se presentó, los documentos analizados contribuyeron a la construcción de categorías temáticas que incluían políticas migratorias, legislación en salud, salud para migrantes, derechos humanos de los migrantes. A su vez cada categoría temática incluía temas como se presenta a continuación:

Políticas migratorias: planes de migración, requisitos de ingreso y obtención de ciudadanía, sanciones para migrantes irregulares, procedimientos de deportación, protección especial al migrante (ej. No discriminación)

Legislación en salud: salud como derecho o servicio (gubernamental). Constitución del sistema salud.

Salud para migrantes: regulaciones sobre exámenes/revisiones de salud (origen, tránsito y llegada). Programas de salud pública (vacunación, salud sexual y reproductiva).

Derechos de los migrantes: mecanismos de igualdad, sanciones, prohibiciones.

5. Consideraciones Éticas

Para las consideraciones éticas de este trabajo se asumió como guía, en el ámbito local, la Resolución 8430 de 1993, el Código deontológico y bioético de la psicología (Ley 1090 de 2006) teniendo en cuenta la profesión de base de la investigadora. Asimismo, se consideraron la Ley 23 de 1982 (Ley 23 de 1982) de derechos de autor y el Código de ética en la investigación de la Universidad de Antioquia (Universidad de Antioquia, 2016). Del ámbito internacional se tomaron las normas CIOMS (OPS y CIOMS, 2016), la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (Organización de Las Naciones Unidas Para La Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2006), el Informe Belmont (Estados Unidos de Norte América. Instituto Nacional de Salud. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, 1979) y la Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (Asociación Mundial Médica, 2013). Lectura que se profundizó con la realización del curso de investigación con sujetos humanos (HSR) del programa ética de la investigación, CITI, de la Universidad de Antioquia (Anexo J).

Por otra parte, por ser un estudio multisituado, de acuerdo con la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (UNESCO, 2006), en su artículo 21, se requiere una evaluación por comités de ética en cada país en que se realizó la investigación, así como el país del investigador; requisito para el cual se solicitó al comité de ética exoneración (Anexo H); y como condiciones de esta, se asumieron para la investigación aspectos considerados en la Regla Común 45 CFR 46 para investigación con humanos de Estados Unidos del Departamento de salud y servicios humanos (2009), la Declaración de política de los tres Consejos: Conducta ética para la investigación con seres humanos (Canadian Institutes of Health Research et al., 2014) para Canadá, y la Guía para promoción y conformación de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (Ministerio de salud Pública, 2015) para Ecuador.

Ahora bien, teniendo en cuenta estas regulaciones, lo primero a decir, es que según la Resolución 8430 de 1993 esta es una investigación en salud, en tanto, según el artículo 11, busca contribuir “Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica

médica y la estructura social” (p. 1), asimismo, de acuerdo con esta Resolución, su nivel de riesgo es mínimo.

Con base en lo anterior, para abordar las consideraciones éticas se adoptaron los principios de: respeto a las personas (autonomía), beneficencia y justicia (Estados Unidos de Norte América. Instituto Nacional de Salud. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental, 1979), coincidentes con la Resolución 8430 (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1993) que establece el respeto a la dignidad y protección del bienestar de los sujetos, y la Declaración de Helsinki (Asociación Mundial Médica, 2013), que sitúa como principio básico el respeto por el individuo (Art. 8), y el bienestar del sujeto sobre los intereses de la ciencia (Art. 5).

La autonomía se comprende como el derecho a tomar decisiones informadas (Asociación Mundial Médica, 2013) y se materializa en el proceso de consentimiento informado (OPS y CIOMS, 2016; Resolución N° 8430 de 1993). Consentimiento que como proceso se da durante toda la investigación y es responsabilidad del investigador (OPS y CIOMS, 2016; Resolución N° 8430 de 1993), por ejemplo, cuidando que el proceso de invitación a participar no generara coerción, influencia indebida o invasión de la privacidad de los sujetos (ver apartados invitación a participar y técnicas de recolección).

Teniendo en cuenta que gran parte de la construcción de la información se realizó por medios virtuales, se solicitó al comité de ética exoneración de la documentación física y de los testigos para el consentimiento informado (Anexo H). Esta solicitud no implicó la exoneración de los requisitos, por esto, el consentimiento planteado por esta investigación se desarrolló con base en los requisitos presentados por el comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública, la Resolución 8430 de 1993, el Comité para la Protección de los Sujetos Humanos de la Universidad de California (2016b) y el Apéndice 2 de las normas CIOMS (OPS y CIOMS, 2016) -Anexo A-.

Por su parte, la beneficencia, se refiere a que el bienestar de los sujetos participantes prime en la investigación, para esto se analizó que los beneficios, directos o indirectos, por su participación superaran los riesgos, establecidos como mínimos (Cohen, 2004; Mondragón, 2007). En la presente investigación se identificaron riesgos psicológicos como las reacciones emocionales negativas en las entrevistas, para las cuales, la técnica de relatos

de vida permitió al participante guiar su relato y definir su ritmo y temas (ver técnicas de recolección). Asimismo, se contemplaron las condiciones de tranquilidad y seguridad en las entrevistas, para esto, la investigadora procuró un ambiente privado, en el que solo el participante y la investigadora estaban presentes en la entrevista, se propendió, además por un ambiente de confianza en que el entrevistado pudo manifestar sus vivencias sin someterse a juicio por parte de la investigadora y pudo expresar sus emociones sobre la entrevista. Además, como se dijo, el desarrollo de la sesiones está, mayormente, bajo control de los entrevistados en términos del establecimiento de horarios, temas, o incluso suspensión de la entrevista si así lo deseaba. Por otra parte, se cuenta con una sesión final de cierre, en la cual se planeó una realimentación sobre la información construida desde las entrevistas y acerca de su propia experiencia como parte de la investigación. Finalmente, se construyó para cada participante una base de datos con información personal –solo la necesaria para la atención médica- esto es, si posee o no seguro médico, área de cobertura, una persona de contacto en caso de emergencia, números de teléfono, direcciones, requisitos de acceso de instituciones de atención en los lugares de realización de las entrevistas y de residencia –si son diferentes- de los migrantes. Esta información se tuvo en cuenta en el caso de requerir atención secundaria, pues en el caso de que se hubiera presentado una crisis, el acompañamiento inicial podría haberse realizado por parte de la investigadora desde su formación como psicóloga.

En los riesgos sociales se consideraron la discriminación y estigmatización de las personas entrevistadas, desde esta consideración se planteó como compromiso la responsabilidad en el análisis de la información de manera que no culpabilizara a los participantes, así como medidas de protección de la privacidad y confidencialidad adecuadas para una investigación que usó internet como herramienta. Algunas de estas medidas se asumieron para los procesos de construcción, registro y almacenamiento de la información (ver apartado Construcción de la información y Anexo G. Seguridad en internet). Adicionalmente, se revisaron los términos de servicio de las multiplataformas de Gmail y Skype –usados en la construcción de la información-. Para la difusión de la información, desde la Resolución 8430 de 1993 que establece la protección de privacidad del individuo, no se divulgan datos concretos, por ejemplo, la edad se ubica en rangos, la fecha de emigración solo mes y año. Adicionalmente, los resultados se han usado solo para los

propósitos que se explicitan en el consentimiento informado (ver apartado difusión y devolución de la información).

Asimismo, se ha protegido la confidencialidad de la información. Al respecto, cabe aclarar que se asume y explicita en el consentimiento informado, lo establecido en la legislación sobre ética canadiense (Canadian Institutes of Health Research et al., 2014) acerca de la exigencia de limitar la confidencialidad a las solicitudes judiciales, que operan para información necesaria para proteger la vida, salud o seguridad del participante o terceras partes, regulación coincidente con lo establecido en el Título VIII de la Ley de protección de datos personales (Ley estatutaria 1581 de 2012), en relación con las razones que justifican la transferencia de datos a terceros países. Finalmente se contó con la posibilidad de solicitar asesoría sobre seguridad a la Oficina para la protección de los sujetos humanos de la Universidad de Berkeley (OPHS) a través del correo electrónico: ophs@berkeley.edu.

En relación con los riesgos para la investigadora estuvieron los desplazamientos en el caso de la realización de entrevistas físicas, como acción preventiva al respecto, las entrevistas se realizaron en lugares públicos, como bibliotecas. Por otra parte, considerando los efectos emocionales que pudieran generarse desde los relatos o las reacciones emocionales de los participantes, se contaba como medidas con la propia experiencia de la investigadora en atención clínica para encontrar herramientas para elaborar las emociones, y con la afiliación al sistema de salud en caso de que se hubiera requerido atención secundaria.

De otro lado, la investigación incluía en sus beneficios directos para los entrevistados el efecto terapéutico que pueden tener las entrevistas (Gastaldo y McKeever, 2000), la oportunidad de dar cuenta de su experiencia, la construcción del relato, la visibilización de las condiciones que viven y cómo los afectan, y la reivindicación de sus propias acciones. Asimismo, al finalizar la investigación se envió a cada participante un documento digital con referencias sobre normatividad migratoria, y una base de datos de red de atención en su zona/ciudad de residencia (asistencia migrante, organizaciones de migrantes, consulados, asociaciones de Derechos Humanos) e información sobre Migración Colombia (Anexo K). De otro lado, como beneficios indirectos se contemplaron, el avance del conocimiento sobre el fenómeno, que podría redundar en mejoras en la atención médica o asistencia de acuerdo con sus características (UNESCO, 2006), también podría contribuir a la

desresponsabilización del migrante de las situaciones que vive y el desplazamiento de la mirada técnica económica o securitaria de la migración hacia una mirada humana y sanitaria.

En cuanto al tercer principio, justicia, esta hace referencia a la selección equitativa de los sujetos participantes, de manera que quienes asumieron los riesgos obtengan los beneficios (Emanuel, 2003) (Ver apartado 4.4.2. Sujetos participantes). En este punto es importante señalar que aunque los migrantes pueden considerarse una población vulnerable, se abordaron justamente en pos de entender el fenómeno, con el fin de contribuir, por medio del conocimiento, a la mejora de sus condiciones de vida, así se revierte en beneficios con los resultados de investigación.

Para finalizar, la investigación se desarrolló con recursos propios, lo que implicó un nivel de autonomía para construir, analizar e interpretar la información, así como la elección de los espacios para la divulgación de esta; de manera que se declara que no se presentaron conflicto de intereses (OPS y CIOMS, 2016).

SEGUNDA PARTE: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un derecho es un derecho tan sólo cuando es universal; de otro modo es un privilegio.

Claudio Schuftan, 2007.

A continuación se presentan los resultados construidos en esta investigación. Resultados que se han estructurado en una presentación inicial por cada país: el primero de Ecuador, el segundo de Canadá y el tercero de Estados Unidos. Este abordaje comprende para cada uno de los países los siguientes aspectos: primero, el perfil, expectativas y experiencia de migración de los migrantes entrevistados. Segundo, los contextos normativos sobre migración y salud. Tercero, el derecho a la salud de los migrantes entrevistados. Cuarto, los migrantes como sujetos del derecho a la salud. Quinto, consideraciones finales. Finalizados los capítulos por países, se presentan los capítulos de discusión y conclusiones que dan cierre al trabajo de investigación.

6. Ecuador

6.1. Migrantes Colombianos En Ecuador: Perfil, Expectativas Y Experiencia De Migración

Desde la apuesta ética y metodológica de esta investigación son centrales los sujetos. En esta vía, se ha definido iniciar el capítulo con el apartado denominado *Migrantes colombianos en Ecuador: perfil, expectativas y experiencia de migración*. Apartado que contempla los siguientes elementos analíticos: ¿Quién es el migrante entrevistado?; expectativas y experiencia de migración; proceso, documentación y condición migratoria; y familia y país de origen: lazos del migrante. Cabe aclarar que estos elementos se construyeron con base en los relatos de los entrevistados, por ende, están marcados por las líneas que ellos incluyen en cada aspecto y por sus formas de relatarlo.

6.1.1. Alejandra

6.1.1.1. ¿Quién es la mujer migrante entrevistada?

Alejandra vivía en Antioquia (Colombia) antes de emigrar. Obtuvo su grado universitario en Colombia y emigró con una beca para maestría que cubría gastos de matrícula y sostenimiento. Con esa beca se fue a estudiar a Quito (Ecuador) en octubre de 2010 e ingresó a ese país con visa de estudiante. Señala que en ese momento la situación entre Ecuador y Colombia era muy complicada, por la confrontación entre los expresidentes Rafael Correa y Álvaro Uribe por el bombardeo de Angostura que derivó en la muerte de Raúl Reyes. En 2011 retorna a Colombia, pero, a mediados de 2013, decide regresar a Ecuador e instalarse con su pareja que es ecuatoriano. De su llegada al país en 2013, resalta como anécdota que tenía nueve piezas de equipaje, pues llevaba todo su trasteo, y la persona que estaba en el punto de seguridad en el ingreso a Ecuador revisó exageradamente cada una de sus piezas de equipaje. En el momento de su segundo ingreso a Ecuador lo hace con visa de turista y, una vez allí, solicita su visa profesional. Desde su emigración ha vivido en Quito y, actualmente, hace parte de un colectivo para la defensa de Derechos sexuales y reproductivos.

Con respecto a su relato, es de señalar que la entrevistada acompaña sus respuestas con reflexiones acerca de elementos sociales y de contexto que rodean su experiencia.

6.1.1.2. Expectativas y experiencia de migración

En su primera emigración, la motivación de Alejandra fue académica, más cuando decide regresar a Ecuador para residir de manera permanente, en su motivación se conjugan la búsqueda de oportunidades laborales y que había decidido instalarse con su pareja que es ecuatoriana. En cuanto a la motivación laboral, afirma que emigra “muy motivada por la falta de oportunidades”, y por las condiciones laborales “muy pauperizadas” en Colombia, pues, aunque en el momento de emigrar tenía trabajo en Colombia, sus condiciones económicas no eran idóneas, mientras en Ecuador había más oportunidades, menos competencia y más posibilidades de éxito, además, tenía un título académico de posgrado obtenido en ese país. Tampoco sus condiciones emocionales en Colombia eran adecuadas pues se encontraba sola en la ciudad de Bogotá, lejos de su familia y amigos, motivo por el que califica la etapa previa a su segunda migración como “muy solitaria”. Destaca que en ese momento, su mayor compañía era su pareja ecuatoriana que venía a visitarla cada cierto tiempo. Por esos motivos fue fácil para ella tomar la decisión de retornar a ese país.

No obstante, en relación con la motivación laboral con la que partió por segunda vez, afirma que, actualmente, su expectativa de acceder a un trabajo bien remunerado no se está cumpliendo. Además, expresa que con el pasar de los años han aumentado sus deseos de retornar a Colombia, pero no encuentra condiciones laborales óptimas para hacerlo. Por otra parte, la entrevistada plantea que la motivación de muchos colombianos para emigrar a Ecuador es la dolarización de la economía en ese país, que les permite ganar en dólares y enviar dinero a su familia, así como las numerosas oportunidades que hay allí para realizar emprendimientos económicos, sociales o laborales exitosos. Afirma que Ecuador ofrece muchas oportunidades a los migrantes, aunque hoy son menos evidentes, pues cuando ella llegó a ese país la economía era mucho más boyante.

Con respecto a su pareja, manifiesta que esta fue una de las razones para emigrar por segunda vez y, resalta que aunque no fue un sacrificio, si ha significado desafíos, pues dado que ella no tiene familia en Ecuador, en su fase inicial de instalación, su familia y amigos fueron los de su pareja. No obstante, resalta la importancia de contar con él, pues su primera experiencia de vivir en Ecuador en solitario fue muy negativa, con muchas situaciones violentas, xenofobia, con dificultades para conseguir casa, para los trámites, etc. Anota que

cuando regresó a Ecuador y se instaló con su compañero, la experiencia fue muy diferente, pues el apoyo de él le facilitó la interacción en el país y le permitió el acceso a oportunidades, por ejemplo, laborales.

En cuanto a sus sentimientos al emigrar, en su primera llegada a Ecuador, Alejandra expresa que se mezclaban la emoción de emigrar con la incertidumbre que le generaba la decisión misma. También sentía la presión de tener una beca, salir del país para vivir sola por primera vez, así como saberse demasiado joven. Adicionalmente, con el paso del tiempo y debido a las dificultades a las que se enfrentó, su situación se fue complejizando, hasta el punto en que llegó a preguntarse “qué hacía allí” aunque sabía que “debía soportarlo”. Con respecto a las dificultades que vivió, relata:

Tuve tres asaltos súper violentos, que nunca en Colombia me pasó y como que las armas que conozco las vine a conocer acá [...] nunca me pasó en Colombia que me hayan apuntado 3 pistolas al tiempo ¿cierto? Y como que en ese momento, en el 2011 me pasó 3 veces y fue muy violento. Incluso en uno de los atracos, uno de los ladrones me decía como: ah, colombiana, no te como de colombiana, tarada, no sé qué. Como que además de atracarme me insulta por colombiana [Risas]. Me hizo bullying por colombiana. (EE1S1).

Ahora bien, además de estas situaciones puntuales, Alejandra plantea que la migración, en general, permite ampliar los horizontes, aunque también genera rupturas culturales, políticas y emocionales, que no son necesariamente dramáticas, pero sí son dislocaciones y, en esa vía, requieren un trabajo personal para aceptarlas y valorar el lugar al que se va.

Ella refiere que en los migrantes se mantiene una sensación de añoranza, de “extrañar”, en ocasiones, relacionada con la imposibilidad de adaptarse. En su caso, afirma que ha tenido que realizar adaptaciones a su ser, entre ellas, modular su expresión de los afectos, incluso el volumen de su voz, pues en Ecuador el tono acostumbrado es más bajo que en Colombia. Por otra parte, para ella la migración ha profundizado su sensibilidad, su capacidad para superar prejuicios, para ponerse en el lugar del otro y la ha llevado a cuestionar y evidenciar constantemente los mensajes en que se distorsionan negativamente las situaciones relacionadas con la migración.

6.1.1.3. Proceso, documentación y condición migratoria

Alejandra realizó su proceso de emigración a partir de la admisión en una Universidad en Quito y, como se dijo, ingresó a Ecuador con visa de estudiante y, una vez en el país obtuvo el censo, el empadronamiento que era “como una tarjeta de residencia”. Al respecto, destaca las dificultades que tuvo para renovar su visa de estudiante, pues asistió a dicho trámite con un amigo que también era becario colombiano, ambos con los mismos documentos y las mismas condiciones, y mientras a él se la renovaron fácilmente, a ella le exigieron documentos adicionales relacionados con su solvencia económica.

Ya para su llegada a Ecuador en el 2013, ingresa con visa de turista y aunque actualmente, es residente permanente, afirma que no le interesa nacionalizarse aún pues para requeriría basar la solicitud en un vínculo marital. En la actualidad, cuenta con cédula de identidad, así como con visa profesional por diez años, de los cuales han pasado cinco, motivo por el que aún no ha consultado el proceso para renovarla. Al respecto, resalta que ella pudo tramitar esta visa porque su jefe avaló su solicitud, pero esta no es la generalidad, pues los trámites para solicitarla son un nudo complejo y difícil para quien está asentándose, ya que para obtener trabajo solicitan esta visa pero, a su vez, para obtenerla se requiere tener un trabajo, así las cosas, quienes solicitan esta visa quedan, en muchas ocasiones, envueltos en un limbo legal.

En general, en relación con los procesos administrativos, Alejandra manifiesta que, al realizar los trámites migratorios, los migrantes se encuentran siempre con que “les falta algún documento”, y el éxito del trámite depende de la disposición del funcionario que lo resuelva. Además, ella afirma que anteriormente en Ecuador había mayor apertura para los procesos migratorios, pero estos se han endurecido, aún en contra de lo que establece la Constitución. Lo anterior, es evidencia de que los avances propuestos en las políticas migratorias no siempre redundan en cambios en la realidad.

6.1.1.4. Familia y país de origen: lazos del migrante

Como se mencionó, Alejandra es una mujer que obtuvo su título profesional en Colombia. Luego de egresar de la Universidad concursó y obtuvo una de las becas del Municipio de Medellín para estudios de posgrado, lo que le permitió realizar sus estudios en Ecuador. Una

vez finalizó sus estudios en ese país, uno de los requisitos para condonar la beca era el de retornar a Colombia y trabajar en un ámbito relacionado con el área de estudio de la beca por un periodo de dos años. Sin embargo, para la entrevistada no fue posible cumplir con este requisito, pues no obtuvo un empleo que cumpliera estas condiciones, razón por la cual se fue a vivir a Bogotá para trabajar en una revista periodística de circulación nacional. Ya instalada en esa ciudad se encontró con que este empleo no la satisfacía profesionalmente. De manera adicional, ella se encontraba bastante sola, lejos de su familia, aunque mantenía contacto constante con su pareja, con quien había iniciado su relación en su primera migración a Ecuador. Todas estas situaciones la llevaron a evaluar la idea de regresar a Ecuador, decisión que, pasado algún tiempo, finalmente tomó.

Pasados ocho años desde su segunda emigración a Ecuador, ella menciona que mantiene comunicación con sus padres en Colombia y trata de visitarlos, en lo posible, dos veces al año, pues para ella, ellos tienen un lugar muy especial en su vida, además de representar su vínculo más fuerte con Colombia. En cuanto a estas visitas, anota que para ella es como una especie de “compromiso” viajar cada año, en diciembre, para estar con ellos en navidad. Adicionalmente, subraya que precisamente, su primera navidad en Ecuador en el año 2013, fue una “navidad terrible” porque no pudo viajar a Colombia para estar con su familia, lo que le generó muchos sentimientos de nostalgia y tristeza, aunque allí se encontraba en compañía de su pareja.

Respecto a él, destaca el hecho de que también ha migrado del país, e incluso residió en Estados Unidos, circunstancias que le confieren una mayor apertura y comprensión de las situaciones que ella puede atravesar como migrante; ella lo define como un “quiteño-gringo”. No obstante, Alejandra señala que la relación de pareja no ha sido fácil debido a que ella siente en su pareja una preocupación constante por su bienestar, preocupación que considera, en ocasiones, excesiva, y que no lo deja a él estar totalmente tranquilo y, de paso, a ella también. Para la entrevistada, la preocupación de su pareja se origina en que él se siente el principal responsable de su decisión de emigrar, pues considera que ella se instaló en Ecuador y abandonó su vida previa por establecer su vida en común con él. Al respecto, ella manifiesta que si bien su migración no representó un sacrificio, sí tuvo unas consecuencias a nivel relacional, pues en principio su familia y amigos en Ecuador, eran mayormente los de su

pareja, situación que se mantuvo hasta hace uno o dos años, cuando ella empezó a tener una red alternativa de relaciones.

Ahora bien, ella también menciona que sus padres son bastante adultos y esa es una de las razones que la hacen, por momentos, desear retornar a Colombia. A estas razones, le añade que extraña la cultura colombiana, el movimiento de la ciudad y el clima, además, plantea que le gustaría retornar para “aportar al país”. No obstante, manifiesta que sus sentimientos al respecto son ambiguos, pues, en algunos momentos, desea retornar a Colombia, pero, cuando está en Colombia también siente la necesidad de regresar a Ecuador.

6.1.2. Jorge

6.1.2.1. ¿Quién es el hombre migrante entrevistado?

Jorge relata que no realizó estudios de ningún tipo, ni primarios ni secundarios, pero ha aprendido oficios como la construcción. Reside en Ecuador hace dieciocho años, su ingreso a Ecuador lo realizó con visa de turista, luego estuvo un tiempo indocumentado y actualmente se encuentra bajo el estatus de refugiado. En Ecuador ha formado una familia, su esposa es ecuatoriana y, con ella, tiene tres hijos ecuatorianos. En ese país se desempeña en trabajos ocasionales de construcción, plomería y también ha trabajado en ventas informales en la vía pública y en los buses. Ha vivido en varias provincias, como Manta, Esmeraldas, Santo Domingo y Guayaquil. Se encuentra actualmente radicado en Quito porque su esposa rechaza la idea de irse para otra provincia del Ecuador o a otro país, pues teme enfrentarse a territorios y personas desconocidas.

De este entrevistado cabe resaltar que sus respuestas son fluidas y, en general, incluyen anécdotas. Además, en la sesión para la entrevista se presenta vestido con una camisa que en los bordes de sus mangas tenían la bandera de Colombia bordada.

6.1.2.2. Expectativas y experiencia de migración

Jorge sale del país huyendo de un grupo armado ilegal por el que fue reclutado mientras vivía en el Altiplano Cundiboyacense (Colombia); escapó porque temía que su pertenencia a dicho grupo implicara enfrentarse, en el contexto del conflicto, con personas conocidas, incluso de

su propia familia. Así, buscó la oportunidad para huir y, con un dinero que tenía ahorrado, pasó la frontera colombo-ecuatoriana con su cédula de ciudadanía colombiana y, desde allí, recorrió varios países de Suramérica como Venezuela, Bolivia, Brasil, países en que desempeñó oficios como ventas en los buses y limpiar vidrios de automóviles en los semáforos. En estos países no se instaló por motivos como la tasa de cambio de la moneda, el idioma, el racismo y la lejanía con Colombia. Luego de este recorrido regresó a Ecuador, en el 2002, para instalarse en Manta, donde recibió la noticia de la muerte de su hermano, razón por la que viajó a Colombia por un periodo de seis meses, luego del cual, retornó a Ecuador para instalarse definitivamente.

Manifiesta que eligió vivir en Ecuador por la dolarización, lo llama “Ecuadolar”, dice que es un Estados Unidos pequeño y que, por eso, muchos migrantes se dirigen allí con el objetivo de obtener dinero para enviar a Colombia. Aunque aclara que él no ha conseguido hacerlo, pues a pesar de que obtuvo bastante dinero en las ventas informales, lo gastó en consumo de alcohol. De otro lado, afirma que ese país es “chévere”, y resalta como ventaja allí, la variedad de climas: frío en Riobamba, templado en el Valle de los Chillos o Santo Domingo, y cálido en Esmeraldas, Manta y Guayaquil.

6.1.2.3. Proceso, documentación y condición migratoria

Para su ingreso a Ecuador la ruta que siguió Jorge fue Bogotá – Neiva - Cali –Ipiales – Tulcán (Ecuador) pasando por el puente Rumichaca. Para pasar la frontera usó su cédula de ciudadanía colombiana y dijo que iba de vacaciones por quince días, allí le dieron la Tarjeta Andina, válida por tres meses. Este documento podía renovarse por un mes más, sin embargo, el no realizó esta renovación y, por consiguiente, permaneció indocumentado en el país.

Mientras estaba indocumentado, fue detenido y deportado a Colombia. Esto sucedió una mañana que estaba vendiendo CD's en el centro de Quito y la policía de migración le solicitó sus documentos, él presentó la partida de nacimiento de sus hijos que son ecuatorianos, y explicó que se encontraba tramitando la regularización de su estatus migratorio. No obstante, la policía no aceptó sus argumentos y le solicitó pagar un soborno que él no pudo pagar, de manera que, a pesar de sus suplicas, lo llevaron detenido para Rio Coca (Quito). Allí estuvo quince días, viviendo en lo que él califica como condiciones

infrahumanas, afirma que lo “ficharon con sellos como delincuente”, no le daban comida y debía dormir arrodillado con sus compañeros en un cuarto de “dos metros”. Luego de esto, fue deportado a Colombia, dado que no tenía asuntos pendientes con la justicia en el país quedó libre. Pero su familia permanecía en Ecuador, así que él debía regresar allí. Relata que pasó varias peripecias para burlar los controles en la frontera y reingresar a Ecuador; por ejemplo, narra que pasó la frontera escondido en el vehículo de un particular que aceptó llevarlo a cambio de uno de los Cd’s que él vendía. Una vez que llegó a Tulcán, se encontró con varios de los compañeros que habían sido deportados con él y que también habían reingresado al país. En conjunto consiguieron que los llevaran hasta Quito por \$200, pero como él no tenía dinero fueron sus compañeros los que cubrieron su pago, además, una vez en Quito, uno de los compañeros le regaló dinero para pagar el taxi que lo llevó hasta su casa.

Una vez reinstalado en Ecuador, por recomendación de un amigo, solicita el refugio a ACNUR. Explica que para esta solicitud le hicieron una entrevista inicial en que expuso su caso, seguida de cuatro o cinco entrevistas más. Como resultado le otorgaron el refugio, momento en que le entregaron un carnet provisional por seis meses, el cual fue cambiado por uno de un año, y posteriormente por uno de dos años; así las cosas, ha renovado su carnet de refugiado tres o cuatro veces. Recuerda que adicionalmente le ofrecieron la posibilidad de aplicar a la figura del “tercer país”, modalidad que permitía a los refugiados solicitar refugio en un país adicional al que inicialmente habían llegado, por ejemplo, de la Unión Europea. No obstante, Jorge decidió no aplicar porque le implicaba abandonar a su esposa e hijos.

Adicionalmente, recuerda que antes de la obtención de su estatus definitivo ya había presentado una solicitud de refugio, pero había desistido de esta debido a las numerosas entrevistas a las que lo citaban, por lo que prefirió quedarse indocumentado. Asimismo, relata que asistió al proceso de registro ampliado de refugiados que se dio bajo el mandato de Rafael Correa. En relación con este proceso señala que tuvo que desplazarse por varias provincias del país hasta llegar a San Lorenzo, lo que le causó demoras e hizo el proceso bastante largo. Una vez allí, hizo fila dos días pero logró ser atendido y entrevistado por un equipo de psicólogas a quienes les contó su historia y quienes finalmente le autorizaron la inscripción. No obstante, aún no ha podido nacionalizarse pues extravió su pasaporte.

6.1.2.4. Familia y país de origen: lazos del migrante

Jorge proviene de una familia campesina numerosa, señala que incluso hay miembros de su familia que no conoce, pues su papá tuvo 36 hijos. Él destaca que su padre solo se casó con su madre con quien tuvo 7 hijos, de los cuales, 4 están con vida. Adicionalmente, Jorge tiene dos hijos en Colombia, uno con quien no sostiene ninguna relación y otro con quien, la relación se limita, al envío de dinero, de vez en cuando. Por otra parte, Jorge estableció una nueva familia en Ecuador, integrada por su esposa y tres hijos.

Con respecto a su familia de origen, afirma que él es quien está más lejos, y ese distanciamiento no sólo es físico, pues aunque él busca comunicarse con ellos a través de medios virtuales, esto ha sido bastante difícil porque sus familiares no se encuentran en línea o no le responden. Además, narra que tiene disputas con uno de sus hermanos debido a un bien inmueble, herencia de su madre. Estas disputas se originan en que su hermano se ha posesionado de dicho inmueble, lo ha usufructuado y no distribuye las ganancias económicas con sus hermanos o con los hijos de Jorge. Además, su hermano ha pretendido vender ese bien, pero no ha podido hacerlo, justamente, porque el entrevistado no ha dado su autorización.

Jorge recalca que durante su estancia en Ecuador se han producido varias muertes en su círculo familiar. La primera, de un hermano, que sucedió cuando él vivía en Manta y aunque viajó a Colombia para el entierro, no llegó a tiempo. Un año y medio más tarde murió su madre y aunque intentaron comunicarse con él oportunamente, no fue posible, por lo cual tampoco pudo asistir a su entierro. Dos años y medio después murió otro de sus hermanos y menciona también la muerte de dos amigas cercanas. Como resultado de esta sucesión de muertes, en algún momento, Jorge consideró que lo mejor para su estabilidad emocional era no contactar a su familia, pues cada vez que se comunicaba con ellos se encontraba con noticias negativas. Sin embargo, hace alrededor de dos años replanteó su decisión y empezó a comunicarse de nuevo con ellos.

En parte debido al distanciamiento con su familia de origen, Jorge señala que él y su familia en Ecuador solamente cuentan con ellos mismos; dice que son “únicos” para referirse al hecho de que, tal como él, su esposa no cuenta con lazos familiares cercanos. Relata que a su esposa la conoció por medio de un amigo en común y han estado juntos durante 14 años.

Expresa que sus hijos no conocen Colombia ni a su familia de origen, pero su hija mayor le ha manifestado su deseo de viajar y conocer el país; incluso le pidió este viaje como regalo en su cumpleaños 15.

En su relato, Jorge plantea que debe organizar varios asuntos para poder cumplir este deseo de su hija: primero, debe ahorrar para el viaje pues calcula que requiere al menos \$5000 para los gastos. Segundo, precisa que él debe viajar antes para “ver cómo están las cosas” en Colombia, pues por las condiciones en que salió del país teme por la seguridad de su familia. Tercero, debe solicitar un permiso especial del ACNUR pues por su estatus de refugiado no puede salir de Ecuador sin este permiso, aunque también contempla la opción de nacionalizarse para viajar libremente. Ahora bien, Jorge es claro en señalar que este viaje se trataría de una visita para cumplir el deseo de su hija y para solucionar la desavenencia que tiene con su hermano, pues él hace más o menos 15 años que no visita Colombia y, en sus planes, no está asentarse de nuevo en el país.

6.2. Contextos Normativos En Movilidad Humana y Salud

El presente apartado aborda el contexto normativo en movilidad humana y el contexto normativo en salud, el último en dos vías: El derecho a la salud en Ecuador y el derecho a la salud de las personas en movilidad humana en Ecuador.

6.2.1. Contexto normativo en Movilidad humana

La normativa en movilidad humana del Ecuador se trabaja desde los siguientes referentes: la Constitución del Ecuador (2008), la Agenda de política exterior 2017-2021 (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018), la Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017) y su reglamento (2017)⁵. Estos documentos fueron seleccionados por su vigencia y

⁵ Reconociendo la importancia de los antecedentes normativos, se revisaron también las legislaciones anteriores que actualmente confluyen en la Ley Orgánica de movilidad (2017) y en su Reglamento, estas son: Ley de Migración (2014/2005), Ley de documentos de viaje (2005), Ley de Naturalización (1976), Ley de Extranjería (2004) y sus respectivos Reglamentos.

porque la Constitución y las subsiguientes legislaciones evidencian el paso de un enfoque migratorio convencional a lo que se plantea como “la defensa de migrar como un derecho”.

Lo primero a señalar, es que de acuerdo con la Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017), el Estado debe velar por los derechos de las personas en movilidad humana (Constitución del Ecuador, 2008). Esta función está en cabeza del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, función que comparte con los gobiernos provinciales y municipales. Adicionalmente, el Ministerio del Interior ejerce la rectoría del control migratorio, que incluye, aspectos como el ingreso y salida de personas, los procedimientos de deportación, y la lucha contra la trata de personas y el tráfico ilícito de migrantes (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017; Reglamento a la Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

Dicho esto, debe anotarse que el centro del contexto normativo sobre movilidad humana en Ecuador es el “derecho a migrar” (Constitución del Ecuador, 2008), del cual se derivan la defensa de los derechos y la igualdad de las personas en situación de movilidad humana, la ciudadanía universal, la no criminalización de la migración independientemente de la condición migratoria, y la protección de los ciudadanos ecuatorianos en el exterior, entre otros (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017; Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018). Desde esta base el contenido de la normativa puede concentrarse en tres grandes temas: 1. Ciudadanos ecuatorianos en el exterior y personas retornadas, 2. Personas en situación de movilidad humana que requieren atención prioritaria y, 3. Derechos de las personas en movilidad humana desde la apuesta por el derecho a migrar. Ahora bien, considerando que esta investigación se orienta al derecho a la salud, es necesario aclarar que aunque se presentan las tres líneas enunciadas, se enfatiza en la tercera.

La primera línea, el compromiso con los derechos de los ciudadanos ecuatorianos en el exterior y retornados, es uno de los cambios en la legislación vigente, pues la anterior explicitaba que el gobierno ecuatoriano no tenía responsabilidades con ellos (Ley de Documentos de Viaje, 2005). Este cambio obedece al reconocimiento del Ecuador del alto número de emigrantes ecuatorianos y a la participación de comunidades de ecuatorianos emigrantes en la construcción de la Constitución del Ecuador (2008) y de la Agenda de

política exterior 2017-2021 (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018).

En la segunda línea, la de personas en movilidad humana que requieren atención prioritaria, se considera, por una parte, a quienes requieren atención prioritaria por condiciones inherentes a su persona como niños, niñas y adolescentes, y mujeres, grupos para los que se establecen medidas como protocolos especiales de atención (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018). Por otra parte, para quienes requieren esa atención por situaciones particulares como en el caso de las víctimas de trata de personas o tráfico de migrantes, se establecen acciones orientadas a la prevención y erradicación de estos delitos, y a la protección y atención para las víctimas.

Entre quienes requieren atención prioritaria por su situación están también los sujetos en protección internacional –persona apátrida, asilada o refugiada-. El reconocimiento como persona en protección internacional tiene como propósito permitirles el ejercicio de sus derechos pues no pueden recibirlos de su Estado de origen. Este reconocimiento se concreta, en Ecuador, en acciones como la asistencia humanitaria y jurídica, el principio de “no devolución” y los derechos a la actividad laboral y educativa, los últimos con el fin de ofrecer soluciones duraderas y contribuir con su inclusión (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017). Además, según la ley, las personas sujetas a protección internacional no tienen sanciones u obstáculos en su proceso por el ingreso o permanencia irregular (Constitución del Ecuador, 2008; Reglamento a la Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

6.2.1.1. Derechos de las personas en movilidad humana: apuesta por el derecho a migrar

Como se dijo, este ítem corresponde a la tercera línea de contenido de la normativa en movilidad humana. Este “derecho a migrar” deriva en que las personas en condición de movilidad humana deben gozar de los derechos reconocidos en la Constitución, en instrumentos internacionales ratificados por el Ecuador y en la ley (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

Al respecto, la normativa explicita el Derecho a la igualdad formal y material entre los ciudadanos nacidos o naturalizados y los residentes (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017; Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018). Asimismo, prohíbe

toda forma de discriminación por condición migratoria u origen nacional (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017) y rechaza la xenofobia (Constitución del Ecuador, 2008). Como uno de los mecanismos para alcanzar esta igualdad, el Estado otorga la cédula de identidad a los ciudadanos extranjeros residentes o en protección internacional (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018; Reglamento a la Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017). Adicionalmente, se han establecido derechos particulares para los migrantes como el derecho a solicitar una condición migratoria, registrar sus títulos y acceder a la justicia en igualdad de condiciones y con la garantía del debido proceso (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017).

En conexión con estos derechos, Ecuador ha planteado como ideal la ciudadanía universal, entendida como la potestad para movilizarse a nivel mundial libremente y conservar sus derechos humanos independientemente de la condición migratoria, nacionalidad y lugar de origen (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017), y vinculada con la libre movilidad y el progresivo fin de la condición de extranjero (Constitución del Ecuador, 2008; Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018).

No obstante, alcanzar esta ciudadanía universal no ha sido fácil, por ende, Ecuador se ha adherido a la propuesta de una ciudadanía Sudamericana para los nacionales de países integrantes de la UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas). Esta ciudadanía establece beneficios para los ciudadanos suramericanos como ingresar y salir de los países miembros solo con el documento de identificación nacional, así como la exención de sanciones pecuniarias por su condición migratoria mientras estén en el proceso de regularización (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017). Además de ir en la línea del concepto de ciudadanía universal, la propuesta de la ciudadanía suramericana se vincula, en este caso, con el compromiso concreto de Ecuador con los procesos de integración regional como MERCOSUR, UNASUR y CELAC (Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños), entre otros (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, 2018).

Así pues, la revisión de la normativa en este país muestra un interés político por ofrecer mayores garantías y derechos a las personas en movilidad humana, asunto que, como se ha visto, se vincula también con el fin de alcanzar la integración regional. Dicho esto, a continuación se abordará el segundo contexto normativo, referido a salud como derecho.

6.2.2. Contexto normativo en salud

Como se mencionó, el segundo contexto a abordar es el contexto normativo en salud. Este contexto se desarrolla desde dos elementos: el derecho a la salud en Ecuador y el derecho a la salud de las personas en movilidad humana en Ecuador. Para ello fueron revisadas la Constitución del Ecuador (2008), las leyes orgánicas que rigen el sistema de seguridad social y salud en Ecuador: la Ley de Seguridad Social (2001), la Ley Orgánica de Salud (2006) y la Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica (2016), así como trabajos teóricos sobre el derecho a la salud en este país.

6.2.2.1. El derecho a la salud en Ecuador

Desde los referentes normativos mencionados se abordan tres temas: la evolución del derecho a la salud en Ecuador, las responsabilidades del Estado ecuatoriano en este derecho y el sistema de salud.

Frente al primer tema, la evolución del derecho a la salud en este país, es necesario anotar que esta ha reflejado las tendencias sociales y económicas predominantes a nivel mundial en diferentes momentos históricos. Dichas tendencias se concretaron en las Constituciones de 1979, 1998 y 2008. La Constitución de 1979, establecida al finalizar la dictadura militar, propuso la salud como un derecho fundamental, sin embargo, acorde con las tendencias mundiales, se concretó en un modelo proteccionista gubernamental en que la salud era comprendida como un esquema de acciones caritativas, cuyo objetivo central era mantener niveles de conformidad y dependencia en la población, y así garantizar el control político y social que evitara que esta fuera afectada por el “germen comunista” (Jiménez-Barbosa et al., 2017). La siguiente reforma constitucional, en 1998, se dio en medio de la instauración del modelo neoliberal en Latinoamérica y derivó en una concepción de la salud como un bien de mercado, el favorecimiento de aseguradores y prestadores privados, y el deterioro del sistema público y su infraestructura, todo lo que resultó, a su vez, en un detrimento de la salud de la población (Dominguez-Bernita et al., 2017; Jiménez-Barbosa et al. 2017). Adicionalmente, esta reforma constitucional generó inestabilidad política y económica, agravada, por la dolarización de la economía en el 2000.

En este complejo contexto, surgió el movimiento cívico Revolución Ciudadana desde el que llegó Rafael Correa a la presidencia en el año 2007. Su gobierno tuvo como propuesta central la transformación del modelo social y económico del país y, para esto, propuso la asamblea constitucional que resultó en la Constitución de Montecristi en 2008. En esta se plantea la salud como un derecho garantizado por el Estado y vinculado al ejercicio de otros derechos como el agua, la alimentación, la educación, el trabajo y la seguridad social (Constitución del Ecuador, 2008). Adicionalmente, esta Constitución introduce dos cambios importantes en el sector salud: la recuperación de la rectoría de este sector por parte del Estado, a través de la autoridad sanitaria -Ministerio de Salud Pública (MSP), y el modelo de atención integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MAIs-FCI, basado en la Atención Primaria en Salud. (Dominguez-Bernita et al., 2017; Jiménez-Barbosa et al., 2017; Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012).

Es justamente desde esta recuperación de la rectoría por parte del Estado que se desliga el segundo tema a abordar en este apartado: las nuevas responsabilidades de este en materia de derecho a la salud. Entre estas se encuentran:

1. Formular la política nacional de salud y, normar y regular el funcionamiento del sector salud público y privado (Lucio et al., 2011; OPS, 2017a).
2. Implementar la universalización de la atención en salud, por ejemplo, con servicios de salud gratuitos para todos los usuarios y en todos los niveles de atención.
3. Brindar cuidado especializado, oportuno, preferente y gratuito para grupos de atención prioritaria como niños, niñas y adolescentes, mujeres y personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad.
4. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva y garantizar el derecho a la autodeterminación reproductiva.
5. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces; regular que en su comercialización primen los intereses de salud pública sobre los económicos; y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos (Constitución del Ecuador, 2008).

Además de lo presentado, la Constitución del Ecuador (2008) estipula que la seguridad social es un derecho irrenunciable, y deber y responsabilidad del Estado, derecho desde el cual se desliga el tercer tema de este apartado: el sistema de salud. Al respecto, la misma normativa define como principios de este sistema la solidaridad, obligatoriedad,

universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación. La Constitución establece además que el sistema de salud es público y universal, protege de las contingencias a través del Seguro General Obligatorio (SGO) y sus regímenes especiales, y cubre a la población urbana y rural sin importar su situación laboral (Constitución del Ecuador, 2008). Sin embargo, el postulado constitucional de universalidad no se cumple, pues el sistema de salud ecuatoriano opera en realidad como un sistema mixto, compuesto de dos subsistemas (público y privado) (Jiménez-Barbosa et al. 2017; Lucio et al., 2011; OPS, 2017a). Estos dos subsistemas funcionan de la siguiente manera:

El subsistema público incluye la Asistencia Pública y el Seguro General Obligatorio. La asistencia pública, a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) cubre, a través de los servicios de salud de las municipalidades, a la población que no cuenta con afiliación a seguridad social (Jiménez-Barbosa et al. 2017; Lucio et al., 2011). Por su parte, el Seguro General Obligatorio se materializa en la afiliación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Como institución de seguridad social, el IESS incluye además tres regímenes especiales: el Seguro Social Campesino, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). La cobertura del IESS para la población afiliada y sus familias (hijos hasta los 25 años) comprende, entre otras, contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos laborales, desempleo, vejez, discapacidad y muerte (Constitución del Ecuador, 2008).

De otro lado, el subsistema privado está constituido por empresas de seguros de salud y medicina prepagada y comprende entidades con fines de lucro (clínicas, consultorios, farmacias, etc.) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y del servicio social (Lucio et al., 2011). A este subsistema accede la población que, por sus ingresos, puede adquirir un seguro privado (Jiménez-Barbosa et al. 2017) que cubre atención médica y en algunos casos incluye como “promociones” seguro odontológico o exequial. Como subsistema se rige por la Ley orgánica de 2016 que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica.

6.2.2.2. Derecho a la salud de las personas en movilidad humana en territorio ecuatoriano

Sobre el tema del derecho a la salud para las personas en movilidad, la revisión de la normativa mencionada evidencia dos tendencias contradictorias que se desarrollan a continuación: la primera, la equiparación de derechos para nacionales y extranjeros, y la explicitación de derechos particulares para los últimos, y la segunda, barreras para su ejercicio del derecho a la salud. Adicional a estas dos tendencias se abordarán en este ítem los convenios que Colombia y Ecuador han establecido en salud y seguridad social.

Con respecto a la equiparación de derechos, en Ecuador se plantea que los residentes temporales y permanentes tienen los mismos derechos que los ciudadanos ecuatorianos (Constitución del Ecuador, 2008; Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017; Reglamento a la Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017) y, en estos, se incluye el derecho a la salud. En cuanto a los derechos particulares que se explicitan para las personas en movilidad humana se encuentran, entre otros, el derecho al trabajo y a acceder a la seguridad social. Asimismo, se establece que el Estado debe promover políticas para proteger a las personas en movilidad, por ejemplo, en casos de enfermedad; no obstante, se estipula que para hacer efectiva esta protección las personas deben contar con un seguro de salud público o privado (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017)⁶.

Es justamente, en el requisito de contar con un seguro de salud que se encuentra la segunda tendencia, las barreras para el ejercicio del derecho a la salud, pues el acceso a este seguro no es igualitario, particularmente por los requisitos de afiliación al IESS. Lo anterior, debido a que para esta afiliación se exige la cédula de ciudadanía o de identidad, pero, a su vez, las personas en movilidad humana deben contar, previamente, con un seguro de salud – público o privado- para la obtención de la cédula. De esta manera, la opción que le queda a esta población para obtener su cédula es afiliarse inicialmente a un seguro de salud privado. Así, la obtención de la cédula que se propone como un mecanismo para la equiparación de derechos, termina obligando a las personas en movilidad humana, en algunos casos, a recurrir

⁶ Debe precisarse que incluso se planteó el seguro de salud público o privado como requisito para ingresar al país, tanto para residentes como para turistas. No obstante, la entrada en vigencia de esta medida se prorrogó en varias ocasiones y, finalmente, se derogó para los turistas –excepto quienes ingresen a las Islas Galápagos- (Ley Orgánica para el Fomento Productivo, atracción de Inversiones, Generación de Empleo y Estabilidad y Equilibrio Fiscal, 2018). La razón para esta derogación fue mantener la competitividad turística del país.

a un seguro privado en que la salud no es ya un derecho sino un bien privado, adicionalmente, con una cobertura inferior a la del subsistema público.

Ahora bien, esta barrera se agrava teniendo en cuenta dos asuntos: primero, que la Constitución del Ecuador (2008) establece que las personas en movilidad humana hacen parte de los grupos de atención prioritaria, por lo que deberían encontrar facilidades más que dificultades. Segundo, que los seguros privados presentan limitaciones que pueden tornarse desventajas para las personas en movilidad humana. Estas limitaciones son las siguientes: primera, la obtención de la cédula puede hacerse solo con los seguros de salud privados autorizados por el Ministerio de Movilidad Humana, a través de la Superintendencia de Bancos y Seguros. Segunda, los seguros privados se limitan a atención médica, mientras el IESS, como se presentó, cubre contingencias más amplias (Ley de seguridad social, 2001), además los costos de los seguros privados varían por edad y género. Tercera, el plazo mínimo de adquisición de un plan de seguro de salud privado es un año (Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica, 2016), lo anterior implica, por ejemplo, que quien resida en Ecuador menos de un año no podría acceder a estos seguros y, por ende, no podría cumplir los requisitos establecidos por la ley.

A pesar de lo anterior, es necesario aclarar que las personas en movilidad humana, aun sin contar con un seguro de salud, pueden acceder, en teoría, a servicios de salud con la atención de urgencias establecida en instrumentos internacionales como la Observación General Número 14 (ONU, 2000) y en la Constitución del Ecuador (2008), y cuentan además con la atención gratuita en salud estipulada por el Estado ecuatoriano. No obstante, debe considerarse como falencia de estas alternativas que no cubren el tratamiento médico continuo, incluso en el caso de la atención gratuita, pues esta no cubre todos los niveles de atención, aun cuando la Constitución así lo establezca.

Para cerrar, es necesario señalar que Colombia y Ecuador han establecido convenios en salud y seguridad social. El primero, es el Convenio Hipólito Unanue que fue firmado en 1971 por Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, desde 1998 fue adscrito al Sistema Andino de Integración, y tiene como objetivo coordinar y apoyar los esfuerzos de estos países para mejorar la salud de sus pueblos. El segundo, es el Acuerdo de seguridad

social entre Colombia y Ecuador que fue establecido con el fin de proteger a los trabajadores que contaran con periodos de seguro en cualquiera de los dos Estados, de manera que, al emigrar, pudieran conservar los derechos de seguridad social ya adquiridos o en vías de adquisición. Para esto, el convenio básicamente establece que los nacionales de Ecuador o Colombia que emigren hacia el otro Estado pueden afiliarse al sistema de seguridad social, en igualdad de condiciones que los nacionales de ese Estado y sin perder los periodos de seguro que ya han pagado (Acuerdo de seguridad social entre la República de Colombia y la República del Ecuador, 2015).

6.3. Derecho A La Salud De Migrantes Colombianos En Ecuador

En el presente apartado el lector encontrará la situación del derecho a la salud de los migrantes colombianos entrevistados en Ecuador. Esta situación se aborda desde tres aspectos: los determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Ecuador, sus condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud, y su derecho a la atención en salud. El primer y tercer aspecto constituyen el derecho a la salud según la Observación General Número 14 (ONU, 2000) y el segundo, opera, si se quiere, como un puente entre los dos anteriores pues aborda: en primer lugar, las afectaciones en salud que pueden vincularse con los determinantes sociales de la salud presentados y, en segundo lugar, el aseguramiento en salud de los entrevistados, teniendo en cuenta que este condiciona sus experiencias del derecho a la atención en salud.

La construcción del apartado se basa en los relatos de Jorge y Alejandra, informes y estadísticas de instancias gubernamentales ecuatorianas y trabajos analíticos sobre el sistema de salud ecuatoriano.

6.3.1. Determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Ecuador

La Observación General Número 14 (ONU, 2000) plantea que el derecho a la salud es un derecho inclusivo que contempla la atención en salud y los factores determinantes básicos de la salud, como complemento de esta perspectiva, a nivel teórico, la salud pública ha propuesto el modelo de determinantes sociales de la salud (OMS, 2009). Frente a modelos explicativos

anteriores sobre salud y derecho a la salud, el de los determinantes sociales de la salud implica una evolución. En primer lugar, porque incluye el sistema de atención sanitaria como determinante de la salud. En segundo lugar, porque aunque la Observación Número 14 enunciaba otros factores determinantes básicos como la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo, etc., el modelo de los determinantes sociales de la salud, no solo enuncia estos factores como determinantes sociales intermedios sino que sostiene que su distribución es resultado de la estratificación social (Acero et al., 2013; Álvarez, 2009). Dentro de estos determinantes sociales intermedios se incluyen las circunstancias materiales como la vivienda y el trabajo, las circunstancias sociales como las situaciones de estrés, los factores conductuales y biológicos como los estilos de vida y el sistema de atención sanitaria. Por su parte, la estratificación social es producto de los determinantes estructurales como el género y la etnia que, a su vez, están vinculados con los contextos sociopolíticos (OMS, 2009).

Con base en dicho modelo, y a partir de los relatos de los entrevistados, se exponen a continuación tres determinantes sociales de la salud, correspondientes a circunstancias materiales de vida: la vivienda, la violencia y delincuencia, y el empleo.

6.3.1.1. Vivienda

El primer determinante social de la salud a tratar es la vivienda. Sobre el tema, la OMS emitió las Directrices sobre vivienda y salud (2018), en las que resalta la importancia de la vivienda al plantear que “malas condiciones de habitabilidad pueden exponer a las personas a una serie de riesgos para la salud” (OMS, 2018, p. 4). Como ejemplo, señala que “el hacinamiento en las viviendas aumenta el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas” (OMS, 2018, p. 4). Ahora bien, con base en estas directrices la evaluación de la vivienda contempla aspectos como la calidad (infraestructura, materiales), el saneamiento básico, el espacio adecuado, la tenencia y el acceso a esta (OMS, 2018). Justamente en el último aspecto, se sitúan las dificultades que han vivido los migrantes entrevistados, particularmente en el proceso de arriendo de vivienda. Estas dificultades están relacionadas, por una parte, con situaciones de discriminación por ser migrantes colombianos y, por otra, con condiciones individuales como los ingresos económicos.

En relación con las situaciones de discriminación, Alejandra se refiere al proceso de búsqueda de vivienda como “súper doloroso porque en ese momento yo no tenía pues como la idea de que en realidad existía tanta xenofobia, iba a rentar casa y apenas hablaba no me arrendaban” (EE1S1). La referencia de la entrevistada acerca de que no le arrendaban al escuchar su acento al hablar evidencia que las dificultades que se le presentaban no obedecían solo a que era migrante, sino a que era colombiana. Lo anterior ligado a los estereotipos sobre los colombianos; estereotipos que vinculan a los hombres con delitos como narcotráfico, terrorismo o delincuencia común, y a las mujeres con la prostitución o con emigrar para casarse allí y así solucionar su situación migratoria.

Como muestra de las consecuencias de estos estereotipos, Jorge relata que en una oportunidad llevaba ocho días viviendo en una casa con su familia y cuando la propietaria escuchó su acento colombiano, les solicitó que desocuparan la casa e incluso les devolvió el dinero. El entrevistado cuenta que la propietaria les manifestó: “no me importa perder los ocho días, pero me desocupa... ustedes los colombianos son terroristas, ustedes son traficantes, ustedes venden drogas. Eso estuvo muy feo” (EE2S1). En la misma línea, Alejandra menciona dos situaciones que pasó por ser colombiana: la primera, en una ocasión en que había acordado arrendar un inmueble, pero una vez que la propietaria se dio cuenta de que la entrevistada era colombiana, decidió no arrendarle. La segunda situación se le presentó cuando compartía el apartamento con una mujer ecuatoriana; en esa ocasión, debió abandonar el apartamento por celos de esta compañera originados en los estereotipos sobre las colombianas: “que somos prostitutas, que venimos aquí a conseguir marido” (EE1S1).

Por otra parte, como se mencionó, condiciones individuales como los ingresos económicos también son mediadores del acceso a la vivienda. Cabe señalar que estos ingresos no solo median la vivienda sino el acceso a otros determinantes sociales de la salud como servicios públicos, alimentación, posibilidad de realizar actividad física, seguros de salud, jubilación, etc. Adicionalmente, debe contemplarse que la referencia a los ingresos también implica la seguridad y continuidad de estos. Como ejemplo, Jorge, quien se ha desempeñado en trabajos informales, da cuenta de momentos en que sus ingresos eran altos y podía suplir sus necesidades e incluso gastar en el consumo de alcohol, pero ahora estos ingresos son menores e inconsistentes pues trabaja en obras por día, por ende, los bienes a los que puede acceder se limitan. Asimismo, Alejandra destaca que ella como trabajadora

autónoma (*Freelance*) y, por tanto, con ingresos variables, no puede comprometerse con pagar una cuota mensual fija, por ejemplo, para el aseguramiento en salud.

Ahora bien, retomando la referencia puntual a los ingresos económicos como mediadores de la vivienda, los entrevistados señalan: primero, que al arrendar deben pagar el primer mes de arriendo y otro mes como garantía, motivo por el cual deben contar con un ingreso extra para poder rentar. Segundo, la ubicación del inmueble que puede adquirirse es condicionada por los recursos económicos; por ejemplo, Jorge manifiesta que, desde su instalación en Quito, ha vivido en barrios del sur pues son más baratos, pero también más “calientes”, esto es, más peligrosos y con mayores índices de criminalidad, aunque aclara que la accesibilidad a servicios educativos y de salud en estos barrios es muy buena.

6.3.1.2. Violencia y delincuencia

Como segundo determinante social de la salud se considera conjuntamente la violencia y la delincuencia. Estos aspectos están vinculados con la vivienda en tanto son contemplados por la Comisión sobre determinantes sociales de la salud dentro de los elementos que constituyen los entornos salubres. Entre las medidas que la Comisión señala con respecto a estos determinantes está la necesidad de que los gobiernos locales inviertan en alumbrado público y apliquen medidas de control de posesión de armas (OMS, 2009). Estos determinantes remiten a pensar las manifestaciones de delincuencia y violencia, pues en las últimas se cuentan las situaciones originadas en contextos de conflicto armado cuyas consecuencias en la salud de las personas incluyen, entre otras, afectaciones emocionales ante las amenazas. Precisamente, el Conflicto armado es una de las motivaciones de muchos colombianos para emigrar. En tal sentido, delincuencia y violencia, se evidencian también en los relatos de los entrevistados sobre su vida en Ecuador: Alejandra se refiere a la delincuencia en Ecuador como uno de los factores que más la ha afectado, mientras que Jorge alude al conflicto armado como su principal motivación para emigrar.

Alejandra resalta su sensación de inseguridad en Quito, sensación originada en la delincuencia común, pues en esa ciudad ha vivido experiencias violentas y traumáticas que “en Colombia nunca vivió”; experiencias que incluyen el rapto por parte de un taxista y tres atracos a mano armada. Lo que ha vivido la lleva a plantear que si bien en Colombia hay

conflicto armado y delincuencia común, ella cuenta con la ventaja de conocer los “códigos” y saber por dónde moverse, mientras en Ecuador se siente limitada, pues no importa dónde o con quién esté puede ser víctima de la delincuencia. Adicionalmente, señala que la ciudad es poco iluminada y con niebla, por ende, las calles son peligrosas, solitarias, oscuras y solo las ocupan los extranjeros, aún más como caminantes, pues es muy común para los quiteños tener carro. Por el contrario, Jorge que emigra de Colombia huyendo de la violencia se siente más seguro en Ecuador. Expresa que es un país tranquilo, en el que nadie le busca problemas, aunque actualmente, los barrios en el sur, donde él vive, están “calientes”, expresión usada para dar cuenta de altos niveles de delincuencia. Este caso evidencia cómo la sensación de seguridad que expone el entrevistado obedece al contexto del país de llegada, porque al estar allí evita las amenazas y los temores que generaron su emigración.

Esta diferencia en la sensación de seguridad que refieren los entrevistados, se vincula con diferencias en las experiencias vividas tanto en Colombia como en Ecuador, pues en el caso de Jorge se encuentra que en su condición de refugiado se vio envuelto en el conflicto armado en Colombia y, Ecuador le ha permitido vivir sin dicha violencia. Como se dijo, Alejandra se ha enfrentado en Ecuador a experiencias violentas, y adicionalmente, su desconocimiento de los códigos, lugares y posibles peligros le genera más inseguridad, de manera que debe contemplarse el conocimiento de los contextos como mecanismo de protección y adaptación ante esa inseguridad. Igualmente, estas diferencias se originan en los contextos sociales, culturales, políticos y económicos de los países de origen y de destino, aunque, como se dijo, no sólo se trata de que cambien aspectos de los contextos sino que la experiencia en cada contexto y el conocimiento que se tiene de este, se tornan protectores u obstáculos para el acceso a mejores condiciones de vida para los migrantes.

6.3.1.3. Empleo

Un tercer determinante social de la salud a considerar para los migrantes es el empleo. Tal como la vivienda, el empleo es un importante determinante, por cuatro razones: primera, como señala Canales (2006) la emigración latinoamericana tiene un carácter esencialmente laboral, planteamiento confirmado por Alejandra, para quien esta fue una de sus motivaciones para emigrar. Segunda, el acceso y condiciones laborales se vinculan con la

estratificación de los migrantes en las sociedades de destino por ejemplo, cuando se encuentran con situaciones de discriminación en el ámbito laboral por ser migrantes o por su estatus migratorio (Vargas, 2011). Tercera, las condiciones laborales influyen en la salud, dado que si estas son precarias pueden derivar en riesgos de accidentes o enfermedades. Cuarta, los relatos de los migrantes dan cuenta de que el trabajo no solo es importante en sí mismo sino como medio para acceder a recursos económicos que les permiten, a su vez, acceder a otros determinantes (vivienda misma, alimentación y recreación).

Al respecto, en esta investigación se encontró que para los entrevistados el empleo como determinante social ha estado marcado por dos elementos: la obtención de empleo y las condiciones laborales a las que acceden una vez lo obtienen. Estas situaciones están vinculadas, como en el caso de la vivienda, a la discriminación y a condiciones particulares, que en este caso incluyen el estatus migratorio y el nivel educativo.

En relación con la discriminación, Jorge plantea que ha sido víctima de esta en la búsqueda de empleo, especialmente, por la desconfianza que se tiene hacia los colombianos. Por ejemplo, relata que cuando ha buscado trabajo, su acento y, la consecuente identificación como colombiano, ha llevado a que le digan que no hay vacantes, aun cuando el aviso clasificado permanece. Respecto a las condiciones laborales, manifiesta que le han pagado salarios inferiores a lo que se debería y, debido a la desconfianza generada, frecuentemente vigilan que realice sus tareas y no sustraiga materiales de trabajo. Por su parte, Alejandra relata que en uno de sus empleos, se le retuvo su salario durante mes y medio aduciendo inconvenientes con sus documentos por ser extranjera, inconvenientes que en realidad no existían y que quien administraba la nómina justificó simplemente afirmando que ella no sabía “cómo funciona acá”, pues “en Ecuador no era como en Colombia” (EE1S1).

En cuanto a las condiciones particulares de los entrevistados y su relación con el empleo, como se mencionó, pueden señalarse dos elementos: el estatus migratorio y el nivel educativo. En relación con el estatus migratorio, se encontró que la condición de irregularidad restringió las posibilidades de Jorge para acceder a trabajos formales, pues mientras estuvo en condición de irregularidad sus opciones se redujeron a ventas informales en los medios de transporte público. Además, esta informalidad estuvo marcada por el temor constante a ser detenido o extorsionado por la policía, pues en sus propias palabras le pedían que “les hablara

bonito” como forma de solicitarle un pago de \$20 o \$30 para dejarlo comercializar sus productos. Agrega:

Trabajaba así, pero ya a lo último era como con ese miedo, ese temor de en cada esquina ver un policía y esconderme como ladrón, digámoslo así. Cada vez que los veía, tenía que dar la espalda y salir de ahí para que no me cogieran (EE2S1).

Es de anotar que este temor a ser capturado no se limitaba al ámbito laboral, pues relata que también lo sentía en los momentos en que residió en hoteles dado que la policía de migración iba frecuentemente a esos lugares y, debido a su situación irregular, podían deportarlo, proceso que además no era expedito sino que podía tardar entre ocho días y un mes, pues dependía de que se alcanzara un número mínimo de migrantes para deportación.

Cabe agregar que las limitaciones en sus opciones laborales no se han debido solamente a su estatus migratorio, pues aunque subsanó su situación de irregularidad ha continuado condicionado por el segundo elemento antes mencionado: su nivel educativo; dado que no ha realizado estudios ni de básica primaria, sus opciones se han limitado a ventas informales y construcción, empleos que le han implicado condiciones precarias e inestables, además sin afiliación al sistema de seguridad social. Por otra parte, para Alejandra, su nivel educativo superior (posgrado), ha derivado en mayores posibilidades para acceder a trabajos calificados y en su área de estudio.

Ahora bien, en relación con el nivel educativo deben hacerse dos acotaciones adicionales: la primera, para que el nivel educativo obtenido en Colombia se constituya en una ventaja debe realizarse un proceso de homologación. Este proceso fue realizado por Alejandra, quien afirma que el mismo no fue traumático y solo le tomó dos meses; no obstante, ha sabido, a través de los relatos de otras personas, que estos procesos de homologación, actualmente, pueden tardar entre seis y ocho meses, e incluso en algunos casos de migrantes venezolanos, sus títulos no han sido homologados, evidenciando las limitaciones que encuentran los migrantes aun si cuentan con un alto nivel educativo. La segunda, es que en aquellos casos en que se desee ejercer a nivel profesional, como en el caso de Alejandra, esta opción se encuentra condicionada por un requisito adicional: la obtención de la visa profesional. Al igual que en el proceso de homologación de sus estudios, ella pudo obtener esta visa, aunque considera en general que hay bastantes dificultades en este proceso,

lo que, para ella, limita ampliamente las opciones de los migrantes de distintas nacionalidades para trabajar regularmente.

6.3.2. Condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud

Como se dijo en la introducción de este apartado, el presente ítem da cuenta de dos grandes aspectos sobre las condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud en los migrantes: las afectaciones en salud y el aseguramiento en salud de los entrevistados.

Sobre el primer aspecto, en el caso de Alejandra se encuentran afectaciones emocionales negativas, primordialmente, en su primera migración a Ecuador. De acuerdo con su relato, estas afectaciones obedecieron a cuatro razones: primera, las rupturas emocionales que genera la migración. Segunda, la ausencia de una red de apoyo en Ecuador, que derivó en dificultades en sus interacciones y vida cotidiana. Tercera, las situaciones de discriminación que vivió debido a los prejuicios sobre los colombianos, por ejemplo, en el ámbito de la vivienda. Cuarta, sus vivencias como víctima de la delincuencia común. Para la entrevistada, la gravedad de estas afectaciones fue tal que la llevo a cuestionar su decisión de emigrar a Ecuador; por esto, cuando decidió emigrar de nuevo e instalarse indefinidamente en ese país acudió a una psicoterapia como manera para enfrentar las consecuencias emocionales de esa decisión. Sin embargo, expresa que, a pesar de haber superado en gran parte esas experiencias, el temor por la inseguridad de la ciudad aún la limita, por ejemplo, para realizar actividades de ocio.

Por su parte, Jorge, tal como Alejandra, señala afectaciones emocionales negativas, particularmente por sentimientos de miedo a ser detenido por la policía durante el periodo en que estaba indocumentado y por sentimientos de agobio generados por las situaciones de discriminación. De otro lado, mencionó su consumo de alcohol durante gran parte de su instalación en Ecuador, lo que para él ha sido problemático pues en ocasiones ha destinado gran parte de sus ingresos a este, menoscabando sus condiciones de vida. En sus palabras:

No me dejó echar pa' delante, era para que tuviera ya mi casita, pues porque si gané plata, en esos tiempos hasta \$200 me quedaban libres pa' ahorrar, diarios, diarios \$200 y me encontraba con amigos bohemios y a la bohemia, ahí, ahí me acababa (EE2S1).

Puntualmente, en cuanto a patologías físicas menciona lesiones en su columna y su pierna derecha como resultado de accidentes laborales previos a su migración. En relación con estas, él afirma que realiza su trabajo con mucha precaución para no agudizarlas, sin embargo, debe considerarse que pueden agravarse por la precariedad en sus condiciones laborales, que incluyen la ausencia de un aseguramiento en salud.

Justamente, es el aseguramiento en salud el segundo aspecto a tratar. Como se dijo Jorge no cuenta con este, de hecho manifiesta que sólo ha sido asegurado –a través del IESS– por una compañía en la que trabajó quince días. Como consecuencia, si se enferma se ve obligado a asumir a modo propio los gastos de la atención en salud o recurrir a la atención gratuita ofrecida por el subsistema público en salud. Para esta atención gratuita en salud, el procedimiento que debe realizar es dirigirse, para valoración médica, al centro de salud más cercano. Si, según esa valoración, es necesaria una cita adicional, esta es asignada alrededor de 15 o 20 días después, o si requiere la realización de un procedimiento en un hospital le entregan una remisión para el servicio cuyo tiempo de asignación es de 3 a 5 meses.

En el caso de Alejandra, en su primer ingreso a Ecuador, la beca bajo la que emigró incluía un seguro médico, y contaba además con servicios de salud ofrecidos por la institución universitaria. Desde su segunda llegada al país, en el 2013, ha accedido al aseguramiento en salud a través de la póliza privada de su pareja; esta póliza, con un costo de alrededor de \$150 mensuales cubre un plan médico que ella define como “medio básico”. En su caso, para la atención en salud ella puede ingresar a la base de datos del seguro, que incluye la ubicación geográfica de los prestadores, buscar el médico (incluyendo especialistas) con quien desea la cita y solicitar la asignación de la cita. Asimismo, puede asistir a médicos fuera de la red de salud del seguro o a médicos alternativos y luego solicitar reintegro del 70% u 80% del costo del servicio.

Con respecto a su mención de la medicina alternativa, Alejandra manifiesta que en su “exploración en salud” la ha preferido pues contempla tratamientos holísticos que para ella son más integrales. Relata que durante la realización de sus estudios de posgrado en Ecuador hacía uso de los servicios de medicina alternativa (homeopatía y acupuntura) que eran ofrecidos por la institución universitaria y, actualmente, para dolencias crónicas recurre a la acupuntura y terapia neural (cubiertas por su seguro médico), mientras para sus malestares

psicológicos acude a la terapia de constelaciones familiares (psicología transpersonal). De esta forma, sólo usa los servicios médicos convencionales para consultas muy concretas, como revisión ginecológica, oftalmología u odontología.

Abordado lo anterior, a continuación se presenta el análisis del derecho a la atención en salud desde la experiencia que cada entrevistado tiene de los subsistemas de salud, público en el caso de Jorge y, privado, en el caso de Alejandra.

6.3.3. Derecho a la atención en salud

Al igual que en el apartado anterior, para el análisis del *Derecho a la atención en salud* de los migrantes se toma lo establecido en la Observación General Número 14 del Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (ONU, 2000) y el Modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS (2009). Este derecho a la atención en salud, conocido comúnmente como la dimensión prestacional del derecho a la salud, se concreta fundamentalmente a través de los sistemas de salud, que son, en sí mismos, un determinante social de la salud (OMS, 2009). Dicho esto, el abordaje de esta dimensión prestacional se desarrolla a partir de los cuatro elementos propuestos por la Observación Número 14 (ONU, 2000): disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Cada uno de estos elementos es aplicable a una variedad de aspectos, tales como, bienes y servicios en salud, información, medicamentos, programas de promoción y prevención, etc. Para efectos del texto, de estos aspectos se han seleccionado únicamente aquellos que emergen en los relatos de los entrevistados. Cabe anotar que aunque la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad se aborden de manera independiente, según la Observación Número 14 estos tienen un carácter interrelacionado e interdependiente (ONU, 2000).

6.3.3.1. Disponibilidad del derecho a la atención en salud

De acuerdo con la Observación Número 14, la disponibilidad implica que los Estados cuenten con “un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas” (ONU, 2000, pp. 3-4). Estos además deben contar con los Factores Determinantes Básicos de la Salud (por ejemplo, agua potable), con

personal profesional capacitado y bien remunerado y con los medicamentos esenciales establecidos por la OMS.

En el caso concreto de la disponibilidad de establecimientos, a lo largo de diferentes periodos desde el año 2000, marcados por tipos de gobiernos políticamente distantes, el Estado ecuatoriano ha mostrado esfuerzos contradictorios. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC (2019) desde el año 2000, el número de establecimientos ha aumentado, aunque al mismo tiempo y en contra de la prohibición de regresividad, en los años 2003, 2006, 2012, 2015, 2017 y 2018 se presentaron reducciones en el número de establecimientos de salud, dándose dicha reducción en el sector público durante los años 2003, 2006, 2017 y 2018.

Ahora bien, la disponibilidad no demanda solo la suficiencia de establecimientos de salud sino la garantía de su libre escogencia por parte de la población. Lo primero a decir sobre el tema, es que en Ecuador, teóricamente, las personas pueden escoger entre el subsistema de salud público que ofrece las alternativas de atención en salud gratuita o el aseguramiento al IESS primordialmente para población trabajadora y, el subsistema de salud privado que se concreta en pólizas de aseguramiento en salud, subsistemas que a su vez, determinan la red de prestadores y servicios a los cuales puede accederse.

Sin embargo, la libre escogencia entre el tipo de subsistema para las personas en movilidad humana es bastante difícil dado los requisitos para afiliarse al subsistema público (el requisito de presentar la cédula para la afiliación a este subsistema, pero, a su vez, la afiliación al sistema de salud como requisito para obtener la cédula), lo que los obliga casi siempre a ingresar al subsistema privado que cubre menos prestaciones.

No obstante, en términos de la disponibilidad es necesario señalar que aunque el cubrimiento de prestaciones es inferior, el aseguramiento mediante el subsistema privado garantiza una mayor opción de libre escogencia de profesionales y establecimientos de salud. Como evidencia de esto, Alejandra, quien cuenta con aseguramiento en salud privado, puede elegir el profesional de salud en la red de proveedores de su seguro, e incluso fuera de esta y luego solicitar un reembolso. Asimismo, puede acceder a atención de especialistas sin requerir de cita previa con médico general, asunto que para ella es además una ventaja de la atención en salud en ese país en comparación con Colombia.

Como se dijo, la libre escogencia es mayor en el subsistema privado, pues en el público, en la experiencia de Jorge, él no ha tenido la opción de elegir el profesional de la salud. En su caso estas restricciones a la libre escogencia afectan también la disponibilidad – y la calidad- de los medicamentos, pues una de las debilidades que él señala en el subsistema público es que las formulaciones se restringen siempre a los mismos medicamentos para el dolor (ibuprofeno), sin ahondar en diagnósticos o posibilidades de otros tratamientos.

Por otra parte, la disponibilidad contempla, como se mencionó, los programas de prevención y lucha contra las enfermedades epidémicas, endémicas, crónicas y no infecciosas. Con respecto a las enfermedades epidémicas y endémicas, los entrevistados no refieren conocer o haber accedido a programas de inmunización para ellos; no obstante, Jorge manifiesta que sus hijos han sido vacunados gratuitamente en campañas en la institución educativa en que estudian. En cuanto a la prevención de enfermedades crónicas y no infecciosas, él desconoce programas de prevención, mientras Alejandra da cuenta de que, en su seguro de salud privado, los programas de prevención circulan principalmente a través de correos electrónicos (un primer filtro al acceso a esta información), pues no recuerda que en los establecimientos médicos a los que asiste encuentre información o campañas de prevención visibles.

En relación con estos programas, Alejandra expresa dos cuestionamientos adicionales: primero, la prevención se ofrece como un asunto individual, discrecional y no como una apuesta colectiva. Segundo, la información es más una estrategia comercial de ofrecimiento de servicios complementarios, que una preocupación por la salud de los asegurados y se basan más en la generación de miedo que realmente en la prevención y en la información; como muestra ella refiere mensajes como: “Y qué pasaría si te da cáncer ¿ya tienes el seguro oncológico? (EE1S2). Lo anterior tiene como agravante el hecho de que se ofrezcan seguros para enfermedades que deberían estar cubiertas por el seguro de salud ya contratado, esto, seguramente, con el objetivo de lograr la venta de la mayor cantidad de pólizas adicionales a los usuarios. Finalmente, en términos generales, sobre los programas de prevención, la entrevistada plantea que, en Ecuador, estos son afectados por los valores sociales y culturales; afirma que las creencias religiosas obstaculizan programas de salud sexual y reproductiva, como la prevención del embarazo adolescente.

6.3.3.2. Accesibilidad del derecho a la atención en salud

La accesibilidad en la atención en salud contempla cuatro ítems: el acceso sin discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad (accesibilidad económica) y el acceso a la información. Desde los relatos de los entrevistados puede abstraerse información con respecto a los tres primeros.

En primer lugar, el acceso sin discriminación se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para toda la población, particularmente, para los grupos vulnerables o marginados, sin discriminación alguna por motivos de raza, origen nacional o lugar de nacimiento (ONU, 2000). Debe recordarse, que el acceso a dichos bienes y servicios se ve también mediado, en este caso, por el tipo de aseguramiento con que cuente la persona; aseguramiento que, a su vez, está condicionado por otros elementos como el vínculo laboral y los ingresos económicos, por ejemplo, en el caso de las personas en movilidad humana, estas podrían acceder al aseguramiento público en salud solamente si son afiliados por un empleador.

Ahora bien, debe precisarse que aunque este vínculo es un mediador, no necesariamente garantiza el aseguramiento; de hecho Jorge, quien trabaja por obra, no tiene aseguramiento en salud por parte de su empleador y no cuenta con recursos suficientes para hacerlo por cuenta propia. Lo anterior, a pesar de que según la Ley de Seguridad Social (2001) el entrevistado es un sujeto obligado a la afiliación, pues recibe ingresos por obra. Jorge relata que en una ocasión sufrió una caída y su empleador lo envió a lo que popularmente se conoce como una “sobada”, en vez de a un servicio médico profesional. Al preguntarle entonces cómo resuelve sus riesgos en salud, expresa que si se llega a enfermar asistiría a la atención en salud gratuita básica garantizada por el subsistema público. Adicionalmente, para afrontar los riesgos laborales, afirma que trabaja con mucho cuidado, por ejemplo, cuando se dedica a labores que implican trabajo en alturas y con equipo especial.

Llegado este punto, es importante reiterar que Jorge manifiesta que quienes no cuentan con aseguramiento en salud, público o privado, pueden acceder a la atención en salud gratuita y a la atención en urgencias; la última no puede ser negada por ningún motivo en los establecimientos públicos o privados, so pena de sanción (Constitución del Ecuador, 2008).

No obstante, cabe resaltar que esta atención en urgencias, no garantiza la continuidad en el tratamiento o servicios de salud de promoción y prevención.

En segundo lugar, la accesibilidad física contempla que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población (ONU, 2000, p. 4). De acuerdo con los entrevistados –ambos residentes en Quito, la capital del país– no tienen dificultades en relación con este aspecto. Alejandra expresa que puede recurrir a la red de prestadores de su seguro privado, e incluso tiene la opción de ubicarse en un mapa virtual para encontrar el más cercano a su localización. Por su parte, Jorge afirma que el centro de salud público, en que recibe la atención inicial, está ubicado muy cerca de su casa y para llegar cuenta con varias rutas de transporte a bajo costo (Ctvs. 25 de dólar).

En tercer lugar, la asequibilidad da cuenta de la accesibilidad económica, es decir que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance económico de todos, bajo un criterio de distribución equitativa (ONU, 2000). En este elemento podría situarse una de las condiciones que, de acuerdo con la Constitución del Ecuador (2008), debería tener la atención en salud en este país: la gratuidad, la cual, como se ha presentado, tiene matices introducidos por el tipo de aseguramiento y las prestaciones garantizadas.

Según la Constitución del Ecuador (2008) “los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios” (Constitución del Ecuador, 2008). No obstante, esto no coincide con la vivencia de Jorge, quien expresa que la atención en salud gratuita a la que puede acceder es limitada, pues no garantiza algunas prestaciones cubiertas por el aseguramiento en salud público o privado. Aunque aclara que si debe someterse a tratamientos no cubiertos por la atención gratuita, podría exponer su caso a la trabajadora social del centro de salud para que el costo de estos sea más bajo, pero no gratuito.

Otro factor en relación con la asequibilidad es el costo del denominado aseguramiento en salud, principalmente en el subsistema privado, pues aunque este ofrece una variedad de pólizas, aquellas que son avaladas por la Superintendencia de Bancos y Seguros tienen altos costos y, en esa medida, la población que puede acceder a estas es primordialmente de estratos socioeconómicos altos. Adicionalmente, el costo de dichas pólizas se incrementa

dependiendo de condiciones que las empresas aseguradoras consideran riesgosas, tales como mayor edad o género (ser mujer), configurándose de este modo mecanismos de selección adversa. Además de esto, como es sabido el aseguramiento en salud, tanto público como privado, exige el pago de cuotas mensuales que no siempre los usuarios tienen capacidad para asumir debido a la variabilidad o precariedad de sus ingresos. Por ejemplo, Alejandra expresa que solo pudo acceder al aseguramiento a través de la póliza de su pareja pues ella independientemente no podría hacerlo; afirma: “yo no he tenido posibilidad como independiente de afiliarme al IESS, yo como migrante colombiana que trabaja como *Freelance*, es decir, que tiene unos ingresos variables, yo no podría comprometerme con una tasa mensual” (EE1S2).

6.3.3.3. Aceptabilidad del derecho a la atención en salud

El tercer elemento es la aceptabilidad, esta contempla que los establecimientos, bienes y servicios, a los que es posible acceder, deben ser “respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, minorías, pueblos, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida” (ONU, 2000, p. 4). Desde esta consideración, con base en la información recolectada, a continuación se consideran algunos aspectos sobre medicina ancestral y alternativa, y salud sexual y genésica.

Con respecto a la primera, Ecuador apuesta, desde su Constitución, a la interculturalidad con servicios de salud que incluyen el reconocimiento y acceso a la medicina ancestral y alternativa (Constitución del Ecuador, 2008). Alejandra resalta la recuperación de la memoria ancestral y medicinal en Ecuador; es así como ella ha podido acercarse a experiencias como el parto humanizado, las doulas y el trabajo con plantas medicinales, y destaca la existencia de un programa educativo de medicina ancestral en la Universidad Andina. La entrevistada valora positivamente que se reconozca la medicina alternativa y señala que en su caso puede acceder a médico homeópata y solicitar el reembolso a su seguro privado; por su parte, Jorge no dio cuenta de elementos relacionados con medicinas alternativas.

En cuanto a la salud sexual y genésica, esta incluye el derecho a la autodeterminación reproductiva, es decir, el derecho a planear la propia familia y a la no interferencia en la toma

de decisiones reproductivas. Sobre el tema, como se dijo en el ítem de disponibilidad, Alejandra plantea que el acceso a programas de salud sexual y genésica en este país es frecuentemente obstaculizado por valores morales conservadores. Anota que tienen conocimiento de dificultades que se le presentan a la población joven para acceder a programas de prevención del embarazo adolescente, además, conoce de situaciones en que ciertas cadenas privadas de farmacias se niega la venta de anticonceptivos de emergencia. Para cerrar, habría que decir que ni Alejandra ni Jorge refieren en sus relatos elementos relacionados con los otros elementos de la aceptabilidad, como el género y el ciclo de vida, posiblemente debido a que no tienen conocimiento de estos.

6.3.3.4. Calidad del derecho a la atención en salud

Se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados médico y científicamente, y ser de buena calidad. Contempla aspectos como la capacitación del personal médico, medicamentos, equipo y condiciones adecuadas (ONU, 2000). La experiencia de Jorge con los servicios de salud muestra que las demoras son uno de los problemas más graves que afectan la atención médica apropiada.

Estas demoras se sitúan en varios aspectos de la atención en salud –de manera que representan también fallas en la disponibilidad de la atención en salud-. Jorge expresa que los tiempos de asignación para citas con especialistas o que requieran asistir a centros de salud de mayor complejidad, oscilan entre 3 a 5 meses, como él mismo lo vivió cuando intentó obtener una cita para su hijo, aun cuando según el criterio médico se requería pronta atención. Asimismo, señala la dilación en la realización de los exámenes requeridos para el diagnóstico y consecuente tratamiento; de acuerdo con él: “uno se tiene que morir, después de muerto lo sacan pa’ que le hagan los exámenes” (EE2S2). Jorge también manifiesta que los servicios de urgencias son congestionados lo que deriva en que los tiempos de atención son de entre 3 y 4 horas, lo que para él constituye una demora injustificada que califica de negligencia pues puede poner en riesgo la vida.

Frente a los tiempos de espera para la atención, también relata la experiencia del tercer parto de su esposa, en el cual la vida de ella y la de su hijo estuvieron en riesgo debido a las demoras para atender el parto luego de su llegada al servicio, resalta que solo la atendieron

cuando él se exaltó y reclamó, luego de lo cual un médico confirmó la gravedad de la situación y exigió la atención inmediata.

Con respecto a este tema, debe resaltarse que Alejandra, quien cuenta con un seguro de salud privado, no hace referencia alguna a retrasos en la atención en salud, lo que pone en evidencia que estas demoras se dan en el ámbito de la atención gratuita en salud del subsistema público. Lo anterior corrobora lo que autores como Espinosa et al., (2017) han señalado, al decir que el compromiso del Estado ecuatoriano con la gratuidad en los servicios de salud, como medio para alcanzar el acceso universal a estos, no ha logrado su aplicación plena, pues la gratuidad incrementó la demanda por servicios en un país con una infraestructura pública en salud largamente abandonada y un subsistema público debilitado.

6.4. Migrantes Colombianos En Ecuador: ¿Sujetos Del Derecho A La Salud?

Hasta el momento se han presentado políticas y situaciones que podría pensarse “suceden” a los migrantes, no obstante, estas no son totalmente terminantes, pues los migrantes como “sujetos del derecho a la salud” pueden interactuar y vivenciarlas de diferente manera. En este sentido a continuación se abordan esas formas de interactuar y vivenciar, a través de dos apartados: Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora, y Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía.

6.4.1. Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora

Este primer apartado desarrolla tres ítems: en primer lugar, las percepciones de los migrantes sobre la gestión migratoria. En segundo lugar, las percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas. En tercer lugar, las percepciones sobre los migrantes en la sociedad receptora.

6.4.1.1. Percepciones sobre la gestión migratoria

En relación con las percepciones de los migrantes entrevistados frente a la gestión migratoria, es necesario señalar, en primer lugar que difieren en el conocimiento que tienen del contexto normativo. Jorge lo desconoce, incluso, en su momento, no sabía que podía solicitar refugio.

Por el contrario, Alejandra conoce dicho contexto normativo y reflexiona críticamente sobre este; este conocimiento se basa en las experiencias que vivió en la realización de sus trámites migratorios, en el conocimiento de vivencias de otros migrantes y en su interés personal por las problemáticas de estos.

Sobre la gestión migratoria, la entrevistada señala que aunque se han modernizado las instalaciones no ha ocurrido lo mismo con los procesos migratorios; afirma que estos no se realizan con seriedad, son arbitrarios, burocráticos y producen desgaste en el migrante. Lo anterior dado que la información nunca es precisa, las páginas web estatales están mal diseñadas, con links que no funcionan, y cuando el migrante llega para su trámite se encuentra con que le falta algún documento y los requisitos cambian de acuerdo a quien reciba el trámite. Además, conoce experiencias de maltratos y gritos hacia los usuarios, quienes no pueden reclamar so pena de ser sancionados por interrumpir la paz social. Plantea también que la coyuntura actual de inmigración venezolana ha impactado negativamente esta gestión, por ejemplo, haciendo que los requerimientos y trámites sean más engorrosos, con más impedimentos e información más confusa.

En opinión de Alejandra, todas estas situaciones entorpecen y demoran los procesos, y son una estrategia para que el migrante desista de realizar los trámites. Al respecto, desde las dificultades que ha enfrentado en estos procesos se pregunta: si eso le sucedió a ella que cuenta con condiciones privilegiadas, con dinero para sus gastos y una red de apoyo ¿qué podrá sucederles a quienes llegan a ese país en condiciones precarias? Expresa ¿cómo serán las condiciones de colombianos o venezolanos que salen de sus países para proteger sus vidas y emigran sin recursos y sin contactos?. Al respecto, concluye:

Entre más precaria la migración más precaria es la llegada también y eso influye en todo, en cómo te estableces, en dónde te estableces, cuáles son tus redes, dónde puedes vivir, con quién puedes relacionarte, a dónde vas al médico o, no, ni siquiera puedes ir al médico (EE1S1).

Adicionalmente, plantea que la gestión migratoria gubernamental se enfoca, primordialmente, en la población en protección internacional, y que esta labor es apoyada además por organizaciones de la sociedad civil como la Misión Scalabriniana, HIAS y Asylum. No obstante, contrario a lo dicho por Alejandra, Jorge, quien es refugiado,

manifiesta que no ha tenido apoyo de asociaciones u organizaciones de la sociedad civil que ayuden a refugiados.

Ahora bien, según los planteamientos de la perspectiva teórica y metodológica del transnacionalismo, quienes emigran no abandonan sus vínculos con sus países de origen. Por tanto mantienen relaciones con el ámbito político de sus países de origen como de destino. En este sentido puede comprenderse que, en los relatos de los entrevistados, se exprese reiterativamente el reclamo por el abandono que sienten por parte del Estado colombiano.

Al respecto, ambos entrevistados enfatizan que el gobierno colombiano no apoya a sus emigrantes, además no referencian conocimiento ni interacción con programas como los de “Colombia Nos Une”, mientras que respecto a su relación con el Consulado de Colombia, solo Alejandra hace mención de esta, planteando que se ha limitado a asuntos administrativos y de información sobre actividades culturales y comerciales. Por su parte, Jorge afirma que el gobierno colombiano no se preocupa por sus refugiados, que él ha recibido apoyo de ACNUR que aporta capital a Ecuador para esta población, pero que Colombia no aporta en campañas o dinero. Incluso responde con extrañeza cuando se le pregunta por el consulado colombiano en Ecuador y dice que no ha tenido ninguna relación con este porque los trámites para obtener el refugio no se realizan allí. Una opinión semejante expresa Alejandra: sostiene que el gobierno colombiano se ha “hecho el de la vista gorda” (EE1S1) con las problemáticas y las necesidades de los colombianos refugiados en Ecuador, lo que hace que este país haya tenido que asumir totalmente las responsabilidades derivadas de la presencia de esta población en su territorio. Plantea además que este esfuerzo del Estado ecuatoriano es desconocido o poco valorado por la mayoría de la población colombiana, la cual es ajena a las problemáticas de migración, protección internacional, etc.

Particularmente, en su relación con el consulado colombiano en Ecuador, la experiencia de Alejandra se ha limitado a la participación en las elecciones de Colombia y a su asistencia a las actividades culturales del 7 de diciembre que incluyen comida típica, música, etc. Como falencia en la relación del Consulado con los colombianos en Ecuador, manifiesta que faltan acciones en pos del sentido identitario y de comunidad, y que no hay una programación permanente, por ejemplo, un ciclo de cine, encuentros de quienes estudian posgrados en el Ecuador o conversaciones para repensar el país y la identidad colombiana.

En cuanto a sugerencias que harían a este consulado, cada entrevistado responde desde sus propios intereses y problemáticas. Jorge propone que el consulado debería realizar acciones para asistir a la población refugiada, por ejemplo, él cree que dentro de las funciones del consulado se encuentra la de la gestión de la nacionalidad ecuatoriana para los migrantes colombianos y, desde esa suposición, sugiere que este debería construir una base de datos con el fin de realizar dichos trámites para esta población. Por su parte, Alejandra sugiere que, desde el consulado, debería trabajarse el fortalecimiento de la identidad colombiana y deberían abrirse espacios para pensar el contexto colombiano. Adicionalmente, le parece pertinente que el consulado divulgue información sobre procedimientos como la repatriación de connacionales, y desarrolle acciones como el establecimiento de convenios con centros de salud para migrantes. Asimismo, propone la creación de una bolsa de empleo en Colombia que se constituya en un estímulo u oportunidad para que los migrantes formados en el exterior regresen al país, y reactiven las redes laborales que se han deteriorado por la migración.

6.4.1.2. Percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas: migrante deseado-migrante riesgo

El ítem anterior presentó las percepciones de los entrevistados sobre el contexto normativo y la gestión migratoria en Ecuador, contexto que, en su enunciación, se orienta a la igualdad. No obstante, ante esa enunciación queda la pregunta de si en Ecuador se “desea” a todos los migrantes, o si por el contrario, hay distinciones entre migrantes “deseados” y migrantes “indeseables” o “riesgosos”, y quiénes conformarían esas categorías. Estas preguntas son analizadas a continuación con base en el contexto normativo y en los relatos de los migrantes.

Desde el contexto normativo en movilidad humana de Ecuador, puntualmente, en los requisitos solicitados a los no nacionales para tramitar una visa de residente temporal o permanente, pueden abstraerse los aspectos que se consideran “riesgosos” de las personas en movilidad humana. Tales requisitos evidencian dos concepciones del riesgo: amenazas a la seguridad del país, y detrimento del sistema de salud y otros mecanismos de protección social; concepciones que se expresan en tres requisitos: con respecto a la seguridad del país, se solicitan certificados de antecedentes penales y se evalúa que el migrante no represente una amenaza para la seguridad interna. En relación con el detrimento del sistema de salud,

se exige a los migrantes poseer un seguro que cubra totalmente las contingencias de salud, de modo que estas no impliquen cargas para los recursos públicos (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017; Reglamento a la Ley Orgánica de Movilidad Humana).

Dadas las circunstancias anteriores, Alejandra expresa que en Ecuador se prefiere el inmigrante norteamericano blanco con buenos ingresos económicos que en lugar de representar un gasto para el país, sea un posible inversionista o como migrante contribuya, por su poder adquisitivo, a la economía del país. De otra parte, en cuanto al “ideal” de migración, plantea que lo “ideal” es que no hubiese fronteras, las cuales constituyen barreras arbitrarias, como en el caso colombo-ecuatoriano en que según su criterio no existen grandes diferencias entre las personas que viven de ambos lados. Ahora bien, aclara que el monitoreo y seguimiento de los migrantes son mecanismos necesarios a fin de contar con datos y estadísticas que permitan tomar decisiones basadas en información sobre esta población; sin embargo, enfatiza que el propósito de tales datos no debe ser la exclusión. Por su parte, en el caso de Jorge llama la atención que, pese a su propia condición de migrante, él se alinee con ciertos ideales del migrante “deseado”, al proponer que sólo debe permitirse el ingreso a quienes aporten al país con su trabajo y no representen riesgo de delincuencia.

6.4.1.3. Percepciones sobre los migrantes en la sociedad receptora: discriminación y estereotipos

6.4.1.3.1. Discriminación hacia los migrantes

Se aborda en este apartado la discriminación a la que se refieren los entrevistados, ligada a su condición de ser migrante. Esta discriminación, como se presentó en el apartado “6.3.1. Determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Ecuador”, deriva en dificultades en el acceso a condiciones de vida en sus países de destino que son, a su vez, afectaciones negativas en su derecho a la salud.

En cuanto a la relación migración - Determinantes Sociales de la Salud, la discriminación generada por la primera se evidencia, como se presentó, en situaciones en el ámbito laboral y de vivienda. Ambos ámbitos no son sólo Determinantes Sociales de la Salud (FDBS) sino que se constituyen en medios para acceder a otros determinantes, como la alimentación, el agua potable, el entorno saludable, entre otros. Particularmente, en el ámbito

laboral, la experiencia de Jorge da cuenta de lo difícil que ha sido para él ser contratado por ser colombiano, mientras que Alejandra también relata situaciones, descritas anteriormente, como las retenciones de pago de su salario.

En general, Alejandra señala que Ecuador tiene una vasta historia de migraciones, por ejemplo, de personas del Líbano, Estados Unidos, Francia, y de quienes huyeron de las dictaduras del Cono Sur. Sin embargo, desde su punto de vista la sociedad ecuatoriana no ha tenido la capacidad de ver en el migrante una potencia, al contrario, ve en él un culpable de los problemas del país, y refiere, puntualmente que la sociedad quiteña es cerrada y endogámica lo que hace muy difícil llegar como migrante a Quito (Ecuador).

Expresa además que 4 años atrás había apertura a la migración en ese país, pero, actualmente, pese a los avances enunciados en las políticas migratorias, en la realidad las medidas legales y jurídicas oficiales se han endurecido en contra de la población migrante y han sido, primordialmente, las organizaciones de la sociedad civil las que han intentado proteger los derechos de los migrantes. Asimismo, plantea que aunque las políticas migratorias hayan avanzado en la garantía de derechos, la xenofobia de la sociedad no se supera por decreto y, en ese sentido, es necesario realizar un trabajo de sensibilización permanente sobre estereotipos y no discriminación en todos los ámbitos de la sociedad. Igualmente, expone que los medios de comunicación son grandes aliados de esta xenofobia, dado que con frecuencia las noticias sobre crímenes o aspectos negativos señalan primero la nacionalidad del delincuente, y esta, casi siempre, es colombiana.

Así pues, la discriminación se origina principalmente en la situación de migrante, pero se agudiza en el caso de algunas nacionalidades. Al respecto, Alejandra plantea que la migración latinoamericana, inicialmente la colombiana y luego la cubana, haitiana y venezolana, se ha asociado con las problemáticas del país; en sus palabras: “he podido constatar que independientemente de la población que llega, si esta es latinoamericana, hay una resistencia muy fuerte en el común de la ciudadanía” (EE1S1). No obstante, precisa que esta discriminación también se da en Colombia con las personas venezolanas que llegan al país, por lo que concluye que en general “operan los mismos estereotipos independientemente de la migración que llegue si esta es latinoamericana” (EE1S1). Lo anterior evidencia que, a pesar de los procesos regionales de integración como MERCOSUR,

aún existe, desde las poblaciones, rechazo hacia los migrantes latinoamericanos, situación que también es evidenciada en el relato de la entrevistada cuando reitera que el migrante ideal para Ecuador es el “gringo”, pero además, con base en su experiencia cuando las personas en Quito, dado su aspecto, asumen que ella es una migrante norte-sur y por eso, en ocasiones, recibe un mejor trato.

6.4.1.3.2. Estereotipos sobre los colombianos

Como se dijo, las dificultades para estos migrantes se agudizan por ser colombianos, debido, principalmente, a los estereotipos sobre el país, estereotipos fundamentados en asuntos como el narcotráfico y la prostitución. Ahora bien, con base en lo encontrado en esta investigación puede darse cuenta de otros dos estereotipos que se asocian con los colombianos, el primero, con las solicitudes de refugio y, el segundo, con un aspecto físico particular.

Con respecto a los estereotipos más comunes, se encuentra que a los hombres se les vincula con crímenes como narcotráfico, terrorismo y delincuencia común y, a las mujeres se le identifica con la prostitución o con su supuesta intención de casarse con ecuatorianos para garantizar su situación migratoria. De acuerdo con Alejandra, el estereotipo del colombiano como narcotraficante recae, principalmente, sobre quienes emigran para establecer negocios, como los floricultores, pues se presume que sus recursos económicos provienen del narcotráfico. Por su parte, Jorge expresa que, en el caso de los hombres, el estereotipo configurado es que son ladrones o sicarios, por ejemplo, plantea que, en ocasiones, al preguntar la hora a alguien en la calle, las personas se alejan por temor a un supuesto robo.

Este relato coincide con una experiencia que vivió Alejandra cuando fue a denunciar un asalto, ya que al presentarse los policías le preguntaron cómo eran los colombianos que la atracaron, a lo que ella replicó que la colombiana era ella. Asimismo, referencia haber realizado en Quito un ejercicio indagatorio, con algunos compañeros universitarios de diferente nacionalidad, en el que cada uno tomaba un taxi y luego comparaban entre ellos la interacción con el taxista. Al comparar sus experiencias encontraron lo que ella califica como “hallazgos espeluznantes”, los cuales se referían a opiniones de los taxistas que sostenían que

a los colombianos debería cortárseles una oreja o marcarlos para identificarlos, pues son peligrosos y malos, y desde que llegaron al país todo se puso mal.

Ahora bien, como se mencionó, en el caso de las mujeres, el estereotipo predominante es que las vincula con la prostitución. A modo de ejemplo, Alejandra relata que en una ocasión, cuando era estudiante, ingresó a Ecuador a través de la frontera terrestre con Colombia y los policías allí, le revisaron varias veces el equipaje, la interrogaron y le expresaron que ella iba a Ecuador para prostituirse. Este estereotipo incluye además una suposición generalizada de que para las colombianas, la prostitución no es sólo un modo de trabajo sino además una “forma de ser”. Esto ha traído como consecuencia para Alejandra, dificultades para establecer relaciones personales; afirma que se ha sentido cuestionada y censurada por su forma de vestir pues a los ecuatorianos les parece “demasiado descubierta”. Adicionalmente, plantea que allí es mal vista la cercanía corporal, y se califica a los colombianos de demasiado “zalameros” “tocones” y coquetos, diferencias de carácter que dificultan los afectos; en su caso, expresa que debido a esto, ella se ha visto abocada a una autorregulación constante en la expresión de sus afectos, so pena de ser juzgada.

En cuanto al estereotipo del migrante colombiano como refugiado, este se origina en el alto número de población colombiana refugiada en Ecuador, principalmente, como resultado del conflicto armado colombiano, situación que es evidenciada por Alejandra cuando relata que al realizar una denuncia de asalto, quien la atendió, asumió automáticamente que era refugiada, preguntándole inmediatamente “si le habían robado su carnet de refugiada” (EE1S1). Además, señala que encontrarse en condición de refugiado en el país, genera en las personas una valoración negativa y, en muchos casos, peyorativa.

En relación con el aspecto físico ¿cómo según el imaginario “debería verse un colombiano”?, se encuentra que se supone que los colombianos son de baja estatura, piel morena, y de etnias indígenas o afroamericanas. Como muestra de esto, Alejandra, expresa que debido a su aspecto (piel blanca, cabello claro) no la identifican como colombiana, y plantea además que cuando, por su acento, hacen la identificación, la manera como se relacionan con ella cambia; por ejemplo, recuerda que un taxista le ofreció su número telefónico como taxi de confianza, mas, cuando supo que era colombiana, retiró su oferta.

Sobre los estereotipos cabe hacer cuatro precisiones: primera, contribuyen a la construcción de la imagen del migrante como responsable de problemáticas tales como el aumento del desempleo y la delincuencia, situaciones que las sociedades de destino no admiten como endógenas. La segunda precisión es que, tal como lo expresa Alejandra, el estereotipo se agudiza si se le añaden otros elementos, como la etnia y la clase social; ella afirma “sí eres colombiano pero además eres negro, obviamente, eres el doble de bandido” (EE1S1). La tercera precisión, es que los estereotipos no son exclusivos de un contexto particular, pues en Colombia con frecuencia también se tiene una connotación negativa sobre Ecuador; en palabras de la entrevistada “En Colombia piensan que Ecuador es una porquería, que son puros indios, como una condescendencia muy brutal y creo que eso es muy violento también” (EE1S1). Como ejemplo, cuando ella decidió estudiar en ese país “personas, incluso del ambiente académico” le expresaron su decepción, pues: “cómo se le ocurría ir a estudiar a ese moridero existiendo ciudades tan hermosas como París o Londres” (EE1S1). Ella considera que estos juicios son errados, y evidencian también un desconocimiento de los esfuerzos de Ecuador por brindar oportunidades a quienes han llegado desde Colombia. Finalmente, como cuarta precisión debe resaltarse que los estereotipos, habitualmente, funcionan desde el desconocimiento, pues como expresa Alejandra, estas connotaciones negativas sobre Ecuador se derrumban al conocer el país y ver que es una opción para vivir tranquilo. Un planteamiento similar expone Jorge, quien afirma que los estereotipos sobre él, como colombiano, generalmente ceden una vez que las personas lo conocen.

6.4.2. Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía

El apartado anterior dio cuenta de las circunstancias a las que se enfrentan los migrantes en la sociedad receptora, pero como se ha mencionado, los migrantes no se limitan a ser sujetos pasivos sino que desarrollan acciones para enfrentar las situaciones adversas. Como se presentará a continuación estas acciones incluyen estrategias individuales y colectivas, así como lo que en este trabajo se califica de “ejercicio de la ciudadanía”, este último, abordado desde sus tres elementos analíticos: estatus formal, identidad y participación política (Barbero, 2010).

6.4.2.1. Estrategias de los migrantes frente a los obstáculos en sus condiciones de vida

En los entrevistados se encuentran como estrategias individuales, la búsqueda de alternativas económicas y estrategias de trabajo sobre el propio ser. Las primeras, pueden encontrarse, en el caso de Jorge, quien ante las dificultades para conseguir trabajos formales ha recurrido a los informales ya mencionados (ventas en buses o callejeras). Relata también que, en algún momento, tuvo su propio almacén de variedades en sociedad con una amiga colombiana. Las segundas estrategias han sido usadas por Alejandra, quien al enfrentarse a su segunda emigración a Ecuador, tuvo que asistir a una psicoterapia con el fin de tramitar las experiencias traumáticas en ese país, y hacer que su instalación en su segunda llegada a Ecuador fuera más tranquila.

Por otra parte, en el nivel colectivo, se encuentran las redes y conexiones que se constituyen como mecanismo de apoyo social. Alejandra afirma que estas ayudan a “derribar” los muros laborales y emocionales con que pueden encontrarse los migrantes, lo mismo que posibilidades de establecer nuevas relaciones. Como muestra de esto, Jorge y Alejandra resaltan que han obtenido trabajos a través de la recomendación de conocidos, amigos o parejas que son nativos o han residido largo tiempo en el país. Él pudo acceder a empleos en la construcción por personas que él y su esposa conocieron, personas que al conocer su trabajo, dejaron atrás los estereotipos sobre los colombianos. Asimismo, relata que, él y su familia, pudieron conseguir vivienda dado que la propietaria ya lo conocía a él y le arrendó; por esto, él recomienda recurrir a las redes como estrategia para acceder a la vivienda u otras necesidades, expresa:

Mire a ver cómo se hace amigo por ahí de alguien que le ayude, que le recomienden aunque sea una casa, un apartamento, una pieza, lo que sea, y ya palanqueado, ya lo van conociendo y ya le arriendan (EE2S1).

Por su parte, Alejandra relata que una persona conocida por su pareja la contrató y la apoyó en el proceso para tramitar la visa profesional; esta persona omitió el hecho de que ella no tuviera aún esta visa y le confirió el aval requerido para la realización de estos trámites, ayuda que ella valora bastante, pues el proceso de obtención de esta visa en Ecuador puede ser engorroso. En palabras de la entrevistada:

Es muy complicado para mucha gente que viene, porque te piden, para tener un trabajo te piden la visa profesional, pero para tener la visa profesional te piden un trabajo, entonces hay mucha gente que se queda en el limbo porque ninguna de las dos partes se arriesga (EE1S1).

Como muestra de lo anterior, Alejandra refiere la experiencia de una amiga migrante colombiana que se tuvo demoras de alrededor de seis meses para la realización de este trámite, debido a que para obtener esa visa requería un certificado de contratación y, a su vez, la empresa en que laboraba no podía emitir ese certificado dado que ella no contaba con la visa profesional. Esta situación tuvo el agravante de que durante ese periodo no le pudieron pagar su salario.

6.4.2.2. Ejercicio de Ciudadanía

Como se dijo, el primer elemento a abordar en el ejercicio de ciudadanía es el estatus formal. Al respecto, Ecuador presenta una particularidad, pues allí, como mecanismo de búsqueda de la igualdad entre migrantes y ciudadanos, se otorga a los migrantes una cédula de identidad con la que, en teoría, pueden acceder a los mismos derechos que los nacionales. Adicionalmente, los migrantes pueden aplicar a un proceso de nacionalización que les otorgue la ciudadanía ecuatoriana. Dicho proceso no ha sido realizado, aún, por ninguno de los dos entrevistados, así que no cuentan con el estatus formal de ciudadano ecuatoriano. Jorge se identifica con su Carnet de refugiado y Alejandra con la cédula de identidad.

Alejandra plantea que por el momento no le interesa nacionalizarse, pues la cédula que la identifica le permite acceder a derechos, como el acceso a aseguramiento en salud. Adicionalmente, considera un tanto engorrosas las diferentes vías para dicho trámite incluyendo la opción de hacerlo a través del vínculo marital establecido. En contraste, Jorge si desea obtener la nacionalidad ecuatoriana, primero que todo porque por su estatus como refugiado no le permite salir del país sin autorización del ACNUR y a que, en sus propias palabras “yo tampoco puedo vivir toda la vida como refugiado” (EE2S2), segundo, porque teme que la figura del refugio pueda desaparecer y él se quede en un vacío jurídico. No obstante, a pesar de su deseo, no ha podido realizar el proceso de nacionalización pues extravió su pasaporte y este es uno de los requisitos.

Con respecto al segundo elemento, la identidad, en Alejandra se encuentra un mayor arraigo a Colombia, asimismo reclama que el consulado proponga procesos de fortalecimiento identitario. Sin embargo, postula que el proceso migratorio genera unas adaptaciones, unas modulaciones de sí mismo en pos de sobrevivir, en su caso, estas modulaciones la han llevado a recurrir a la construcción de una identidad estratégica que usa como mecanismo para evitar ser discriminada. Esa identidad consiste en que “donde le conviene es quiteña, donde le conviene es colombiana y donde le conviene es indescifrable” (EE1S1); de esta forma, para las personas es claro que no es ecuatoriana pero no identifican su nacionalidad. Plantea que esta construcción tiene mucho que ver con la elaboración propia de regresar a un lugar que fue tan hostil la primera vez, en sus palabras: “tiene mucho que ver como con esa experiencia previa y la decisión de regresar, como: bueno ¿cómo hago para regresar sin que me cueste tanto?, sin que me cueste la vida nuevamente” (EE1S1). Jorge también hace referencia a estas adaptaciones de la identidad; él plantea que los migrantes deberían adoptar una forma de ser y comportarse, afirmando que el migrante no debe llegar con los “humos altos”; en su opinión “desde que quien emigre se porte bien, sea cordial y no haga mal, no le van a hacer nada, va a dónde va tranquilo” (EE2S2).

La participación política, tercer elemento a abordar, contempla los procesos de participación convencional y no convencional de los entrevistados. Estos procesos se constituyen en oportunidades para mejorar sus condiciones como migrantes o residentes en los países de destino, y las condiciones de sus connacionales en el país de origen.

Con respecto a la participación política convencional, Jorge manifiesta que nunca ha ejercido su derecho al voto en Colombia, y en Ecuador no puede hacerlo pues no tiene cédula. En cuanto a la participación no convencional, durante la entrevista, señala el reverso de su Carnet de refugiado en que se especifica el compromiso de no participar de actividades políticas. Un panorama distinto muestra Alejandra, quien, pese a su larga estancia en Ecuador continua participando, a través del consulado, en los procesos electorales colombianos, por ejemplo, el plebiscito de refrendación de los acuerdos de paz, elecciones presidenciales y de Congreso de la República. Asimismo, ha participado en los procesos electorales ecuatorianos; incluso resalta que en su primera participación en elecciones presidenciales, aún no cumplía el requisito de los cinco años de residencia en el país pero, como ya estaba empadronada y la situación política estaba tensa, decidió que debía participar.

En cuanto a la participación política no convencional, durante los últimos 4 años, se encuentra que Alejandra ha trabajado en un colectivo para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. De esta experiencia, destaca que, durante el mandato del anterior presidente (Rafael Correa, 2007-2017), debió ejercer un activismo cauteloso (de bajo perfil), pues en ese momento se monitoreaba a las organizaciones sociales y se ejercían diferentes acciones gubernamentales, por ejemplo, auditorías fiscales, como un mecanismo de presión para que cesaran su labor. Además para ella, era un doble riesgo, pues era a la vez activista y migrante, y en ese momento se deportaron migrantes con ese perfil, como Manuela Picq⁷, deportada sin respetar el proceso regular y sin considerar su condición de pareja de hecho de un nacional ecuatoriano. Este señalamiento evidencia parte de las posibles barreras que encuentran los migrantes para su participación política en las sociedades de destino, especialmente, en el plano del activismo social, pues su condición los hace más susceptibles a represalias como la deportación regular o irregular. En coherencia con esto, una vez cambió el gobierno y ella no sintió tanta vulnerabilidad, su trabajo en temas de violencia sexual y violencia en el sistema educativo se ha tornado más visible.

Adicionalmente, aunque Alejandra no pertenece a una organización de migrantes, es de anotar que si ha participado de acciones colectivas esporádicas, tales como la construcción de espacios académicos y de debate sobre temas de la realidad colombiana, tales como el proceso de paz y el plebiscito.

Un punto a señalar adicionalmente es que pese a que la participación política también podría ejercerse por la vía de la reivindicación del derecho a la salud, en el caso de ambos entrevistados esta no se da. En el caso de Alejandra, ella no lo considera necesario dado que no ha presentado mayores dificultades en función de su póliza privada, mientras en el caso de Jorge, este hecho se reduce a reclamos precisos por demoras en la atención en salud propia o de su familia. Hay que decir además que Jorge, dado su nivel educativo más básico no cuenta con muchas herramientas conceptuales o jurídicas para emprender procesos de

⁷ Periodista franco-brasileña quien mientras evitaba la detención de su pareja, de nacionalidad ecuatoriana, que participaba en una manifestación fue agredida por policías y el día 14 de agosto de 2015 le fue cancelada su visa y tuvo que salir del país (Picq, 2015).

defensa de su derecho a la salud, así como de otros derechos, pese a que, como se ha visto, diferente normativa en el país establece la protección de los derechos de los migrantes.

Hasta aquí se han presentado los principales hallazgos relacionados con las experiencias de los migrantes entrevistados en Ecuador. Con base en estos se propone, a continuación, unas consideraciones finales que articulan estos hallazgos teóricos con una reflexión teórica.

6.5. Consideraciones Finales

A lo largo de este capítulo se han analizado las experiencias migratorias de Alejandra y Jorge enfatizando, principalmente, algunos aspectos relacionados con su vivencia del derecho a la salud. Este análisis evidenció que cada entrevistado ha adquirido a lo largo de su vida unas condiciones socioeconómicas (educativas, laborales, familiares) y de salud, particulares, las cuales juegan un papel muy importante respecto a su experiencia migratoria y su proceso de vida general en Ecuador, incluyendo su vivencia del derecho a la salud.

Bien sea desde el modelo de los determinantes sociales de la salud de la OMS (2009) o desde la teoría de la Determinación social de la salud de la medicina social latinoamericana (Breilh, 2013) estos diferentes elementos se conocen como niveles de determinación de la salud-enfermedad, los cuales han sido tipificados como el ámbito de lo general, lo particular y lo singular (Castellanos, 1998). Para efectos de la reflexión aquí planteada se adoptará este modelo definiendo los elementos que influyen la vivencia del derecho a la salud de los entrevistados a partir de lo que se denominará los planos o elementos macro, meso y micro.

Con base en lo anterior, se consideran elementos macro, las tendencias globales, latinoamericanas y locales, en materia de políticas migratorias y de salud, así como los movimientos globales o regionales en defensa de los derechos de los migrantes. Por su parte, los elementos meso se concretan en el plano nacional, particularmente, en las reformas legislativas en el ámbito migratorio y de salud, estas últimas principalmente concretadas en la reforma constitucional de 2008. Asimismo, se analiza el desarrollo e implementación de las reformas sobre ambos temas y, finalmente, los valores sociales asociados con la migración y la respuesta que, de estos, se genera. Como cierre, los elementos micro contemplan las condiciones singulares de los migrantes, incluyendo los aspectos de su vida previa al proceso

migratorio, sus circunstancias de emigración y sus condiciones de vida actuales, resultantes, en gran medida, de los dos anteriores. Las últimas también incluyen las acciones que como sujetos activos desarrollan los migrantes para enfrentar las circunstancias adversas e intentar mejorar su calidad de vida.

El primer elemento macro a considerar son las tendencias mundiales en cuanto a políticas migratorias; en estas tendencias se encuentra, primordialmente, una orientación de selectividad desde una lógica securitista. Lo anterior, dado que el objetivo de las políticas migratorias es, por una parte, facilitar la entrada de aquellos migrantes cuya presencia es deseada (OIM, 2006a), por ejemplo, la mano de obra altamente calificada, los estudiantes de niveles superiores y los inversionistas (Herrera-Lasso y Artola, 2011), mientras que por otra parte, buscan identificar y disuadir la entrada de aquellos no deseados, particularmente, quienes representan riesgos para la seguridad (OIM, 2006b). Ahora bien, desde estos objetivos las políticas derivan no solo en la definición de quién, sino de cómo puede “recibirse”, por ende, determinan las dificultades o facilidades que encontrará el migrante para su inclusión en la sociedad. Así pues, en la medida en que clasifican o tipifican a los migrantes entre deseados y no deseados, terminan siendo restrictivas, pues niegan, o por lo menos dificultan, la entrada a un gran número de personas.

En esta misma línea, de acuerdo con autores como Atienza (2007) pueden ubicarse políticas migratorias restrictivas desde la década de los 90's; no obstante, es el 11 de septiembre de 2001, el acontecimiento central que vincula las restricciones en movilidad a nuevos paradigmas de seguridad (Agudelo, 2013; Herrera-Lasso y Artola, 2011). Aunque debe aclararse que la concepción del migrante como un riesgo de seguridad no se limita al ámbito del terrorismo, sino que incluye aspectos de la seguridad política, económica, sanitaria y social (OIM, 2006b).

En las tendencias en políticas migratorias deben considerarse también los procesos de integración regional, como MERCOSUR, UNASUR y la Conferencia Sudamericana de Migraciones, desde los que se ha pugnado por la libre movilidad de los ciudadanos latinoamericanos. Estos procesos han tenido como resultado que el discurso gubernamental, en algunos de los países suramericanos, se haya orientado cada vez más a los derechos de los migrantes y la promoción de la movilidad humana (Acosta y Freier, 2015); sin embargo,

estos procesos, como en el caso de UNASUR, se han ido debilitando en el tiempo, entre otros, por diferencias políticas entre los gobiernos de la región, lo que ha dejado en el vacío gran parte de los acuerdos previamente logrados. Adicionalmente, en el contexto latinoamericano es necesario señalar otras coyunturas, como el actual éxodo de venezolanos por diferentes países de la región, y el tránsito por centro y Suramérica de ciudadanos africanos hacia Estados Unidos, lo que ha derivado en el endurecimiento de los controles migratorios dentro de la región. En el caso concreto de Ecuador, es por ejemplo notorio, aun en contra de sus principios constitucionales, la implementación repentina de requisitos adicionales para el ingreso de ciudadanos venezolanos, tales como certificado de antecedentes penales y el pasaporte.

Como segundo elemento en el ámbito macro, se encuentran los movimientos de reivindicación de los derechos de los migrantes a nivel mundial, movimientos que se oponen a la securitización y criminalización de la migración. Entre estos se cuentan los movimientos de los “sin papeles”, los *Dreamers* y “*No One is Illegal*”, este último con una resonancia muy importante a nivel mundial, que se ha concretado en esfuerzos para que no se judicialice y estigmatice a los migrantes por su estatus migratorio. Además, ha propugnado porque el término “ilegal” (para referirse a migrantes) sea reemplazado, en los discursos académicos y políticos, por términos como “indocumentado” o “irregular”. Es de precisar que, si bien estos movimientos han surgido en Europa y Norteamérica, su alcance no se limita a estas regiones, pues sus acciones han tenido repercusiones, por ejemplo, en centro y Suramérica.

Un tercer elemento, está constituido por el contexto histórico ecuatoriano en relación con las políticas migratorias, pues las políticas actuales no son ajenas a las anteriores, de manera que aquello que se establece hoy muestra aún rastros de lo que le antecede en materia migratoria. Como expresa Ramírez “un enfoque de derechos, no hace que desaparezca el enfoque de control y seguridad que históricamente ha tenido el Estado ecuatoriano” (2013, p. 49), aún más cuando este enfoque se ha sedimentado e internalizado en los agentes gubernamentales y en la sociedad.

Al respecto, cabe destacar que la política migratoria ecuatoriana se caracterizó, hasta los años 30’, por un aperturismo segmentado, una política selectiva por motivos de etnia y nacionalidad que, desde la premisa de quiénes eran deseables para instalarse y mezclarse con

la población ecuatoriana, promovía la inmigración de poblaciones como las europeas y obstaculizaba la inmigración de otras como las asiáticas (Ramírez, 2012). Luego, sin que se perdiera este enfoque, se pasó a uno securitista y de control que se consolidó en los 70', en el contexto de la dictadura militar y la predominancia, en Suramérica, de la doctrina de seguridad nacional; en este enfoque, las políticas explicitaban que debía inadmitirse a los analfabetos, los vagabundos y quienes tuvieran una enfermedad incurable, contagiosa o peligrosa para la salud pública, entre otros (Ramírez, 2013).

Este panorama cambia, por lo menos en apariencia, con la llegada, en 2007, de Rafael Correa a la presidencia, en representación del Movimiento Alianza País. Movimiento que, desde una orientación progresista, pugnó por cambios que llevaran a políticas sociales basadas en el Buen Vivir (Sumak Kawsay) y desde el que, según Ramírez (2013, p. 70) “más se ha avanzado el enfoque de derechos a lo largo de la historia de la República”. Es en este contexto que surge la política migratoria ecuatoriana actual, cuarto elemento macro a considerar en este análisis.

En su enunciación, la política migratoria ecuatoriana, en teoría, se ha opuesto a las tendencias predominantes a nivel mundial y, según Acosta y Freier (2015) es considerada de ruptura dado que Ecuador es el primer y único país que, a nivel constitucional, explicita el migrar como un derecho. Igualmente la Constitución establece que este derecho se concreta en la igualdad de derechos entre los nacionales y las personas en movilidad humana, y en la no criminalización de la migración. La perspectiva progresista en la normativa ecuatoriana, antes mencionada, se evidencia también en la forma en que son denominados ciertos aspectos relacionados con la migración. Casos concretos de esto son, en primer lugar, la denominación de la “migración” como “movilidad humana”, asunto que según Ramírez (2013) pretende cambiar la valoración peyorativa que tradicionalmente ha tenido la migración, sobre todo en los países receptores. Igualmente, la revisión realizada en este trabajo de la normatividad ecuatoriana en materia migratoria (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017; Reglamento a la Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017), evidencia un propósito de cambio semántico que se concreta, por ejemplo, en el remplazo del término “migrante” por el de “persona en movilidad humana” o “persona extranjera”, con lo que se intenta, tal vez, priorizar su condición de seres humanos por encima de su situación de movilidad o nacionalidad y así desencializar aquello que, supuestamente, los hace “diferentes” a los nacionales.

Ahora bien, pese a esta apuesta plural e incluyente de la Constitución y demás normativas ecuatorianas para los migrantes, es necesario decir que su implementación se ha encontrado con limitaciones importantes originadas, primordialmente, en las tendencias globales en materia migratoria (Sur-Norte) y de las políticas derivadas de estas, así como en factores propios del país, tales como debates políticos internos frente a esta normatividad, y unas instituciones estatales que, bien por su capacidad limitada o por la burocratización de los tramites, entorpecen la aplicación de los avances en la legislación. Lo cual evidentemente tiene implicaciones directas en las condiciones de vida de todas las personas que se encuentran en condición de movilidad humana en Ecuador.

Por otra parte, en cuanto a la salud, puede hablarse de dos grandes tendencias contradictorias a nivel mundial: la salud como derecho y la salud como un bien de mercado. En la primera línea se encuentran esfuerzos desde la ONU y la OMS, así como luchas por parte de movimientos sociales para que la salud sea un derecho para todos, propuesta que implica que se avance en la equidad en salud. Al respecto, *Tedros Adhanom Ghebreyesus* (2017), Director de la OMS, afirma que el derecho a la salud es un aspecto central en el mandato de la OMS y, que este derecho es comprendido como el acceso a los servicios de salud que las personas necesiten y donde los necesiten, sin que este acceso esté condicionado por los recursos financieros de los individuos.

Asimismo, debido a su importancia, el derecho a la salud ha sido reconocido en varios instrumentos regionales e internacionales, de los que podrían nombrarse la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) (1988), la Carta Social Europea (1961/1996) y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965). Asimismo, es reconocido por el Comité DESC, en una de sus observaciones y en su pacto, el PIDESC, con la Observación General Número 14 (ONU, 2000), que ha sido tratada anteriormente en este trabajo como referente central para la comprensión de este derecho.

La segunda tendencia, la salud como un bien a ser adquirido en las lógicas del libre mercado y según capacidad económica del interesado, ha sido impulsada por el modelo económico neoliberal. Esta tendencia permeó los sistemas de salud en Latinoamérica a través

de las reformas a la salud cuya orientación, lejos del universalismo y la equidad en salud, se dirigió, principalmente, a un enfoque reduccionista del derecho a la salud, apoyado en una lógica de aseguramiento en salud segmentado, parcial y supeditado a indicadores de sostenibilidad financiera, que a la larga representaron recortes en las funciones y responsabilidades de los Estados en materia de salud (Echeverry, 2006). Esta orientación se comprende, teniendo en cuenta que estas reformas fueron condicionadas por las exigencias financieras de organismos de cooperación multilateral como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM), desde la década de los 90.

En este contexto puede ubicarse históricamente la evolución del derecho a la salud en Ecuador, pues tal como se presentó en el capítulo, la concepción del mismo estuvo también influenciada por las reformas resultantes de la arremetida neoliberal en Latinoamérica. No obstante, con la presidencia de Rafael Correa y la consiguiente asamblea constituyente, se plasmó en la Constitución del Ecuador (2008) la salud como un derecho, indivisible e interdependiente, vinculado además con otros derechos como la alimentación y el agua potable, propuesta coherente con el sentido expresado en la Observación Número 14 (ONU, 2000) y el modelo de determinantes sociales de la salud (OMS, 2009). De manera que esta propuesta de Ecuador sobre el derecho a la salud intentó resistir a las reformas neoliberales mencionadas, aunque cabe aclarar que esta posición corresponde, como se dijo, al mandato presidencial de Rafael Correa, quien se negó a recibir financiación por parte de organismos como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Pues luego, en el 2019, el gobierno ecuatoriano, esta vez en cabeza de Lenin Moreno recurrió a esta financiación y concretó un préstamo con el Fondo Monetario Internacional en septiembre de 2020. Igualmente, el gobierno de Moreno ha intentado imponer una serie de medidas de recorte del gasto social conocidas como “el paquetazo” lo que ha generado grandes manifestaciones de descontento por parte de la población.

Así pues, en términos generales, con respecto al derecho a la salud en Ecuador habría que decir que se encuentra una situación similar a la presentada en las políticas migratorias de este país, esto es, que a pesar de los avances en el derecho a la salud establecidos en su Constitución, la concreción plena de este derecho aún se encuentra limitada por elementos del orden macro como la tendencia a considerar que la salud es un bien de mercado, así como por elementos del desarrollo del país, como la deficiencia en la infraestructura pública en

salud. Así pues, la situación en Ecuador coincide con lo planteado por Lie (2000) quien postula que a pesar de los esfuerzos de países latinoamericanos para incluir el derecho a la salud en sus normativas, esto no necesariamente se ha reflejado en sus políticas de salud.

Hasta aquí se han tratado los elementos migratorios y de salud que, desde el ámbito macro, influyen en el derecho a la salud de los entrevistados. El recorrido por estos elementos evidencia diferentes posiciones y apuestas que pugnan entre sí y tienen consecuencias en las circunstancias de vida y de acceso a la salud de los migrantes en Ecuador. Ahora bien, como ha sido señalado anteriormente, los elementos del nivel macro, ubicados en el plano de lo general, no son los únicos que afectan las condiciones de los migrantes, sino que se relacionan a su vez con elementos del nivel meso y micro; en esta vía, seguidamente se presentan los elementos del ámbito meso.

El primer elemento a analizar en este ámbito son las reformas legislativas en materia migratoria en Ecuador, pues si bien la apuesta por el derecho a migrar se enuncia en su Constitución de 2008, la concreción y consiguiente garantía de este derecho a través de leyes y decretos solo se dio hasta el 2017 con la promulgación de la Ley Orgánica de Movilidad Humana. Es decir, se dilató durante casi diez años el proceso para instituir una ley en movilidad que legislara de acuerdo con los principios de la constitución. Además, durante ese tiempo se mantuvo una ley obsoleta, la Ley de Migración establecida en 1971 en medio de la dictadura militar (Acosta y Freier, 2015).

Es de anotar además que en la Ley Orgánica de Movilidad Humana (2017) se presentan contradicciones que atentan contra la garantía del derecho a migrar y la igualdad entre nacionales y personas en movilidad humana. Así, esta Ley establece el derecho de las personas extranjeras a conformar organizaciones sociales para el ejercicio de sus derechos y el derecho al voto luego de cinco años de residencia legal, sin embargo, al mismo tiempo, prohíbe a las personas visitantes temporales inmiscuirse en “asuntos de política interna”, contradicción que genera vacíos, por ejemplo, a la hora de la participación política de los migrantes y el ejercicio de sus derechos, y que tiene repercusiones que llegan, incluso a la expulsión del país. Cabe precisar que esta situación persiste desde la Ley de Extranjería anterior a la reforma constitucional de 2008 (Ley de Extranjería, 2004).

Estas prohibiciones terminan entonces excluyendo a los migrantes de un ámbito fundamental para los sujetos de derecho, el de la participación política en diferentes asuntos que les afectan, incluido el ejercicio de sus propios derechos. Adicionalmente, estas medidas obstruyen los procesos de integración y cohesión social y debilitan la democracia al excluir a un grupo social de sus mecanismos más elementales (Ceriani, 2011). Así, pese a que a nivel constitucional se establece la igualdad de derechos para ciudadanos y migrantes, es claro que la experiencia de los entrevistados muestra importantes limitaciones de los derechos políticos; en el caso de Alejandra por la persecución gubernamental a las organizaciones de Derechos Humanos de las cuales ella hace parte y, en el caso de Jorge, porque entre las condiciones planteadas por ACNUR para el otorgamiento de su estatus de refugiado, se encuentra el compromiso de no participar en actividades políticas.

El segundo elemento en el ámbito meso es la falta de desarrollo e implementación de algunos aspectos de las normativas, que se da por varias causas. Primera, pese a los avances normativos garantistas para los migrantes, en el ejercicio cotidiano las autoridades migratorias y de policía mantienen resistencias e imaginarios sobre algunos migrantes que van en contravía precisamente de tal sentido garantista. Por ejemplo, se mantienen situaciones de estigmatización, abuso y vulneración de derechos vinculados con la nacionalidad o el estatus del migrante en cuestión. Recuérdese el caso enunciado de la entrevistada sobre las revisiones excesivas a las que se vio expuesta por su nacionalidad colombiana por parte de las autoridades en ese país. Este elemento coincide con lo planteado por Freier (2013), quien a partir de entrevistas con agentes migratorios, plantea que ellos suponen que personas de nacionalidades como la colombiana, cubana o de medio oriente deben ser más profundamente examinados pues tienden a tener estatus irregulares.

La segunda causa son las diferencias entre los elementos establecidos en la normativa y la configuración de los procesos estatales. Como se presentó en el capítulo, con frecuencia a la hora de aplicar a trámites migratorios, los migrantes pueden enfrentarse a situaciones como implantación de requisitos adicionales a los contemplados legalmente, o “círculos viciosos” en los que el resultado del trámite es, a la vez, una condición previa para realizarlo, como en los casos ya referidos de la obtención de la cedula y la visa profesional. Lo anteriormente mencionado se concreta en una burocratización de los trámites migratorios que deriva en la demora y entorpecimiento de estos.

Ahora bien, las consecuencias de esto no se limitan al desarrollo de los trámites sino que tienen implicaciones en las condiciones de vida de los migrantes, por ejemplo, cuando las trabas en procesos administrativos, como la emisión de visas profesionales o procesos de homologación de títulos académicos, se tornan obstáculos para la inserción y condiciones laborales de los migrantes, derivando en dificultades para la obtención de ingresos económicos y el acceso a bienes como alimentación, vivienda y seguridad social.

Como tercer elemento en el ámbito meso se encuentran los valores sociales asociados con la migración, pues las sociedades construyen valores y significados frente a diversidad de asuntos e individuos, entre ellos, la migración y los sujetos migrantes (Alpízar y Bernal, 2003), en ocasiones, más positivos que otros, como en el caso, ya mencionado, de los norteamericanos o los europeos. Igualmente, se construyen unos significados negativos, como en el caso de los aquí entrevistados. Así pues, los significados construidos frente a la migración determinan el nivel de apertura de las sociedades receptoras frente a los migrantes, y dificultades que los migrantes presentan para su proceso de emigración e instalación en el país traspasan los ámbitos meramente institucionales, para constituirse en ocasiones en barreras sociales generalizadas. Como muestra de esto, Jorge y Alejandra resaltan las dificultades que han vivido, en el ámbito laboral y de vivienda, debido a situaciones de discriminación por ser colombianos.

Lo anterior pone en evidencia que la situación migratoria se agudiza cuando se es un “migrante del sur” o de ciertas nacionalidades, en el caso de los colombianos, debido a los estereotipos sobre el país. Estos estereotipos se relacionan en general con delitos como el narcotráfico, la delincuencia común y la prostitución, visión negativa que ha sido señalada por estudios como los de Morales et al., (2010) y Ospina et al., (2012).

Como se ha mostrado a lo largo del capítulo, existen otros dos estereotipos con los que se asocia a los colombianos. El primero, rotula a los colombianos generalmente como refugiados que han huido del país por las diferentes consecuencias del conflicto interno. Este estereotipo se fundamenta evidentemente en el elevado número de población colombiana refugiada en Ecuador dada la cercanía geográfica entre ambos países. Igualmente, también se encuentra que muchos colombianos residen en ese país sin definir aún su situación migratoria, situación que, no obstante, no se limita a los migrantes colombianos. El segundo

estereotipo, vincula a los colombianos con un aspecto físico particular, o en términos coloquiales la forma cómo “se ve un colombiano”, identificación que puede derivar, como se dijo, en una valoración más negativa que la de un migrante que se asuma como del norte.

Cabe aclarar que estas situaciones se dan aunque, a nivel local, la Constitución Nacional (2008) establece que no puede discriminarse a las personas en movilidad humana, y a nivel internacional, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece que no debe darse discriminación de los derechos que enuncia, entre ellos el trabajo, por motivos entre los que nombra el origen (ONU, 1966).

Pasando al tema de las reformas legislativas en salud, lo primero a decir, es que estas adquieren un sentido progresista, de derecho a la salud, solamente a partir de la Constitución de 2008, pues como se vio en esta se establece la salud como un derecho fundamental, y se reconoce y explicita su vinculación con otros derechos. No obstante, estos preceptos constitucionales han tenido una implementación normativa relativamente escasa, pues aún no se ha logrado promulgar el nuevo Código Orgánico de Salud (COS), cuyo fin, es garantizar la universalidad a través de acciones de salud, por ejemplo, la organización del sistema de salud bajo el modelo de Atención Primaria y la garantía de la atención en salud integrada e integral. Es de anotar que los tramites de construcción y aprobación del mismo llevan cerca de 8 años, pues dicho proceso se inició en 2012, y pese a que, en agosto de 2020, la Asamblea Nacional aprobó dicho Código, en septiembre del mismo año, el presidente Moreno cuestionó su “idoneidad técnica y científica”, y ejerció su veto contra él. Por su parte, organizaciones de la sociedad civil han expresado que lo que subyace al veto presidencial es una tendencia al sostenimiento de valores tradicionales que limiten la libertad sexual y genésica de las mujeres. Así pues, se han presentado tensiones políticas en torno a la implementación definitiva del Código, lo cual de paso afecta el disfrute pleno del derecho a la salud de los ciudadanos ecuatorianos y más para los migrantes. Se espera que nuevamente en 2021 una versión ajustada del Código sea aprobada por el ejecutivo.

Las reformas constitucionales tampoco han sido plasmadas de manera suficiente a nivel del sistema de salud. Al respecto, autores como Gañan (2014) han planteado que los sistemas que más se acercan a la garantía del derecho a la salud son los sistemas únicos, es decir, aquellos en que no coexisten varios subsistemas de aseguramiento o afiliación y, por

lo tanto, diferentes planes de beneficios. En el caso ecuatoriano, pese a las reformas constitucionales ya enunciadas, persiste en la actualidad un sistema de salud mixto y segmentado, además con dificultades en la cobertura. Esto se expresa en el doble aseguramiento descrito en el capítulo, por una parte, por medio del IESS y, por otra parte, a través de las pólizas de salud del subsistema privado. Ahora bien, cabe precisar que la existencia de un subsistema privado no es *per se* negativa, pues como un sistema complementario puede contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de la población; las dificultades se presentan cuando este subsistema privilegia los intereses económicos sobre los sanitarios y, en esa vía, se torna en un obstáculo en la garantía del derecho a la salud. Tal es el caso de Ecuador, pues las empresas privadas de salud se oponen a la legislación establecida por el Estado sobre su regulación, justificando su oposición en que esta legislación puede generarles pérdidas económicas y llevar al sistema privado a un colapso financiero (Contreras, 2017).

Sobre el sistema de salud, habría que decir además que se encuentra una desigualdad en el acceso al aseguramiento en salud entre ciudadanos y migrantes, desigualdad que, generalmente, obliga a los últimos, a optar por un seguro privado. Ahora, como se presentó, el seguro privado incluye beneficios que el aseguramiento público no, por ejemplo, mayor libertad en la escogencia de prestadores de salud, aunque cubre menos prestaciones, pues a diferencia del privado, el subsistema público cubre incapacidades, jubilación, auxilio funerario, licencias de maternidad y paternidad, entre otras.

Esta desigualdad en el aseguramiento se constituye en una barrera financiera ya que condiciona el acceso al sistema de salud a la capacidad económica y, por tanto, a la adquisición de un seguro médico, y en una barrera institucional, pues, en el caso de los migrantes, su acceso al sistema está supeditado a documentación que no siempre es fácil de obtener a través de los trámites migratorios (OIM, 2005; Torres y Garcés, 2013). Dicha desigualdad también va en contravía de la Ley Orgánica de Salud (2006) del Ecuador, según la cual no puede discriminarse, por ningún motivo, el acceso equitativo a las acciones y servicios de salud, igualmente, infringe la directriz de la Observación Número 14 (ONU, 2000) que establece que no puede discriminarse en los medios para conseguir el acceso a centros, bienes y servicios de salud, aún más si se trata de grupos vulnerables o marginados.

Asimismo, debe señalarse que aunque existen convenios entre Colombia y Ecuador para la población en movilidad humana de ambos países (como el Instrumento Andino de Seguridad Social), es claro que estos no redundan en facilidades en el acceso a servicios de salud para los migrantes.

Otro punto a destacar en el plano del sistema de salud, es la falta de información de este sobre población en movilidad humana, pues los indicadores de salud (tales como tasas de mortalidad y morbilidad) publicados por el INEC, no discriminan los datos de esta población, incluso de quienes se encuentran bajo protección internacional, cuya cifra en Ecuador es muy significativa⁸. Un ejemplo claro de esta carencia de información y, que precisamente involucra a migrantes colombianos, es lo expresado por Morales et al., (2010), quienes plantean la falta de datos oficiales sobre los problemas respiratorios de la población infantil colombiana que llega a Ecuador como refugiada, y cuyos problemas respiratorios se originan en la aplicación de glifosato en sus municipios de origen. Por último, debe anotarse que la importancia de contar con indicadores sobre enfermedad, atención en salud, etc., de la población migrante ha sido subrayada por la OMS debido a la necesidad de generar evidencia sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes (Comité Directivo de la Iniciativa Conjunta de Salud para las Personas Migrantes, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2017).

El anterior fue el panorama de los elementos del plano meso en los ámbitos migratorio y de salud en Ecuador. Como conclusión, puede plantearse que en ambos ámbitos se da una brecha discursiva (Discursive Gap) entre el discurso oficial y la realidad de la práctica política y jurídica (Acosta y Freier, 2015) y una brecha de implementación, por la disparidad entre leyes oficiales, medidas y regulaciones, y su implementación real (Czaika y de Haas, 2011). Estas brechas asociadas, en ambos casos, a la interdependencia de los elementos del plano meso y los del plano macro.

Ahora bien, como se ha señalado en el apartado, a los elementos del plano macro y meso, interactúan también con los del plano micro, correspondientes a los aspectos singulares

⁸ Ecuador es el país con mayor número de refugiados en Latinoamérica (Agenda de política exterior 2017 – 2021, 2018). De acuerdo con ACNUR, a septiembre de 2020 la cifra de refugiados en este país ascendía a 69.897, de los cuales más del 95% eran colombianos (ACNUR, 2020).

de los entrevistados. Como se ha dicho estos elementos incluyen aspectos de la vida previa al proceso migratorio y circunstancias de emigración y condiciones de vida actuales.

Respecto a los aspectos de la vida previa al proceso migratorio, se encuentra que, en comparación con Alejandra, Jorge tenía condiciones socioeconómicas más desfavorables en Colombia. Por ejemplo, mientras Alejandra alcanzó la educación superior y residía en el área urbana de una de las ciudades principales del país, Jorge no tuvo acceso a la educación y, en el momento de su emigración, habitaba en un área rural afectada por el conflicto armado, lo que derivó en su reclutamiento por parte de un grupo armado ilegal. Cabe anotar, que estos aspectos previos al proceso migratorio pueden mediar las condiciones en que se emigra; así, si en Colombia se tenían una condiciones de vida limitadas, por ejemplo, un bajo nivel educativo y bajos recursos económicos, es posible que el proceso de migración y de instalación en los países de residencia, se den en condiciones más precarias.

En este sentido, las anteriores condiciones están vinculadas justamente con el segundo elemento, las circunstancias de emigración de los entrevistados. Estas se refieren a sus motivaciones para emigrar, y a su estatus y documentación migratoria. Con respecto a las primeras, se encuentra que en el caso de Jorge, más que una motivación, su salida hacia Ecuador se dio como única alternativa para preservar su vida, es decir, fue una salida forzosa. De otra parte, en el caso de Alejandra, la motivación para su primera emigración fue acceder a un mayor nivel educativo, y para la segunda, mejorar sus posibilidades laborales. Cabe señalar que, de acuerdo con investigaciones anteriores, tanto eludir la violencia (Pellegrino, 2000) como acceder a mejores oportunidades laborales (Castles, 2000; CEPAL, 2008; OIM, 2013a; Pellegrino, 2000; Tapinos, 2000; Urzúa, 2000), han sido motivaciones determinantes en la migración desde Latinoamérica.

Respecto al estatus y documentación migratoria, en el caso de Jorge, él realizó su primera entrada al país con su cédula colombiana, situación que fue posible a partir de los acuerdos de UNASUR, que establecen la libre movilidad solo con el documento de identidad; a su ingreso le entregaron la tarjeta andina, válida por tres meses, luego de los cuales, él debía realizar el proceso de obtención de visa. Dado que Jorge no realizó este último proceso, pasados los tres meses su situación migratoria se tornó irregular, motivo por el cual, en alguna ocasión, fue deportado. Luego de esto, el reingresó a Ecuador de manera clandestina y, una

vez reinstalado en el país, aplicó a una solicitud de estatus de refugiado, la cual le fue concedida y ostenta actualmente. Una situación diferente presenta Alejandra, quien desde su primera emigración contó con una visa de estudiante, con la cual permaneció en el país durante la realización de sus estudios de posgrado. Una vez regresó al país, al no lograr una ubicación laboral adecuada, retornó a Ecuador con una visa de turista, obteniendo posteriormente su visa profesional por diez años.

Ahora bien, las diferencias en motivaciones, estatus y documentación pueden redundar en que unos migrantes tengan peores condiciones de emigración, instalación y vida, tal como lo evidencia la revisión de las condiciones de vida actuales de los entrevistados. En esta investigación, puede observarse que las diferencias entre migrantes dejan en una posición más desfavorable a Jorge, en quien se conjugan el estatus de migración forzada e irregular y el bajo nivel educativo y socioeconómico. Condiciones que han derivado en que él tenga un nivel económico más bajo, con un empleo informal y sin afiliación a seguridad social, además, mientras estuvo indocumentado vivía en un constante temor a ser detenido por las autoridades y ser deportado, lo que finalmente sucedió. Por el contrario, Alejandra, como estudiante, contaba con atención en salud brindada por la institución universitaria y luego, cuando retornó a Ecuador, con la homologación de su título profesional pudo obtener la visa profesional, que la autoriza a trabajar regularmente en el país y con la que ha accedido a empleos en su área de estudio.

Estas consecuencias diferenciales son señaladas, incluso, por Alejandra al plantear que unas condiciones precarias en la emigración afectan negativamente las circunstancias en que el migrante puede instalarse y los derechos a los que puede acceder, incluido el de la salud. En su planteamiento ella concluye que las migraciones forzadas favorecen la explotación, discriminación y xenofobia.

Como se dijo, dentro de las condiciones de vida, también deben considerarse las acciones de los entrevistados como sujetos activos y de derecho. Estas contemplan, por una parte, las estrategias, en las que se destaca la recurrencia a redes y conexiones sociales y, por otra, el ejercicio de su ciudadanía, cuyo fin es reclamar o poder gozar de algunos derechos, sin importar su estatus formal como ciudadanos.

En relación con el primer aspecto, estudios anteriores señalan que el apoyo social es un factor protector para los migrantes (Rojas, 2008; Zarza y Sobrino, 2007). En coincidencia, los entrevistados resaltan la importancia de contar con redes y conexiones en el país de destino pues estas operan como soporte, facilitan el proceso de instalación y pueden funcionar, incluso, como factor subsanador de los estereotipos sobre ellos. Estas redes están constituidas, entre otros, por parejas, amigos propios y de sus parejas, así como colombianos que han emigrado antes.

En cuanto al ejercicio de ciudadanía, como se desarrolló en el capítulo, este comprende tres elementos: el estatus formal, la identidad y la participación política. Con respecto al primero, los entrevistados reivindican su ciudadanía aun cuando no cuenten con el estatus formal de “ciudadanos”. Además, cabe resaltar que ambos se posicionan de manera diferente frente a la posibilidad de obtener este estatus; Alejandra desde su resistencia a cumplir con los requisitos exigidos y Jorge desde su deseo de realizar el proceso de obtención de la ciudadanía, motivado en la vulnerabilidad y restricciones que su estatus acarrea.

Respecto a la identidad de los entrevistados, en el caso de Alejandra se observa un mayor arraigo a su identidad colombiana, pues pese a participar en procesos políticos ecuatorianos, está atenta a estos procesos en Colombia y participa de los mismos. Adicionalmente, es explícita en reclamar procesos que, por ejemplo, desde el consulado fortalecieran el sentido identitario de comunidad migrante colombiana. No obstante, ella reconoce que, como mecanismo para no ser discriminada por ser colombiana, en ocasiones, trata de ocultar o por lo menos generar duda sobre su nacionalidad. Por otra parte, el relato de Jorge, de alguna manera denota mayor desapego de su origen colombiano, al punto, que enfatiza en que su familia es aquella que construyó en Ecuador. Adicionalmente, muestra total desconocimiento de la realidad social y política del país, y no está entre sus planes volver a instalarse en el mismo. Finalmente, es necesario anotar que también plantea algunos elementos de lo que, de acuerdo con él, debería ser el ideal del colombiano que llegue como migrante a Ecuador, ideal que primordialmente se orienta a un migrante que no cause problemas en esa sociedad.

Finalmente, la participación política es el elemento que más aparece, puntualmente en el relato de Alejandra, en quien puede hablarse de una participación política tradicional

(proceso electorales) en ambos países, y de una participación social e insurgente (Barbero, 2010) a partir de su activismo en el colectivo de defensa de Derechos Humanos. Cabe recordar que, debido a su condición como refugiado, a Jorge le es prohibido participar políticamente. Puntualmente, en esta misma dimensión de participación política, pero referido al derecho a la salud, vale anotar que los entrevistados no se han vinculado con ejercicios de defensa o reivindicación de este derecho para los migrantes, aunque es cierto que el colectivo en que trabaja Alejandra trata una parte del derecho a la salud, como son los derechos sexuales y reproductivos, pero su enfoque está basado en el género no en la condición migrante. Adicionalmente, cabe señalar que los relatos de los entrevistados denotan una mirada reduccionista del derecho a la salud, limitada a la atención en salud.

Luego de este recorrido por los elementos del plano micro, puede plantearse en general, como han señalado investigaciones anteriores, que los aspectos individuales (género, edad, nivel educativo) afectan diferencialmente las condiciones de vida (OIM, 2006a) y de salud de los migrantes, por ejemplo, una situación socioeconómica más baja se asocia con mayor incidencia de problemas de salud (Agudelo-Suárez et al., 2009). En coincidencia, en esta investigación se encuentra que condiciones singulares precarias, generadas por la migración o anteriores a esta, pueden derivar en desenlaces más difíciles en las migraciones, con condiciones de vida, salud, atención en salud e incluso participación política más limitadas. Aunque, debe precisarse que los resultados de las diferencias entre migrantes no son absolutas, como ejemplo, aunque Alejandra tiene unas condiciones más favorables que Jorge, tampoco son las mejores, pues no cuenta con un empleo que le garantice un nivel estable de ingresos o aseguramiento independiente en salud.

A modo de cierre de este capítulo, con base en lo presentado frente a los elementos de los ámbitos macro, meso y micro, podría decirse que las condiciones de vida de los migrantes pueden medirse por varias facetas interrelacionadas: inicialmente, está una posición gubernamental, vinculada a la visión mundial y local sobre la migración y la salud. Luego está la concreción de esa posición y la recepción de las sociedades, que puede abrir o cerrar posibilidades a los migrantes y, finalmente, están las consecuencias diferenciales que se desligan de las particularidades de los migrantes y de sus acciones como sujetos para mejorar sus condiciones.

7. Canadá

7.1. Migrantes Colombianos En Canadá: Perfil, Expectativas Y Experiencia De Migración

Tal como en el capítulo anterior, este capítulo dedicado al derecho a la salud de los migrantes entrevistados en Canadá, se inicia con el apartado *Migrantes colombianos en Canadá: perfil, expectativas y experiencia de migración*, cuyo fin es presentar los principales aspectos personales y de la experiencia de migración de Diego e Irene.

7.1.1. Diego

7.1.1.1. ¿Quién es el hombre migrante entrevistado?

Diego llegó a Canadá en 2013, antes de emigrar vivía en Antioquia (Colombia), donde trabajaba en proyectos del área de la salud. En Colombia alcanzó un nivel educativo profesional en química farmacéutica y lo complementó con diplomados. Con respecto al ámbito educativo expresa que no realizó estudios de posgrado porque se concentró en el trabajo y porque los costos de la educación privada en ese nivel eran muy altos y, en la educación pública, era muy difícil el acceso.

Desde su llegada a Canadá, Diego vive en Montreal (Quebec) pues prefirió residir en el área francesa del país. A su llegada, como documento único para la admisión al país contaba con la carta de aceptación de Quebec, documento que acreditaba su permiso para ingresar al país y luego solicitar una visa de residente. Al respecto, relata que en el aeropuerto, por procedimiento, anularon esta carta, pues su validez se limita al ingreso al país, por lo que debió luego solicitar su visa de residente como documento para avalar su estatus migratorio. Así, una vez en el país realizó los trámites para obtener la residencia y, en el momento en que se realizaron las entrevistas para esta investigación, estaba a la espera de que lo convocaran para la ceremonia de ciudadanía canadiense.

Del relato de Diego cabe destacar que afirma que la migración comienza el día que decide viajar, empacar las maletas y llegar al nuevo país, pero en su relato, hace referencia constante a la preparación y realización de los trámites previos al viaje.

7.1.1.2. Expectativas y experiencia de migración

Sobre este tema, es de destacar que emigrar no era parte del proyecto de vida de Diego, por el contrario, expresa que vivía contento en Colombia e incluso criticaba a quienes habían decidido irse del país. Sin embargo, se vio abocado a contemplar la migración cuando comenzó a sentir que sus opciones laborales en Colombia se reducían, manifiesta que:

Uno ve que ya en algún momento se va a poner dura la cosa porque uno ya va entrando en edad y allá es cada vez más difícil, y muchas veces los trabajos dependen como del gerente de turno, entonces, se vuelven casi políticos; no sé, eso es complicado y uno tiene que buscarse otras opciones (CE1S3).

Adicionalmente, en ese momento se enteró de que Canadá ofrecía, a personas profesionales, la posibilidad de inmigrar al país como mano de obra calificada. Manifiesta que, inicialmente, fue escéptico ante la opción pues le extrañaba que “un país vaya a querer traer gente así de buenas a primeras” (CE1S1), pero al indagar vio que era una opción real. Al mismo tiempo, uno de sus familiares estaba también realizando los trámites para su propio proceso de migración a ese país y, como iba más adelantado en el proceso, le ofreció al entrevistado su ayuda en la realización de los trámites.

Diego recuerda que realizar los trámites de migración le generó mucha euforia pues emigrar era una posibilidad para cambiar lo que le aburría de Colombia, aunque, precisa que, llegado el momento de empacar su maleta, sintió tristeza por dejar a su familia. De otra parte, valora positivamente la experiencia de emigrar pues ha aprendido a ser más independiente y disciplinado ya que todo debe hacerlo por sí mismo. También destaca que esta experiencia le ha abierto la mente, pues debió llegar a aprender todo de nuevo, por ejemplo, a comunicarse en otro idioma y a asumir nuevas maneras de realizar sus funciones en el trabajo. Afirma que no se arrepiente de emigrar, pero no volvería a hacerlo porque es complicado “uno ya a una edad volver a empezar, hasta aprender a leer, como que ir a la escuela, a mucha gente se le facilita más” (CE1S3). Al respecto, expresa que hay quienes no resisten porque es difícil rehacerse y desacostumbrarse y que mientras más joven se es, más fácil es la adaptación. Pero además precisa, que emigrar debe ser más difícil para los colombianos que tienen que salir huyendo del país.

Ahora bien, aunque no se refiere a situaciones críticas en su migración, sí señala que se asustaba mucho cuando lo llamaban para asignarle citas o realizarle entrevistas laborales, pues le hablaban en francés, así que, cuando lo hacían, prefería no contestar y escuchar los mensajes en el correo de voz para repetir el mensaje y así asegurarse de entenderlo.

7.1.1.3. Proceso, documentación y condición migratoria

Diego se refiere en su relato al transcurrir de su proceso de solicitud de emigración; de este se destacan los siguientes aspectos:

En primer lugar, señala que inició sus trámites para emigrar en el 2010 y realizó todos los procesos con la ayuda de su familiar, de manera que no necesitó recurrir a agencias de emigración para que lo asesoraran. Además, resalta que los servicios prestados por estas agencias son muy costosos y él no tenía dinero para cubrir esos gastos.

En segundo lugar, en relación con los trámites, expresa que, con ayuda de su familiar, recogió los documentos que requería y luego los envió a México, que en ese momento era el centro de recepción de los documentos de la región. Allí se demoraron, alrededor de tres años, para dar alguna respuesta, de manera que el entrevistado llegó a pensar incluso que el proceso no seguiría. Hasta que, en el 2012, mediante correo electrónico lo citaron para agosto de ese año a una entrevista en Bogotá, entrevista en la que le otorgaron la carta de aceptación de Quebec y le dijeron que fijara fecha de viaje como máximo para un año después. Durante ese periodo, antes de viajar, señala que su mayor preocupación era ahorrar dinero para su instalación en Canadá, pues su trabajo en Colombia era por contratos, de modo que se quedaba cesante por periodos de tiempo entre estos contratos.

En tercer lugar, destaca que todo el proceso de preparación para la emigración pudo realizarlo en español, pues las páginas de información y requisitos del Estado canadiense tienen varias opciones de idioma, una de ellas, el español. Sin embargo, sabía que una condición para su emigración a Canadá era la suficiencia en el idioma, para el caso, francés. Por lo anterior, el entrevistado desarrolló estudios en este idioma, inicialmente, los fines de semana. Ante las demoras en el proceso, luego del envío de la documentación, suspendió estos estudios, pero una vez lo citaron a la entrevista en Bogotá, debió conseguir a una

persona que lo preparara para realizar esa entrevista en francés y, una vez aceptada su solicitud de emigración, debió retomar sus estudios en el idioma.

Ahora bien, a pesar de que había realizado cursos en francés, al llegar a Canadá, el entrevistado era consciente de que debía mejorar su desempeño en el idioma; por tal razón, ya instalado en Canadá se dirigió al Ministerio de Educación en que evaluaron su nivel de francés y lo remitieron a la universidad de Montreal para realizar una “francisación” que, en su caso, consistió en dos niveles, de un semestre cada uno, de los que como resultado obtuvo un nivel de francés funcional para buscar trabajo. Aclara que, aunque a él lo direccionaron a esta universidad, para estos cursos de idiomas hay opciones en diferentes instituciones, universidades y el *Collège D'enseignement Général et Professionnel* (CEGEP) [Colegio de educación general y vocacional] que es como el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) colombiano, donde pueden estudiarse carreras técnicas o tecnológicas.

En cuarto lugar, con respecto a su viaje a Canadá, recuerda que no había un vuelo directo para Montreal, por lo que debió hacerlo con escalas así: Medellín-Bogotá, Bogotá-Toronto y Toronto-Montreal. Relata además que al llegar a Canadá para él todo fue como “en Disney”, muy bonito, pero luego empezó a contrastar y darse cuenta de que, en ese país, también había problemas, suciedad y desorganización. Una vez en ese país, su familiar, quien ya había emigrado, lo estaba esperando y le indicó los procesos que debía realizar: registrarse en las instituciones gubernamentales, tramitar la tarjeta de residente permanente que identifica su estatus migratorio, el *Numéro d'Assurance Sociale* (NAS) [Número de seguridad social] exigido para trabajar, y abrir una cuenta bancaria con la carta de aceptación de Quebec; con esta apertura le dieron inmediatamente una tarjeta de crédito por C\$1000, lo que sorprendió a Diego, pues le otorgaron crédito sin conocerlo. Finalmente, se refiere a que, más adelante realizó la equivalencia del título universitario obtenido en Colombia y estudió un certificado de un año de duración en su área laboral y, con esta formación, se ubicó inicialmente en un empleo de nivel medio en el área farmacéutica.

7.1.1.4. Familia y país de origen: lazos del migrante

En relación con su familia, Diego manifiesta que cuando inició los trámites para emigrar no informó a su familia pues no sabía si emigrar era una posibilidad real, pero cuando vio que

se concretaba, los involucró y recibió su apoyo, pues siempre lo han respaldado en sus decisiones si él está bien. En cuanto a la comunicación con su familia, expresa que antes era muy complicado pues debía usar tarjetas de llamada, pero los avances tecnológicos han hecho que la comunicación sea más sencilla, de manera que, actualmente, puede llamar a diario a su mamá y se comunica también con sus hermanos.

Desde el momento de su emigración hasta el de las entrevistas había realizado cuatro viajes a Colombia: en diciembre del año que llegó, al año siguiente y en 2016, dos veces. En 2016 viajó dos veces pues una de ellas se debió a la muerte de su padre. Con respecto a estas visitas expresa que le gusta mucho ir a Colombia y en sus viajes, generalmente se queda está quince días en el país, tiempo durante el cual permanece en la ciudad de residencia de su familia y se ve con ellos y con tres o cuatro amigos y excompañeros de trabajo. Manifiesta que, para él, regresar a Canadá es difícil debido al clima, ya que cuando viaja el clima de Colombia es de verano, pero cuando retorna a Canadá se encuentra con lo más crudo del invierno. Además refiere que: “devolverse y saber... como pensar uno que ya se va a quedar otro año sin ver la gente o aún más... uno no sabe cuándo, pero bueno ¿quién me manda? [Risas]” (CE1S3).

En cuanto a la posibilidad de retornar a Colombia, manifiesta que la razón para estar en Canadá es laboral, pero cuando ya esté retirado sería una buena opción volver a Colombia, así, si logra pensionarse en Canadá y tiene las posibilidades económicas, le gustaría vivir en Colombia, pues considera que es un buen país para vivir, aunque aclara que espera que las condiciones no se deterioren con las políticas actuales.

7.1.2. Irene

7.1.2.1. ¿Quién es la mujer migrante entrevistada?

Irene, su esposo, sus dos hijos y una hija, salieron exiliados de Colombia en 1999 y, actualmente, son ciudadanos canadienses. Antes de emigrar ella trabajaba en una Organización no Gubernamental dedicada a la defensa de Derechos Humanos, y su esposo trabajaba en otra, siendo justamente por amenazas a la vida de su esposo debido a su trabajo que debieron salir del país.

Irene contaba en Colombia con un título universitario en psicología, pero, una vez en Canadá, realizó estudios en medicina tradicional china, obtuvo su licencia y actualmente trabaja en una clínica que estableció en sociedad con otra persona; además, hace trabajo voluntario con personas de la tercera edad y está ligada a la comunidad latina. En la referencia a su ámbito laboral subraya que ella puede trabajar a su ritmo, pues cuenta con la ventaja de que su esposo ha garantizado el sustento económico de su hogar, razón por la cual plantea que tiene una deuda moral muy grande con él.

El relato de Irene da cuenta de su propia experiencia y la de su familia, pero además deja ver un fuerte sentido de conexión con las dificultades de los migrantes y de las minorías, así como su preocupación por las problemáticas de Colombia, por ejemplo, en relación con la violencia.

7.1.2.2. Expectativas y experiencia de migración

Como se presentó, Irene y su familia salieron exiliados del país, debido a que su esposo fue secuestrado por grupos paramilitares aduciendo que lo someterían a un juicio político, y aunque fue liberado, debieron abandonar el país pues el riesgo de que lo secuestraran nuevamente o lo asesinaran seguía latente.

En relación con su experiencia de exilio, cabe destacar que ni Irene ni su familia recibieron atención psicosocial en Colombia o en Canadá, atención que hubiese sido pertinente pues Irene resalta los traumas que causa el exilio; incluso en una de las sesiones de entrevista expresa que no quiere hablar libremente de su migración, que prefería responder preguntas concretas, pues tenía las “memorias y el trauma alborotado”. Aunque, también plantea que la situación que ella y su familia vivieron no fue la peor, afirma que se siente privilegiada ya que su familia no tuvo sufrimientos tan extremos como otras personas que perdieron esposos, hijos o fueron víctimas de masacres. En cuanto a las implicaciones de emigrar huyendo del país, sostiene que las memorias, las experiencias, las satisfacciones y la relación con un nuevo país es muy diferente de acuerdo con los motivos que generaron la migración. Al respecto, manifiesta que los refugiados sienten la pérdida de las raíces, el choque cultural y viven con mucha conexión con el país de origen, “como la cigüeña, con un

pie en un país y un pie en el otro”; como muestra de esto, es de anotar que ella misma en algunos momentos de las entrevistas habla como si aún residiera en Colombia.

Expresa además que la experiencia de emigración se afronta con las herramientas que se traen desde el país de origen; herramientas necesarias pues para ella emigrar implica reestructurarse, desbaratar cosas que se traían y rearmarse. En sus palabras emigrar es:

Como volver a nacer, porque tú te tienes que rehacer, lo que tú eres ya no es, lo que tú estudiaste ya no vale en estos países. Tú tienes que volver a aprender una nueva lengua, si tú no hablabas inglés entonces hay que volver a empezar a decir: a, e, i, o, u, y se ubica uno como en una posición infantil nuevamente y la gente cuando tú no hablas la lengua correctamente también te ve como en esa posición, entonces es complicado, es como volverse a hacer (CE2S1).

En cuanto a las situaciones críticas que enfrentó, Irene señala como una dificultad el método de enseñanza en la educación superior, pues este era muy orientado a la memorización. Expresa que el desarrollo de sus estudios en Canadá probó al máximo su capacidad de resistencia y de resiliencia, y que después de que terminó sus estudios en medicina tradicional china, todo ha sido más fácil. Además, cuando empezó a trabajar y pudo hacerlo a su propio ritmo, algunos problemas de salud que presentaba, mejoraron. Asimismo, nombra el idioma como una de las grandes limitaciones que ha tenido, y su aprendizaje como un reto, pues, en su caso, solo sabía de inglés lo poco que había aprendido en el colegio.

Menciona también que, desde que ella y su esposo llegaron a ese país “no han podido descansar”, pues se han mantenido en una lucha permanente para sostenerse económicamente, y al tiempo conservar su conexión con Colombia, con la familia, los amigos, y tener un mínimo tejido social en Canadá. Plantea que esto los llevó incluso a descuidar un poco a su hijo menor, pues cuando llegaron, su esposo y ella se dedicaron a estudiar y trabajar y lo dejaron solo, de manera que él sufrió su propio trauma, depresión y bullying en la escuela. Irene lamenta no haber podido, por ejemplo, formar parte de la asociación de padres o hacer trabajo voluntario para estar cerca de él. Igualmente, expresa que si hubieran tenido más recursos económicos hubieran podido inscribirlo en cursos y actividades extracurriculares que le gustaran.

Con respecto a lo anterior, afirma que le gustaría llegar a un momento en que no tenga que vivir la angustia económica de tener que trabajar para poder vivir, comer, conseguir pasajes, pagar consultorio, arriendo, etc. Su deseo es que su esposo se pueda retirar y con los recursos económicos que reciban puedan tener una vida más tranquila y volver a Colombia al menos seis meses al año.

Ahora bien, en relación con este tema, Irene resalta que ella y su esposo como defensores de Derechos Humanos siempre están en pie de lucha y, por eso, son privilegiados, pues al ser luchadores sociales su posición es la de salir adelante, luchar y trabajar por el bien de su familia. Además, en el momento de su emigración, contaban con redes sociales y con el apoyo de movimientos sociales, conexiones que han tratado de mantener, aunque ella es consciente de que el tiempo y la distancia han hecho que algunas de estas se vayan perdiendo.

7.1.2.3. Proceso, documentación y condición migratoria

El proceso de migración de Irene y su familia tiene varios momentos. Como se dijo, el mismo se originó a partir del secuestro de su esposo, secuestro originado en que la organización en la que él trabajaba realizó denuncias, basadas en sus investigaciones, sobre conexiones entre las CONVIVIR y sectores gubernamentales. En el momento del secuestro de su esposo, recibieron el apoyo de movimientos de mujeres y organizaciones internacionales que presionaron para su liberación; sin embargo, una vez liberado la situación no era segura y, por tanto, con apoyo de Amnistía Internacional salieron a España bajo un programa de protección de defensores de Derechos Humanos. Este programa duraba un año y al finalizar tenían la opción de quedarse y pedir refugio, pero allí aún estaban desubicados, así que decidieron regresar a Colombia.

Al volver a Colombia, la situación de seguridad no resultó de nuevo adecuada pues su esposo debía estar siempre con protección de las Brigadas Internacionales de Paz, así que la recomendación de Derechos Humanos de la Fiscalía y otros sectores fue salir del país nuevamente. Para esta segunda emigración, el programa de protección de defensores de Derechos Humanos les dio dos opciones: Noruega y Canadá. De Noruega sabían que era gris, oscuro y debían aprender noruego, así, su esposo y ella pensaron que en Canadá, ellos y sus hijos, tenían la posibilidad de aprender inglés y además quedaba más cerca. En relación con

la provincia a la que llegarían recuerda que no tuvieron posibilidad de escoger pero tuvieron suerte pues el clima es amigable. Del proceso, refiere que aplicaron para el programa en la Embajada de Canadá, que estudió su caso y les hizo un préstamo para pagar la visa y los exámenes médicos exigidos para la emigración.

Salieron entonces de Colombia, por segunda vez, en noviembre de 2000, como anécdota de ese viaje, recuerda que cada uno tenía derecho a llevar dos maletas, así que, como eran cinco, llevaron diez maletas en total, en las que ella empacó hasta cobijas porque el clima era frío. Relata que llegaron a Canadá alrededor de la medianoche y en el aeropuerto su hijo mayor, que entendía algo de inglés, era quien se comunicaba. Asimismo, recuerda que hacía frío pues llegaron a finales de otoño y, al recibirlos en el aeropuerto, les dieron un par de botas plásticas y una chaqueta a cada uno; la de ella le quedaba grande, pero aun así se sentía contenta y sorprendida porque en Colombia estaba acostumbrada a que no les regalaran nada. Afirma que las personas que los atendieron eran amables, sin embargo, resalta que quien los recibió les dijo que no hablaran español entre ellos, que solo se comunicaran en inglés. Desde el aeropuerto, los llevaron a pequeños apartamentos denominados *Welcome House* [Casa de bienvenida], allí la persona encargada hablaba español y les explicó que podían quedarse durante quince días mientras buscaban su propia vivienda cuyo arriendo se cubriría con un subsidio del gobierno. Así, durante esos quince días buscaron un apartamento para arrendar y comenzaron su proceso de instalación en Canadá.

7.1.2.4. Familia y país de origen: lazos de la migrante

En el caso de esta entrevistada es importante señalar que ella emigra con su núcleo familiar, su esposo, dos hijos y una hija. En Canadá han nacido sus nietos, de manera que han constituido una familia más extensa, familia que ella califica como su apoyo, soporte y primera comunidad. Expresa que cuando llegaron no eran tantos, pero ahora son un “familión”; al inicio eran cinco miembros, dos perros y un gato, y ahora con sus familias extensas son alrededor de quince. En relación con su familia en Colombia subraya que su padre murió el año anterior.

En cuanto a la experiencia de migrar como familia, afirma que cada miembro vive el proceso de diferentes maneras, por lo que no puede generalizarse. Como ejemplo, afirma que se supone que para los niños es más sencillo porque aprenden la lengua más fácil pero para su hijo menor no fue así, pues cuando debieron salir del país él tenía 3 años y fue uno de los más afectados por la migración. Adicionalmente plantea, que así como la experiencia de migración es diferente para cada uno, también lo es la relación de cada uno de sus hijos con Colombia: su hija se siente aún conectada con la familia y amigas del colegio pero no con el país. Por su parte, su hijo menor, que ha vivido más tiempo en Canadá, tiene una relación más lejana, mientras su hijo mayor desea volver al país y está más conectado, por ejemplo, con causas indígenas en Colombia. Esta conexión, según Irene se relaciona con que los hijos mayores cargan con el legado y misiones del papá y la mamá. También afirma que se imagina que el vínculo de los nietos con Colombia va a ser más lejano, aunque ellos, por ejemplo, se han esforzado porque sus nietos hablen español, aunque lo hacen con acento.

Igualmente, de acuerdo con la entrevistada, con el proceso de migración puede darse una inversión de roles, en la cual muchos papás y mamás pasan a una situación, al menos temporal, de dependencia de los hijos. Esto, pues posiblemente son los hijos quienes empiezan a trabajar más rápido lo que genera dependencia económica, y también son ellos quienes aprenden la lengua más rápido lo que los ubica en el rol de principales intermediarios de las comunicaciones y de las relaciones de sus padres con el mundo exterior.

Respecto a las visitas a Colombia, recuerda que ella regresó sola al país más o menos dos años después del exilio a un evento de mujeres y ya con su familia regresó como a los cuatro años. Luego de eso han visitado el país ocasionalmente, relata que cuando viajan a Colombia lo hacen fundamentalmente para estar con la familia y se quedan alrededor de quince días; dice que en ese viaje se reconecta con las raíces, con el ambiente familiar y el sol. Sobre el tema, se pregunta qué pasará cuando vaya perdiendo sus ancestros más significativos en Colombia, pero se imagina que se dará una desconexión paulatina. Aquí, es necesario destacar que Irene plantea que tener dinero para visitar Colombia es una de las motivaciones que algunos migrantes, que ella conoce, tienen para trabajar muy duro.

Finalmente, en cuanto a las posibilidades de retornar a Colombia, afirma que su esposo y ella, han pensado, una vez él se jubile, pasar su tiempo entre los dos países: estar

seis meses en Colombia y seis meses en Canadá, para mantener la tarjeta médica canadiense que en caso de enfermedad les permita acceder atención con calidad. Ella afirma que si no fuera por la nueva vida que han construido sus hijos, ella y su esposo se devolverían y cree que les iría bien, pero también reconoce que en la vida deben hacerse elecciones vinculadas con los afectos familiares, en sus palabras:

Cuando uno tiene hijos, está muy atravesado por esa relación que es tan primordial, tan fundamental, entonces, es como empezar a tratar de construir un balance entre los afectos: lo que uno ha construido, la visión del mundo que uno tiene y los sueños. Es como empezar a negociar todo eso (CE2S5).

Por otra parte, afirma que sigue muy conectada con Colombia, haciendo análisis de lo que sucede en el país, y eso, de acuerdo con ella, es una característica de muchos migrantes que siguen, de una manera crítica, lo que sucede en el país. Expresa que la coyuntura del momento en Colombia –elecciones presidenciales de 2018- les ha generado mucha preocupación a ella y su esposo debido al rumbo que podría tomar el país; afirma que todo el día están conectados y con mucho seguimiento, menciona incluso que ella tiene que hacer un gran esfuerzo para concentrarse en su trabajo.

7.2. Contextos Normativos En Migración Y Salud

El presente apartado aborda el contexto normativo en migración y el contexto normativo en salud en Canadá. El último, incluye los aspectos particulares con respecto al derecho a la salud de los migrantes en ese país.

7.2.1. Contexto normativo en migración

Para el desarrollo de este apartado se tomó la Carta Canadiense de Derechos y Libertades (1982), la Ley Canadiense de Derechos Humanos (1985/2017), la Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados (2001/2018), el Reglamento de Inmigración y Protección de los Refugiados (2002/2018) y la Ley de Ciudadanía (1985/2017). Las dos primeras normativas dan cuenta de un panorama general con respecto a los derechos en Canadá y, las

tres últimas, se orientan a la gestión de los procesos de migración, incluyendo aspectos como los requisitos para la obtención de visas y solicitudes de refugio. Para efectos del texto, estas normativas son agrupadas en dos “paquetes” u “orientaciones”: primera, lo establecido en relación con los derechos y la no discriminación, y segunda, los aspectos procedimentales y de gestión de la migración.

Sobre la primera orientación, debe anotarse que la Carta Canadiense de Derechos y Libertades (1982) establece los derechos y libertades que gozaran todos los habitantes en ese país. En los derechos se incluyen, entre otros, la vida, la libertad, la seguridad y la igualdad ante la ley, y en las libertades, se cuentan la de conciencia, de religión, de expresión, etc. De otra parte, explicita derechos particulares para los residentes permanentes, particularmente, que pueden trasladarse, establecerse y procurar ganarse la vida en cualquier provincia del país. No obstante, esta ley especifica también que, al cambiar de provincia, quedan sujetos a los requisitos razonables de residencia, que sean establecidos por cualquier ley a manera de condicionantes para recibir servicios sociales proporcionados públicamente⁹.

Ahora bien, esta misma línea de derechos puede seguirse en la Ley Canadiense de Derechos Humanos (1985/2017) en la que, básicamente, se desarrollan los aspectos relacionados con la prohibición de la discriminación. Esta Ley tiene como propósito impedir las prácticas discriminatorias, de manera que todas las personas tengan la misma oportunidad para hacerse cargo de sí mismos y tener sus necesidades satisfechas. Estas prácticas discriminatorias son entendidas como aquellas basadas en uno o más motivos prohibidos de discriminación como la raza, el origen nacional o étnico, la religión, el estado civil y la discapacidad, entre otros (Ley Canadiense de Derechos Humanos, 1985/2017).

De acuerdo con la Ley, los escenarios en que pueden darse estas prácticas contemplan los bienes, servicios, instalaciones, alojamiento, la provisión de locales comerciales o viviendas residenciales, el empleo, el salario devengado, etc. Asimismo, es considerada como práctica discriminatoria el acoso, incluyendo el sexual. Cabe anotar que, justamente como una acción en contra de la discriminación, los programas de discriminación positiva que

⁹ Es importante anotar que en esta Carta se especifica que la interpretación de la ley en ella siempre se hará de manera compatible con la preservación y mejora del patrimonio multicultural de los canadienses

buscan mitigar o arreglar las desigualdades entre grupos, no se califican como prácticas discriminatorias (Ley Canadiense de Derechos Humanos, 1985/2017).

De otra parte, ambas legislaciones contemplan los mecanismos a los que se puede acudir cuando se presentan infracciones a las mismas; respecto a la primera ley, en el caso de violación de los derechos o libertades, puede acudir a un tribunal que defina el recurso más adecuado a la situación (Carta Canadiense de Derechos y Libertades, 1982). En el caso de las prácticas discriminatorias, objeto principal de la segunda, puede recurrirse a una queja ante la Comisión Canadiense de Derechos Humanos (Ley Canadiense de Derechos Humanos, 1985/2017).

Con respecto al segundo conjunto normativo o segunda orientación, que se centra en la gestión de los procesos de migración, cabe señalar que esta es abordada en la Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados (2001/2018), el Reglamento de Inmigración y Protección de los Refugiados (2002/2018) y la Ley de Ciudadanía (1985/2017). Con base en estas normativas pueden plantearse tres líneas de abordaje: primera, las instituciones gubernamentales responsables y los objetivos de la ley con respecto a la migración; segunda, los aspectos administrativos como las categorías de migrantes, los requisitos para ingresar al país y los motivos para inadmitir; tercera, lo referente a las personas en protección internacional.

En la primera línea se encuentra que la responsabilidad primordial en relación con la migración es del Ministerio de Ciudadanía e Inmigración, aunque también al respecto tiene funciones el Ministerio de Seguridad Pública y Preparación para Emergencias, por ejemplo, en cuanto a los exámenes en los puertos de entrada y el establecimiento de políticas de inadmisibilidad por razones de seguridad. Asimismo, existen otras instancias que apoyan la gestión migratoria, como la Junta de inmigración y refugiados (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018).

En cuanto a los objetivos de la ley, se incluyen, entre otros, primero, que Canadá obtenga el máximo beneficio social, cultural y económico de la migración. Segundo, enriquecer y fortalecer el tejido social y cultural de la sociedad canadiense. Tercero, promover la integración exitosa de los residentes permanentes. Cuarto, proteger la salud, la seguridad pública y la seguridad de la sociedad canadiense. En relación con este tema, es

importante señalar que la misma ley establece unos objetivos para el caso específico de los refugiados, en los que se destacan salvar vidas, facilitar la reunificación familiar de las personas refugiadas y apoyar su bienestar social y económico (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018).

Pasando a la segunda línea de abordaje, en los aspectos administrativos se contemplan los requisitos para ingresar, los motivos de inadmisión y las categorías de migrantes. En relación con los requisitos para ingresar al país, lo primero a decir es que, en general, estos se establecen a nivel federal, sin embargo, es potestad de algunas provincias, como Quebec, definir los requisitos de entrada para sus residentes (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018 y Reglamento de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2002/2018).

En cuanto a los procedimientos, quien desee ingresar al país debe realizar una solicitud de visa de residencia antes de su ingreso. Para esto, generalmente, debe presentar una entrevista y contar con un certificado de salud basado en el examen médico más reciente dentro de los 12 meses anteriores. Este examen médico incluye: examen físico, mental, revisión del historial médico pasado, pruebas de laboratorio, pruebas de diagnóstico y evaluación médica de los registros sobre el solicitante. El objetivo de este examen es determinar que la persona no sea un peligro para la salud o para la seguridad pública, o pueda generar una demanda excesiva de servicios sociales o de salud. Es de aclarar que la referencia a la demanda excesiva se justifica, en la legislación, con la idea de que esta demanda afectaría la capacidad para dar servicios oportunos a los ciudadanos canadienses o a los residentes permanentes; por ejemplo, al aumentar la lista de espera para la atención médica (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018 y Reglamento de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2002/2018).

Justamente, los motivos de salud son una causal de inadmisión. Entre estas causales también se contemplan las razones financieras y de seguridad. Las primeras implican que el migrante no pueda sostenerse económicamente a sí mismo o a una persona dependiente de él. En las razones de seguridad se mencionan la tergiversación o mentira en la solicitud de visa, sospechas de que el solicitante participe en actividades de espionaje contra Canadá, o que este haya violado los derechos humanos o internacionales, cometido crímenes contra la

humanidad, crímenes de guerra o terrorismo, o haga parte de la delincuencia transnacional en actividades como el tráfico de migrantes y la trata de personas (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018 y Reglamento de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2002/2018).

Con respecto a las categorías de migrantes, la legislación da cuenta de residentes temporales, como estudiantes y trabajadores, y residentes permanentes, en los que se enuncian varios tipos, como el migrante de clase familiar, los refugiados y los inmigrantes económicos. Los últimos contemplan, a su vez, varias clases: trabajadores calificados, nominados provinciales, trabajadores de experiencia canadiense y trabajadores independientes de Quebec, entre otros. Ahora bien, la normativa también detalla los requisitos a cumplir para obtener la residencia permanente, por ejemplo, un periodo mínimo de permanencia en el país referido a un periodo previo de cinco años. Un aspecto a destacar, es que las legislaciones señalan, en varias ocasiones, la posibilidad de las provincias de seleccionar el número de ciudadanos extranjeros que pueden ser residentes permanentes en las mismas, así como los requisitos para que lo sean (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018 y Reglamento de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2002/2018).

Sobre lo anterior, es importante señalar que la permanencia en el país no solo ha sido un requisito para obtener la visa de residencia permanente, sino también para la obtención de la ciudadanía, por lo menos, antes de la reforma a la Ley de ciudadanía de 2017¹⁰ (Ley de Ciudadanía, 1985/2017).

Finalmente, la tercera línea de abordaje, se enfoca en las personas en protección internacional, quienes son calificados con el estatus de refugiados. Al respecto, lo primero a decir, es que Canadá explicita que ha suscrito y está comprometido con la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951, y que este compromiso es coherente con la tradición humanitaria de este país en cuanto a desplazados y perseguidos (Ley de Inmigración y

¹⁰ Esta reforma a la ley se dio en contra de los cambios, restrictivos, que habían sido incluidos por la anterior reforma, en 2014, durante el gobierno del Primer Ministro Stephen Harper.

Protección de los Refugiados, 2001/2018). De hecho, como se dijo, la misma ley de inmigración explicita unos objetivos específicos para la población refugiada.

Ahora bien, las normativas establecen que esta categoría contempla tanto a quienes pueden calificarse como refugiados por la Convención, como a personas en circunstancias similares. Estas circunstancias incluyen que la persona tenga un temor fundado de persecución, por ejemplo, por razones de raza; que el regreso de la persona a su país de nacionalidad o de residencia habitual lo sometería a un riesgo de vida, de trato cruel o tortura; y que la persona no pueda valerse de protección en ese país. Es de aclarar que la normativa precisa que el riesgo que vive el refugiado no puede deberse a que el país del que emigra no pueda dar salud o atención médica adecuada (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018). Desde estas consideraciones se encuentran tres clases de programas para el reasentamiento de refugiados, de acuerdo con el responsable del patrocinio: primero, el programa público, constituido por los refugiados asistidos por el Gobierno (GAR); segundo, el programa privado, para quienes cuentan con un patrocinio privado (PSR) y; tercero, el programa mixto de refugiados designados por una oficina de visas (VOR) (Iniciativa Global para el Patrocinio de Refugiados, GRIS, 2020)

La solicitud para obtener refugio puede hacerse dentro o fuera de Canadá. La aceptación de esta solicitud es definida por la División de protección de refugiados, que para su labor puede investigar, entre otras cosas, si el reclamo tiene un fundamento real y adecuado. Esta división puede rechazar la solicitud si considera que la persona es inadmisibile (debido a las razones de inadmisibilidad ya expuestas), también puede rechazarla si el solicitante ha sido aceptado en otro país y puede ser devuelto a ese país, o si su solicitud no tiene base creíble o confiable. Es de aclarar que la persona en estatus de refugio puede hacerse residente permanente y también obtener, una vez cumplidos los requisitos, la ciudadanía canadiense (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018).

Estos han sido los aspectos a destacar en relación con la legislación migratoria de Canadá, de los cuales, en general, podría señalarse que las normativas particulares se orientan a los aspectos procedimentales como los requisitos para cada trámite. De otra parte, lo referente a los principios del gobierno y de la sociedad canadiense sobre los migrantes y la migración se encuentra en la normativa general del país. Abordado este tema, se desarrolla a

continuación lo referido a la legislación en salud y aquellos aspectos particulares en salud para los migrantes.

7.2.2. Contexto normativo en salud

El segundo contexto normativo es el referente a la salud. Este se desarrolla en dos componentes: la salud en Canadá y la salud para migrantes en Canadá. Para este apartado se tomó como guía la Ley de Salud de Canadá vigente [Canadian Health Act, CHA (1985/2017)], esta ley fue promulgada en 1985 pero ha sido actualizada en varias ocasiones. Adicionalmente, se revisaron páginas oficiales del gobierno canadiense y trabajos teóricos que analizan el sistema de salud de este país.

7.2.2.1. La salud en Canadá

Para iniciar debe señalarse que, en la normativa revisada, en salud y en migración, no hay referencia al derecho a la salud en ese país; en términos de salud, la legislación desarrolla puntualmente el sistema de salud. Justamente, de la Ley de Salud de Canadá (1985/2017) puede abstraerse la importancia de este sistema de salud, en tanto dicha ley declara que el acceso continuo, gratuito y sin barreras a cuidados en salud es crítico para mantener y mejorar la salud y bienestar de los canadienses. En concordancia, establece como el objetivo de la política en salud “Proteger, promover y restaurar el bienestar físico y mental de los residentes de Canadá y facilitar el acceso razonable a los servicios de salud sin barreras financieras o de otro tipo” (Ley de Salud de Canadá, 1985/2017, p. 5).

Considerando lo anterior, se desarrollan los siguientes temas en relación con el sistema de salud: evolución, generalidades, principios del sistema, responsabilidades del gobierno federal, provincial y territorial, y el modelo de atención en salud.

Con respecto a la evolución del sistema de salud cabe destacar tres hechos, primero, el establecimiento, por parte de la provincia de Saskatchewan de un seguro hospitalario público universal en 1947. Hecho ante el cual, en 1957, el gobierno canadiense promulgó la Ley de Servicios de Diagnóstico y Seguro Hospitalario (HIDSA) con el fin de animar a las otras provincias y territorios a brindar cobertura universal para esos servicios con costos

compartidos. Como resultado, en 1961, todas las provincias y territorios contaban con planes de seguro público que cubrían los servicios hospitalarios (OPS, 2001).

Segundo, la creación, también en Saskatchewan del primer seguro médico público provincial en 1962, para cubrir servicios médicos con dinero del seguro hospitalario (de los Santos-Briones et al., 2004). Tal como en el caso de los servicios hospitalarios, el gobierno promulgó luego, en 1966, la Ley de Atención Médica para alentar a las provincias y territorios a seguir este ejemplo y ampliar la cobertura universal para cubrir los servicios médicos compartiendo sus costos. De esta manera en 1972, todos los planes provinciales y territoriales incluían el servicio médico (OPS, 2001).

Como tercer hecho está la promulgación, en 1984, de la Ley de Salud de Canadá que reemplazó las leyes federales de hospitales y seguros médicos, y consolidó los principios del sistema al establecer los criterios de portabilidad, accesibilidad, universalidad, integralidad y administración pública. Adicionalmente, agregó disposiciones que prohíben la facturación adicional y los cobros a usuarios por los servicios asegurados (OPS, 2001).

Ahora bien, en las generalidades del sistema público de salud en Canadá, denominado Medicare (Canadian Health Insurance System en inglés y Régime de l'Assurance-Maladie en francés) se encuentra que este brinda atención pública, universal y gratuita pues, en general, cubre a todos los residentes permanentes y ciudadanos (de los Santos-Briones et al., 2004), es financiado con fondos estatales y busca que los usuarios tengan un acceso razonable a los servicios hospitalarios y médicos esenciales sin tener que realizar pagos directos ni copagos (Boto, 2011). Un asunto a señalar, es que a pesar de que el sistema de salud es público, los servicios son, en general, prestados por particulares y el papel del Estado, es regular y financiar los servicios que son prestados por estos proveedores privados (de los Santos-Briones et al., 2004).

El sistema se basa en un Seguro Nacional de Salud que aglutina la relación federal-provincial, de manera que no se trata de un seguro único, sino de trece planes de salud, correspondientes a las diez provincias y a los tres territorios que conforman la federación canadiense (Boto, 2011; Government of Canada, 2019; Narodowski, 2017). Cada provincia y territorio establece y administra sus propios programas de salud, por lo que pueden encontrarse diferencias entre estos y la extensión de algunos beneficios de la atención varía

de provincia a provincia, por ejemplo, en términos del cubrimiento de medicamentos (de los Santos-Briones et al., 2004).

Adicionalmente, es común que los trabajadores, con pagos del empleador o de bolsillo, complementen este seguro con un seguro de salud privado para acceder a mayores beneficios como el cubrimiento de servicios de odontología, quiropráctica y medicamentos no contemplados por el seguro nacional (de los Santos-Briones et al., 2004). Al respecto, debe precisarse que estos seguros privados pueden complementar los servicios de salud públicos mas no pueden competir con los mismos servicios (Government of Canada, 2019).

Ahora bien, aunque haya diferencias entre los planes provinciales, todos deben cumplir con los cinco principios que rigen el sistema, de acuerdo con la Ley Nacional de Salud (Government of Canada, 2019; Ley de Salud de Canadá, 1985/2017). A saber:

1. Administración pública: el plan de seguro de la provincia debe ser administrado y operado, sin ánimo de lucro, por una autoridad pública definida por el gobierno provincial.
2. Integralidad: el plan de seguro de salud debe asegurar todos los servicios de salud, medicamento necesarios, prestados por hospitales, médicos profesionales, odontólogos y otros profesionales de la salud.
3. Universalidad: todos los servicios de salud asegurados deben prestarse en condiciones uniformes a todas las personas aseguradas.
4. Portabilidad: este principio establece que los planes provinciales deben cubrir a las personas cuando cambian, temporalmente, de territorio y cuando viajan al extranjero, sin que se imponga un periodo mínimo de residencia. Es de aclarar que pueden establecerse algunos límites y aprobaciones previas para la cobertura de los servicios prestados fuera de la provincia o territorio de residencia.
5. Accesibilidad: prohíbe que se afecte el acceso razonable a los servicios asegurados por razones económicas, de condición de salud u otras. Adicionalmente, no se permiten cobros adicionales por los servicios asegurados.

Las responsabilidades del sistema de atención médica se dividen entre los gobiernos federal, provincial y territorial. Desde esta división de responsabilidades, le compete al

gobierno federal establecer y administrar los principios nacionales que deben reflejarse en los planes de seguro de salud provinciales y territoriales, regular aspectos de la salud como los productos farmacéuticos, y apoyar financieramente a las provincias y territorios. Además, el gobierno federal financia o presta servicios primarios y complementarios a grupos poblacionales como las Primeras Naciones que viven en reservas y algunos solicitantes de refugio. Asimismo, presta servicios de emergencia en reservas aisladas donde no estén disponibles servicios provinciales o territoriales (Government of Canada, 2019).

Por su parte, las provincias y territorios, a través de sus planes de seguro de salud, cubren los servicios medicamente necesarios. Como se dijo, cada provincia y territorio es responsable de definir y administrar estos planes de seguro, por ejemplo, debe definir las tarifas y requisitos para el aseguramiento. Además, debe prestar servicios de salud, establecer programas de promoción de salud y negociar las tarifas con los profesionales de la salud. Adicionalmente, los gobiernos provinciales y territoriales pueden ofrecer y financiar beneficios suplementarios para grupos de residentes (Government of Canada, 2019).

De otro lado, en relación con el financiamiento del sistema de salud, este se realiza básicamente con fondos públicos constituidos de impuestos federales, provinciales y territoriales (Government of Canada, 2019). El gobierno federal financia los sistemas provinciales a través de transferencias en efectivo o en impuestos. Estas transferencias de salud de Canadá (CHT) son realizadas cada año fiscal a las provincias y territorios con la condición, básicamente, de que cumplan con los principios del sistema –ya señalados- (Ley de Salud de Canadá, 1985/2017). Por ejemplo, en el caso de que se encuentre evidencia de cargos de facturación¹¹ en una provincia o territorio, según la ley debe efectuarse una deducción obligatoria dólar por dólar de la transferencia de salud federal a esa provincia o territorio (Government of Canada, 2019). Asimismo, el gobierno federal proporciona pagos de igualación a las provincias menos prósperas y financiamiento territorial a los territorios (Government of Canada, 2019).

¹¹ La facturación adicional es un cargo - adicional al monto pagado por el plan de seguro de salud- de un médico u odontólogo inscrito, a una persona asegurada por un servicio asegurado. En relación con estos cargos, debe aclararse que servicios de salud no asegurados como el alojamiento hospitalario preferido, servicios privados de enfermería o servicios cosméticos, al no ser medicamente necesarios si pueden ser cobrados al usuario (Government of Canada, 2019).

Adicionalmente, las provincias cobran una prima de salud a sus residentes para ayudar a pagar los servicios de atención médica, pero, es de precisar que la falta de pago de esta prima no es causal para limitar el acceso a los servicios de salud médicamente necesarios (Government of Canada, 2019).

Finalmente, en cuanto al modelo de atención en salud, lo primero a decir en relación con el tema es que el sistema se centra en la Atención Primaria en Salud (APS). Estos servicios de Atención Primaria en Salud son integrales, es decir incluyen la prevención, tratamiento, urgencias, coordinación con otros niveles de atención como la atención hospitalaria y especializada, salud mental, cuidados paliativos, promoción de la salud, desarrollo infantil saludable, maternidad y rehabilitación (Government of Canada, 2019). La Atención Primaria en Salud está encabezada por los médicos de familia¹², quienes son el primer contacto del paciente, controlan el acceso a especialistas, exámenes necesarios para el diagnóstico y medicamentos, y están ubicados en consultorios privados y centros de salud comunitarios (Government of Canada, 2019; Narodowski, 2017).

En términos generales, para la atención médica que no constituya una urgencia, los pacientes van al médico o a la clínica de su elección y deben presentar su tarjeta de seguro vigente (de los Santos-Briones et al., 2004). Una vez recibida la atención inicial, si en su evaluación, el médico de familia determina que el paciente requiere otra atención, puede derivarlo a un especialista o a un hospital o centro de atención de largo plazo (Government of Canada, 2019).

Revisados los principales aspectos del sistema de salud de Canadá, seguidamente se abordarán las particularidades de este en relación con los migrantes en ese país.

7.2.2.2. La salud de migrantes colombianos en Canadá

Teniendo en cuenta, como se dijo, que en la Carta de Derechos y Libertades Canadiense (1985/2017) y en la Ley de Salud de Canadá (1985/2017) no se contempla el derecho a la

¹² En Canadá cada persona debe buscar un médico de familia que es quien se encarga de lo respectivo a la atención en salud de esa persona, no solo aquella atención directa sino los registros de otra atención y servicios de salud a los que recurra.

salud, para abordar el tema de este derecho para los migrantes, en este caso colombianos en Canadá, se desarrollarán centralmente las condiciones para el acceso al sistema y los servicios de salud.

En general, habría que decir que, al ingresar al país, uno de los trámites que debe realizar el migrante es inscribirse en el sistema de salud. Al respecto, cabe recordar que las provincias y territorios tienen autonomía para establecer sus requisitos de ingreso al plan de salud, de manera que estos requisitos pueden incluir, por ejemplo, un periodo de residencia mínimo, de hasta tres meses, condición que se incluye en provincias como Ontario¹³. Este tiempo mínimo de residencia es también señalado en la Ley Nacional de Salud (1985/2017), que especifica que pueden ser excluidas como personas aseguradas aquellos residentes que no han completado el periodo mínimo de residencia o periodo de espera, de máximo tres meses. Así pues, durante este periodo el migrante no estaría cubierto por el sistema público de salud y debería, idealmente, tener un seguro privado en caso de requerir atención médica.

Lo anterior daría cuenta de la atención en salud para migrantes, sin embargo, deben considerarse dos casos que muestran particularidades con respecto a esta atención en salud: los trabajadores agrícolas temporales y las personas solicitantes o quienes ya estén bajo la figura de protección internacional en ese país.

El caso de los trabajadores agrícolas temporales es particular, pues aun cuando cuentan con seguro de salud no asisten a los servicios de salud por temor, debido a que cuando se enferman pueden ser devueltos a sus países de origen y no ser contratados al siguiente año (Díaz y McLaughlin, 2016). De manera pues que, aunque cuentan con un aseguramiento en salud y, en ese sentido, con la garantía de atención médica, sus condiciones de migración los llevan a no acceder efectivamente a esa posibilidad, con las consiguientes consecuencias en su salud a corto y largo plazo.

En cuanto a las personas en protección internacional hay dos asuntos a señalar, primero, que los refugiados están cubiertos por el Programa Federal de Salud Provisional (Interim Federal Health Program, IFHP). Segundo, en ocasiones, este cubrimiento está

¹³ Es de señalar que en esta provincia no se trata solo de un tiempo de residencia sino de exclusión de grupos, por ejemplo, niega el aseguramiento a los estudiantes extranjeros (Ministerio de Salud, Ontario, 2017).

supeditado a las voluntades políticas, tal como lo evidenció la enmienda de 2012 a la Ley de Protección de Inmigración y Refugiados, realizada bajo el gobierno de Stephen Harper.

En el primer asunto, se tiene que el Programa Federal de Salud Provisional fue establecido desde 1957 y cubre la atención sanitaria básica (incluyendo consultas con un médico o en un hospital) hasta que la persona tenga derecho a la cobertura del plan de seguro provincial o territorial (Immigration, Refugees and Citizenship Canada, 2019). En relación con el segundo aspecto, como evidencia de la influencia de la voluntad política en la atención médica a refugiados se tiene la reforma a la Ley de Protección de Inmigración y Refugiados, en 2012. Esta reforma tuvo como consecuencia excluir del acceso a la asistencia sanitaria a personas refugiadas de determinados países o estatus (La Spina, 2019).

Lo anterior, pues antes de 2012, el Programa Federal de Salud Provisional tenía un cubrimiento igual para los refugiados patrocinados por el gobierno canadiense, los refugiados patrocinados de manera privada, los solicitantes de refugio e incluso quienes habían presentado apelación ante una negación del asilo, de manera que, se aseguraba un trato igual para las personas en necesidad de protección internacional. Para estos casos, el programa proveía una cobertura sanitaria completa, asistencia médica mínima y una cobertura suplementaria que incluía acceso a la medicación, a la odontología y a optometría.

Con el cambio introducido en el 2012 se clasificaron las personas refugiadas en tres categorías, que resultaron en tres diferentes coberturas sanitarias en el Programa Federal de Salud Provisional (La Spina, 2019): primera, la cobertura extendida de asistencia (EHCC) para los refugiados protegidos por el gobierno; esta cobertura básicamente correspondía con la cobertura en salud anterior a la reforma. Segunda, la cobertura de salud (HCC) para los refugiados patrocinados y los solicitantes de refugio de países diferentes a los considerados *Designated Countries of Origin* (DCO)¹⁴; esta cobertura incluía salud física básica, asistencia a la enfermedad, servicios hospitalarios y servicios de diagnóstico y laboratorio, mas no servicios como medicamentos y vacunas. La tercera cobertura fue la asistencia sanitaria (PHPS), para los solicitantes de asilo rechazados o nacionales de un país incluido como DCO,

¹⁴ Países a los que se les suponía una democracia estable y poca probabilidad de que se produjeran violaciones de derechos humanos en sus territorios, por ende, no era tan “creíble” que produjeran refugiados.

que implicaba un acceso limitado a los servicios de asistencia sanitaria (La Spina, 2019). Es de anotar que en el año 2019 fue eliminada la lista de países DCO (Filici, 2019).

De acuerdo con la página oficial del gobierno canadiense, actualmente este programa incluye cuatro coberturas: primera, la cobertura básica, similar a la de los seguros provinciales de salud, que incluye servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, servicios de médicos, enfermeras registradas y otros profesionales de la salud, incluida la atención prenatal y posnatal y los servicios de laboratorio, diagnóstico y ambulancia. Segunda, la cobertura complementaria, similar a la asistencia social provista por las provincias y los territorios, que incluye optometría y atención dental urgente, servicios de profesionales como psicólogos, psicoterapeutas y cubrimiento de dispositivos de asistencia como equipos ortopédicos. Tercera, la cobertura de prescripción médica y de pruebas médicas, que cubre medicamentos recetados y pruebas médicas. Cuarta, la cobertura para el examen médico de inmigración (Comisión Española de Ayuda al Refugiado [CEAR], 2019; Immigration, Refugees and Citizenship Canada, 2019).

Para cerrar, es de anotar que en la revisión realizada no se encontraron convenios en salud establecidos entre Colombia y Canadá; sin embargo, Colombia se unió, desde el 2007, a la estrategia de la Semana binacional de Salud. Esta estrategia es resultado de una iniciativa de Salud de las Américas – ISA - de la Universidad de Berkeley, cuyo objetivo es brindar servicios de salud a poblaciones migrantes en Estados Unidos y Canadá. Esta estrategia consiste en que, durante una semana, los ciudadanos de los países que han suscrito la iniciativa, en este caso colombianos, pueden acudir a cualquier consulado de los países participantes y recibir atención médica gratuita. Como ejemplo de la participación en esta estrategia, Colombia participó en el año 2014 a través de 3 consulados en Canadá, y en el año 2017, estuvo en el consulado de la ciudad de Toronto (Colombia Nos Une, 2020).

7.3. Derecho A La Salud De Migrantes Colombianos En Canadá

El presente apartado aborda la situación del derecho a la salud de los migrantes colombianos entrevistados en Canadá. Esta situación incluye tres aspectos: los determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Canadá, sus condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud, y su derecho a la atención en salud. Los tres temas son desarrollados

con base en los relatos de Irene y Diego; es de anotar que por la experiencia de Irene en atención en salud y en trabajo con población migrante, en su narración ella referencia situaciones acaecidas a otros migrantes. Adicionalmente, los relatos se complementan con información de páginas oficiales y estadísticas de instancias gubernamentales canadienses.

7.3.1. Determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Canadá

Como se dijo en el capítulo anterior, para analizar el derecho a la salud de los migrantes colombianos se toman los determinantes sociales de la salud como uno de sus elementos centrales. De estos determinantes, con base en los relatos de los entrevistados, puede darse cuenta particularmente de las siguientes circunstancias materiales: vivienda, violencia y delincuencia, y empleo. El último contempla además el tiempo libre y la posibilidad de jubilación.

7.3.1.1. Vivienda

Con respecto a la vivienda, Diego ha vivido en Montreal en dos barrios, ambos tranquilos y con buenas condiciones para vivir. Por su parte, Irene vivió inicialmente en una casa de tres habitaciones ubicada en la ciudad de Burnaby (Vancouver). Subraya la ubicación pues para ella, esta complicó su proceso de adaptación, ya que hacía más difíciles los desplazamientos, como ejemplo, para realizar trámites de migración debían ir a Vancouver y el recorrido tomaba más de una hora en bus, además el bus pasaba cada media hora, en horas pico, y cada hora, el resto del día. En el momento actual, Irene reside en Lower Mainland, Vancouver.

Ahora bien, los dos entrevistados hacen referencia al proceso de búsqueda de vivienda como una parte importante de su proceso de migración, pero no refieren dificultades en este proceso por ser colombianos. Diego expresa que ha tenido suerte pues no se ha visto en la necesidad de buscar vivienda, ya que los dos apartamentos en que ha vivido se los han ofrecido; él señala que ha sido una ventaja pues en el proceso de búsqueda a veces solo se encuentran apartamentos costosos y en malas condiciones.

Por su parte Irene, resalta la dificultad para buscar vivienda, pues como se mencionó en su presentación, ella y su familia llegaron inicialmente a una *Welcome House*, pero luego

debían buscar su propia casa. Entre las dificultades que encontraron en esta búsqueda, la entrevistada nombra: primera, que debido a las distancias entre las casas solo podían ver una o dos casas en cada salida, además, porque en la época del año en que ellos realizaron su búsqueda el solo se ocultaba muy temprano. Segunda, no les agradaban a los arrendadores porque eran una familia numerosa de cinco personas que incluía un niño. Tercera, el poco poder adquisitivo, pues además del mes de arriendo debían pagar medio mes para solventar gastos por deterioro del lugar y el canon de arrendamiento de un apartamento de una habitación puede ser de C\$1000, de dos habitaciones C\$1500, y de tres habitaciones, sin servicio de lavandería ni secadora C\$1750; en relación con este pago, Irene cuenta que para alquilar la oficina en que ubicó su clínica inicialmente, debió hacer un préstamo para cubrir este monto, además de otros gastos. Ahora bien, ella aclara que estos costos varían, de acuerdo a la provincia en que se viva; en Lower Mainland donde ella vive, el costo de vida, por ejemplo, arriendo y comida es altísimo, mientras en ciudades pequeñas y otras provincias como Quebec, donde reside Diego, el costo de vida es más bajo.

En cuanto a las experiencias de migrantes que conoce, ella refiere que aquellos migrantes que tienen bajos ingresos se instalan en *Basement* [sótanos], pero aclara que estos sótanos no son fríos y oscuros como en Colombia, pues, en ese país, incluso algunos son a nivel de tierra, con buenas condiciones y bonitos. Para ella, esta es la razón por la que aun cuando los migrantes vivan en sótanos, que corresponden al nivel más bajo en vivienda, prefieren eso a regresar a Colombia.

Por otra parte, del relato de la entrevistada puede abstraerse que la vivienda no solo se constituye de aspectos materiales, pues al referirse a su proceso de instalación, Irene destaca que aprendió de otra mujer que “uno le pone el ser a las cosas” como referencia a habitar el espacio, a darle sentido y las características deseadas; a construir un nuevo hogar que refleje la identidad de la familia. En su caso, ella usó los elementos que había llevado de Colombia, por ejemplo, usaba telas de colores sobre cajas, como mesas. Además, para conseguir otros enseres para organizar su hogar, como estrategia, recurrió a tiendas de segunda mano y al “rebusque” en la calle. El último, pues en Canadá las personas que se mudan de casa acostumbran sacar como basura lo que no van a llevar y esos artículos son los que la entrevistada encontraba.

7.3.1.2. Violencia y delincuencia

El segundo determinante sobre el que expresan su opinión los entrevistados es la violencia y delincuencia. En relación con esta, en general, manifiestan que emigrar ha significado una mejoría en este determinante, en comparación con cómo vivían en Colombia.

Diego destaca la sensación de tranquilidad y seguridad que vive en Canadá, expresa que esta contribuye con la salud psicológica; afirma que: “en el entorno en que uno, viva la seguridad es muy importante, pues uno saber que no tiene que estar escondiendo el celular... o que te van a sacar un cuchillo” (CE1S2). Afirma además, que si bien hay quienes refieren que en Canadá existen barrios peligrosos, es importante considerar cuál es la referencia de quién lo dice, pues, para él, las personas de Canadá no tienen punto de comparación, por ejemplo, con las situaciones de inseguridad y violencia que se viven en Colombia.

Para Irene, este es también un aspecto importante, ella manifiesta que se siente más tranquila, pues el ambiente en Colombia es más acelerado por las violencias y “microviolencias”. En su opinión, esta es otra de las razones por las que, a pesar de que los colombianos vivan situaciones difíciles en Canadá, deciden no retornar a Colombia. Cabe aclarar que, en su caso, la sensación de tranquilidad y seguridad también debe pensarse en relación con que ella y su familia salieron del país por amenazas contra la vida de su esposo.

Sobre este determinante, la entrevistada señala además que, en ocasiones, se ha descubierto a sí misma desconfiando del otro, como en Colombia. Como anécdota relata que un día al llegar a su casa sintió que alguien la seguía y pensó que le iba a robar, pues iba por el mismo camino que ella, entonces lo confrontó y, cuando lo hizo, se dio cuenta de que esta persona simplemente iba para el mismo lugar. Al respecto, ella afirma que esto sucede porque aunque ya no está en Colombia, aún guarda comportamientos relacionados con el miedo, en sus palabras: “esas cosas que hacen de la vida cotidiana en Colombia mucho más acelerada, uno las carga de alguna manera en la memoria, en su cuerpo y en sus células” (CE2S5). Al respecto, subraya que si eso siente ella que emigró bastante tiempo atrás ¿cómo se sentirán aquellos que llevan menos de tiempo de emigración?

7.3.1.3. Empleo

El tercer determinante a abordar es el empleo, al respecto, se encuentra que Diego ha trabajado, desde su inicio laboral en ese país, en el área farmacéutica y, actualmente, se desempeña en un empleo de nivel medio. Por su parte, Irene trabaja de manera independiente en una clínica privada, que tiene en sociedad con otra persona. En esta clínica ejerce su actividad en medicina tradicional china.

En el caso de Irene es de anotar que, como refugiada, en el momento de su llegada a Canadá recibía subsidios gubernamentales y, como condición de estos, no tenía autorización para trabajar. Sin embargo, plantea que aunque podían ser castigados con el retiro de los subsidios, ella y su familia se vieron obligados a trabajar para complementar sus ingresos, pues el subsidio era insuficiente, apenas les alcanzaba para la comida y los desplazamientos. De esta forma, debieron recurrir a “trabajos debajo de la mesa”¹⁵, trabajos que, de acuerdo con Diego, no existen legalmente y son muy mal vistos en la sociedad canadiense.

Como parte de estos trabajos, el esposo de Irene repartía periódicos en la madrugada, su hijo mayor iba en las madrugadas al puerto para buscar trabajos por labor que incluían construcción, descargar barcos, etc., y ella y su hija se dedicaron a la limpieza de casas. De acuerdo con la entrevistada, la limpieza es uno de los trabajos más comunes para las mujeres latinas, en el que pueden ganar alrededor de C\$20 por día trabajado, si trabajan de manera independiente, o entre C\$10 y C\$12 si son contratadas por empresas –que, a su vez, cobran a los clientes por este servicio entre C\$20 y C\$25-.

Otro señalamiento de Irene es el cambio en el área de desempeño laboral al que se vieron abocados su esposo y ella, un cambio que en su caso podría pensarse incluso de vocación o propósito de vida, pues en Colombia ambos eran defensores de Derechos Humanos, mientras en Canadá debieron cambiar su apuesta de vida, tomar otras alternativas para trabajar y subsistir. Al respecto, ella plantea que su esposo “de ser un hombre intelectual, pasó prácticamente a ser un obrero” (CE2S1). Y si bien ella puede desempeñarse actualmente en un área acorde con sus aspiraciones, lo atribuye a que se encuentra en una situación

¹⁵ En Canadá, los empleos desarrollados por migrantes en condición de irregularidad o regulares sin permiso de trabajo, son denominados trabajos “debajo de la mesa”, “no declarados” o “en efectivo”.

privilegiada por la estabilidad del trabajo de su esposo que garantiza el sustento económico, afirma que “si él no trabajará eso, yo me tendría que estar vendiendo de otra manera, tener un discurso completamente diferente, no podría tener la sensibilidad social que yo tengo o estaría trabajando para otra persona que tenga su clínica” (CE2S2).

Ahora bien, con respecto a este determinante deben señalarse además dos asuntos: primero, la importancia del nivel educativo en el acceso laboral y segundo, la estratificación ocupacional.

En relación con el primer asunto, Irene y Diego resaltan la necesidad de realizar estudios en ese país como vía para obtener trabajo y alcanzar estratos ocupacionales más altos. Diego señala que él debió realizar un certificado en su área de estudios, e Irene afirma que los migrantes que no estudian diplomados o el idioma “se quedan toda la vida así ... como en esos puestos de trabajo todos agobiantes, matándose mucho, trabajando en restaurantes, haciendo aseos” (CE2S1). En este contexto, resulta además importante, el nivel educativo alcanzado en Colombia; en el caso de Diego, su nivel y área de cualificación son las razones que le permitieron emigrar a Canadá y, una vez allí, la realización del proceso de homologación de su título profesional fue también un paso para obtener un empleo. Cabe anotar que Diego resalta que ese proceso de homologación fue muy fácil.

Asimismo, Diego resalta la importancia de la competencia en el idioma, primero, porque las entrevistas laborales son en francés, pero además porque en Canadá, según él, las condiciones laborales a las que puede accederse están mediadas por la capacidad de negociación del trabajador, en la que influye el dominio de la lengua y experiencia. En su caso particular, afirma que su nivel de francés no es el mejor para acordar sus condiciones laborales, en sus palabras: “yo tampoco es que hable muy bien como para convencer a alguien de que me den un proyecto de ir a ser consultor de nadie ni de nada” (CE1S1). De hecho, Diego subraya que la competencia en el idioma es incluso un filtro para la admisión a programas educativos y, en su opinión, es una limitación de los colombianos, expresa que “estamos en desventaja con mucha gente que migra aquí, que son, por ejemplo, africanos, mucha gente que habla ya francés” (CE1S1).

Adicionalmente, debe señalarse que en Canadá, para el ejercicio de algunas profesiones es requisito obtener una licencia, la cual ambos entrevistados obtuvieron sin

problemas. No obstante, sobre esta licencia, Irene plantea que en Canadá hay un debate por la apropiación cultural, pues si bien en ese país se reconocen saberes, como la medicina ancestral, para la licencia se realizan exámenes que continúan en la lógica de aprendizaje y evaluación occidental, lo que lleva a que personas como los médicos tradicionales originarios de la China no aprueben los exámenes y, por ende, no obtengan la licencia.

El segundo asunto es la estratificación ocupacional, la cual se refiere a jerarquías en las ocupaciones que son asignadas de acuerdo a condiciones socioculturales como la etnia, el género, y la clase social. Al respecto, Diego plantea que aunque en Canadá no hay una discriminación laboral explícita por ser colombiano, mientras se tenga el NAS (*Numéro de Assurance Social*) que garantiza que puede trabajar regularmente en ese país, si hay relaciones entre el nivel laboral al que puede accederse y la nacionalidad; dice él: “entre nosotros a veces lo comentamos que, digamos los puestos mejores en las empresas son para los quebecos, para la gente misma de aquí ...mientras las cosas que son más operativas son para los filipinos, los chinos. Pero, por ejemplo, usted nunca ve un español siendo operario de nada (CE1S3). No obstante, aclara que hay excepciones, pues pueden verse personas colombianas en empleos de alta jerarquía, y personas de Quebec en empleos operativos, pero, en el último caso, podría deberse al perfil o a que tienen un bajo nivel educativo.

Otros dos elementos, relacionados con el empleo, que aparecen en los relatos de los entrevistados son el tiempo libre y la jubilación.

La mención al tiempo libre se encuentra particularmente en el relato de Irene, quien plantea que este se encuentra en directa relación con asuntos como el ritmo de vida (número de empleos necesarios para sobrevivir) de los países de destino, opciones económicas y preferencias. En su caso particular, ella manifiesta que no dispone de tiempo para actividades de ocio, primero, por la necesidad de trabajar, y segundo, por las labores domésticas que debe realizar en su propio hogar. Ella expresa que, en general, en ese país es problemático disponer de tiempo libre, afectando incluso la posibilidad de establecer y mantener relaciones. En su opinión, esto se debe a que las sociedades se van complicando cuando se van volviendo más masivas, como Canadá, en que las dobles jornadas y la reproducción de la fuerza de trabajo no dejan tiempo para otras cosas.

Por último, Irene señala que algunas actividades que le gustaría hacer son, en general, costosas para los inmigrantes, por ejemplo, salir a cenar a restaurantes. Por su parte, Diego, en su condición de hombre soltero, dispone de un poco más de ingresos económicos y de mayores posibilidades para manejar sus tiempos, por lo que expresa que eventualmente, sale a parques y a algunos restaurantes. De lo anterior, se deduce entonces que, al igual que el empleo, las posibilidades de disfrute del tiempo libre para los migrantes guardan relación con asuntos como el estado civil, el género y los ingresos económicos.

Finalmente, es de resaltar que los dos entrevistados señalan el consumo de alcohol en migrantes que conocen. En particular, para Irene, esta es una manera que tienen los migrantes de compensar una vida de desgaste por el trabajo.

El segundo elemento es la posibilidad del acceso a la jubilación. Esta posibilidad es importante pues representa la garantía de subsistencia una vez haya finalizado el ciclo laboral y se encuentra en directa relación con la posibilidad de haber estado empleado durante la vida productiva. En el caso de los entrevistados, Diego, desde la vinculación formal que le brinda su trabajo en una compañía del área farmacéutica, posiblemente podrá acceder a esa posibilidad, mientras, en el caso de Irene, ella no está segura de sí podría acceder a alguno de los programas de jubilación establecidos por el gobierno canadiense que incluyen opciones para quienes no pudieron cotizar al sistema.

Con respecto a lo anterior, debe anotarse que en Canadá hay varios programas de jubilación que son descritos por Irene en su relato. El primero, es el *Old Security* (OAS) [Seguro para la vejez], una base que da el gobierno a quienes han residido mínimo 10 años en el país, independientemente de si han trabajado, en este caso el monto de la jubilación es proporcional al número de años vividos en el país, hasta un máximo (para octubre a diciembre de 2020) de C\$ 614.14, monto que es revisado cada trimestre de acuerdo al Índice de Precios al Consumidor. Este programa incluye la posibilidad de complementar este ingreso con el suplemento de Renta Garantizada (*Guaranteed Income Supplement, GIS*) también otorgado

por el gobierno a quienes tienen un nivel menor de ingresos¹⁶ (Government of Canada, 2020a).

El segundo programa es para quienes trabajan, el *Canadian Pension Plan* (CPP) [Plan de Pensiones de Canadá] que se obtiene con la base de las deducciones mensuales del salario. Finalmente, el tercer programa, es el *Registered Retirement Savings Plan* (RSP) [Plan de ahorro para la jubilación registrado], un fondo de retiro al que acceden quienes, por sus ingresos, pueden permitirse realizar un ahorro mensual adicional. De manera, que en este país, el monto de la jubilación está ligado a cuántas de estas tres opciones se pueda acceder; en caso de tener las tres, se suman, lo que permite, de acuerdo con Irene, que las personas nacidas allí y con buenos ingresos puedan jubilarse muy jóvenes, por ejemplo, con 30 años de trabajo. En relación con esto, ella señala que algunos colombianos que trabajan, por ejemplo, en construcción, en muchos casos, no pueden pagar el *Canadian Pension Plan*, y menos el *Registered Retirement Savings Plan*, y para el *Old Security* necesitan cumplir con el periodo mínimo de residencia de 10 años, situación que, a veces es difícil de cumplir para quienes migran en edades avanzadas (Government of Canada, 2020b).

7.3.2. Condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud

El presente ítem da cuenta de las condiciones de salud, enfermedad y del aseguramiento en salud de los entrevistados en Canadá.

Con respecto a las condiciones de salud, Diego expresa que las únicas dificultades que ha tenido, en relación con su migración, son alergias por los cambios de clima y por el polen. De hecho, él resalta que han mejorado sus condiciones de salud porque tiene menos estrés. Solo menciona una situación en que debió asistir a los servicios médicos por un desgarro en el brazo causado por una caída, de esa situación resalta las demoras en la realización de una ecografía que era necesaria para el inicio del tratamiento de fisioterapia,

¹⁶ El monto que equivale a este nivel menor es estipulado por el gobierno en relación con factores como el estado civil de los beneficiarios y puede encontrarse en la página oficial: <https://www.canada.ca/en/services/benefits/publicpensions/cpp/old-age-security/guaranteed-income-supplement.html>

tratamiento al cual finalmente asistió, pero que, en su opinión, no fue determinante en la rehabilitación de su brazo, que atribuye más bien al efecto del paso del tiempo.

Un panorama diferente se encuentra en Irene, pues en su caso si se presentan afectaciones negativas debido a las condiciones de su migración, ella refiere a que por el exilio, sufrió dolores de cuello, hombros, vertebras, etc., además por el trauma del refugio presentó el síndrome de Reiter que se fue curando a medida que pudo desarrollar un trabajo y ajustar su ritmo de vida.

Adicionalmente, Irene hace referencia a varios síntomas y enfermedades en algunos migrantes que conoce. Estos los ha conocido a través de su práctica clínica y trabajo voluntario con migrantes. En las enfermedades que señala, están algunas causadas por el estrés, como las gastrointestinales, así como el cáncer, aunque aclara que ella no podría asegurar que, el último, se deba al trauma del refugio, pero si afirma: “yo creo que los estreses y todo eso obviamente tiene que ver” (CE2S3).

Por otra parte, se refiere a enfermedades relacionadas con las condiciones de trabajo, menciona que en las mujeres que se dedican a labores de limpieza encuentra muchos problemas de columna, de articulaciones, entumecimiento de las manos, dolores e hinchazón de las rodillas y problemas de circulación, síntomas que ella atribuye al exceso de trabajo y a las acciones repetitivas en el mismo. En el caso de los hombres, menciona a los migrantes que trabajan en el área de la construcción; ella ha observado que en ellos se presenta mucha deshidratación, pues trabajan bajo el sol, y adicionalmente, no toman agua para no tener que desplazarse varias veces al baño que, en ocasiones, se ubica solo en un punto de la construcción. Muchas de sus condiciones de salud se agravan dado que no pagan seguro privado y solo acceden al *Medical Service Plan* que es el plan de salud básico que ofrecen las provincias y territorios.

En esa misma vía, destaca el caso de los trabajadores migrantes temporales, por ejemplo, quienes recogen cosechas. Este es un tema de debate actual en Canadá, e Irene lo conoce de primera mano pues han asistido con frecuencia a consulta en su clínica. De acuerdo con ella, estos trabajadores tienen unas condiciones de salud muy precarias debido, entre otras razones, a que “trabajan 12 horas diarias y solamente tienen el domingo libre... es un nuevo tipo de esclavismo” (CE2S2). De acuerdo con la entrevistada estos trabajadores

muestran depresión, ansiedad, problemas de articulaciones, musculares y digestivos, así como problemas crónicos, por ejemplo, de los riñones y los pulmones. En un caso concreto menciona un trabajador temporal en recolección de cosechas con síndrome del nervio ciático que ella atribuye a los movimientos y posturas propios de esa labor.

Además, como se dijo, en ocasiones estos trabajadores temporales no pueden acceder a atención médica aunque cuenten con seguro médico, bien por la negativa de su empleador a dejarlos asistir, o porque tienen miedo a que si consultan no vuelvan a ser contratados; como expresa la entrevistada: “si se llegan a enfermar mucho el patrón no los vuelve a llamar para el año que viene... entonces ellos se callan todo eso y trabajan, porque generalmente la gente en sus países depende de ese salario que ellos tienen” (CE2S2).

En cuanto al aseguramiento en salud, ambos entrevistados cuentan con un seguro privado, adicional al *Medical Service Plan*. Diego ha accedido a este por su trabajo, e Irene, como un beneficio del trabajo de su esposo. Cabe recordar, que en ese país, todos los residentes están cubiertos por el MSP, *Medical Service Plan*, un servicio médico del Gobierno, que incluye lo básico en salud, pero si quieren el cubrimiento de otros servicios deben tener un seguro privado. Como ejemplo de la necesidad de tener un seguro privado, Diego recuerda que una amiga suya que no tenía seguro privado, se fracturó un diente y debió pagar un alto costo por el tratamiento de manera particular pues el *Medical Service Plan* no lo cubría.

Ahora bien, como se señaló, la posibilidad de tener un seguro privado está ligada, en muchas ocasiones, a tener un empleo con ciertas características, tales como la estabilidad y la adecuada remuneración. Al respecto, Irene argumenta que no todos los que trabajan tienen un seguro privado: “la mayoría de la gente colombiana, también como de población latina, incluso blanca, nacida aquí y todo... mucha gente no tiene acceso a eso, digamos que solo lo tiene la gente que tiene trabajo estable” (CE2S5). Señala además desde su experiencia en la práctica de salud lo siguiente:

Yo incluso en mi trabajo, yo proceso esas tarjetas de los seguros y todo eso... que la gente me pague con esos seguros, y es más o menos el 50% de la gente, la otra gente no tiene eso (CE2S5).

Por otra parte, para la atención en salud la entrevistada y su familia asisten, generalmente, a una clínica que escogieron, que aunque queda lejos ofrece atención para poblaciones diversas. No obstante, justamente ella señala que puso una queja en esa clínica pues al llamar para solicitar una cita decían no entender lo que decía, aun cuando ella habló en inglés.

Con respecto a las condiciones de salud, enfermedad, y aseguramiento en salud de los entrevistados pueden concluirse dos aspectos. Primero, las afectaciones de salud se relacionan inicialmente con las circunstancias en que se emigra, entre ellas la motivación y el estatus migratorio, siendo este incluso motivo de afectaciones emocionales y psicológicas, y posteriormente, con las condiciones de vida (actuales) y trabajo de los migrantes, como aquellos trabajos que implican esfuerzos físicos y condiciones ocupacionales extremas. Segundo, contar un seguro médico privado en Canadá es, a su vez, una necesidad y un privilegio; necesidad pues aunque el gobierno otorga el *Medical Service Plan*, como se ha visto, su cobertura es restringida y a algunos servicios solo puede accederse mediante pólizas privadas, y un privilegio, dado que a estos seguros no pueden acceder todos los estratos de la población, incluso quienes son trabajadores, lo que en el caso de los migrantes es aún más complejo dada las irregularidades y baja remuneración de los trabajos que realizan.

7.3.3. Derecho a la atención en salud

Al igual que en el capítulo anterior, en este, el análisis del derecho a la atención en salud de los migrantes colombianos, se realiza con base en los cuatro elementos propuestos por la Observación General Número 14 (ONU, 2000): disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En cada uno de estos elementos se presentan los aspectos mencionados por los entrevistados en sus narraciones, y estos se complementan, con información publicada por instancias gubernamentales canadienses.

7.3.3.1. Disponibilidad del derecho a la atención en salud

Como se dijo anteriormente, la disponibilidad se refiere a la suficiencia y distribución equitativa de establecimientos, bienes y servicios de salud, y a que los primeros cuenten con

los Factores Determinantes Básicos de la Salud. Este elemento contempla además el personal profesional y los medicamentos esenciales (ONU, 2000). Teniendo esto en cuenta, a continuación, se abordan los siguientes aspectos: la existencia de una política en salud y un sistema de salud, la posibilidad de tener un proveedor habitual de atención médica, la suficiencia de establecimientos de salud, el personal en salud, y los programas de prevención y lucha contra enfermedades epidémicas, endémicas, crónicas y no infecciosas.

El primer aspecto a mencionar con referencia a la disponibilidad, es la existencia de una política canadiense de salud, que ha sido establecida en la Ley de Salud de Canadá (1985/2017). A su vez, esta ley de salud opera como la normativa que rige y regula el sistema de salud; en ella se plantea que este sistema es público y universal, lo que implica que todas las personas en territorio canadiense pueden asistir a la atención médica.

El segundo aspecto, es el porcentaje de personas que tiene un proveedor habitual de atención médica¹⁷, en este indicador se encuentra que, en general, entre 2018 y 2019 se dio un incremento de las personas que podían contar con este proveedor. Como datos específicos, en Canadá, el 85,5% de las personas de 12 años o más cuenta con un proveedor habitual de salud (Statistics Canada, 2020). Asimismo, sobre el tema, habría que señalar que las personas puede escoger libremente a su proveedor de salud, esto, pues como se dijo, pueden asistir al médico y centro de salud de su preferencia.

En cuanto al tercer aspecto, la suficiencia de establecimientos de salud, es de recordar que, en este país, aunque el sistema de salud es público los servicios pueden ser prestados por proveedores de salud privados, a través de médicos, centros y establecimientos privados, con miras a cubrir la demanda de servicios de salud. Adicionalmente, cabe resaltar como un aspecto positivo, que este país ofrece, en su página oficial de estadísticas (<https://www.statcan.gc.ca>), una base de datos actualizada de establecimientos de salud; en esta base, las personas pueden buscar el establecimiento que desean de acuerdo a su preferencia o necesidad, con varias opciones de búsqueda como nombre, proveedor, calle, ciudad, código postal, provincia, etc.

¹⁷ Un proveedor de atención médica habitual es el profesional de la salud al que una persona recurre cuando necesita atención en salud, puede ser un médico de familia, un especialista o una enfermera especializada.

Respecto a esta suficiencia de servicios, Diego se refiere al hecho de que en cada *Groupe de Zones* (conjunto de barrios) se encuentra un centro de salud con servicios médicos y de enfermería y vacunación, lo que provee una amplia cobertura para la población, y que responde al modelo de APS en que se fundamenta el sistema de salud. Sin embargo, debe considerarse que esta es la experiencia del entrevistado, quien reside en Quebec, una de las principales provincias del país. Esto es importante anotarlo, dado que la suficiencia de establecimientos de salud no se da por igual en todo el territorio canadiense, pues poblaciones como las ubicadas en las regiones del norte, zonas remotas y reservas indígenas, con frecuencia se ven obligadas a salir de su jurisdicción para poder acceder a la atención médica (Young et al, 2019).

Como cuarto aspecto, está el personal de salud. Al respecto, es importante señalar que, una de las estrategias para que Canadá cuente con suficientes profesionales en salud, ha sido la de facilitar los procesos de homologación de los profesionales del área (OPS, 2017b). Asimismo, debe recordarse que, en el sistema de prestación de servicios canadiense, cada persona debe tener un médico de familia que es quien “coordina” su atención en salud. Como mecanismos para encontrar su médico las personas pueden recurrir a recomendaciones, centros de salud, e incluso bases de datos de algunas provincias. Por ejemplo, en la web, en la opción “Encuentre un doctor” del Colegio de médicos y cirujanos de Ontario, las personas pueden buscar un doctor de acuerdo a sus necesidades, con variables como la especialidad, ubicación e idioma.

A pesar de estas facilidades para la búsqueda del médico de familia, debe señalarse que el proceso no termina allí, pues el médico elegido debe aceptar al paciente. Justamente, lo último es una de las dificultades actuales en Canadá, pues no todos los médicos de familia tienen disponibilidad para aceptar nuevos pacientes; según los resultados de la Encuesta sobre políticas de salud para médicos de atención primaria del fondo de la *Commonwealt*¹⁸ (2019), el 52% de los médicos entrevistados manifestaron no estar en capacidad de recibir nuevos pacientes (Canadian Institute for Health Information, CIHI, 2020). Lo señalado con respecto a la búsqueda y consecución del médico de familia, es consistente con lo relatado

¹⁸ La Commonwealth o Mancomunidad de Naciones es un organismo que agrupa 53 países, la mayoría de los cuales, fueron colonias del imperio británico y, actualmente, reconocen el liderazgo de la Reina Isabel II.

por Diego; él expresa que la idea en la búsqueda de este médico es encontrar a quien responda a las propias necesidades, por ejemplo, de ubicación o idioma. Pero, de igual forma, manifiesta que él no tiene este médico porque no es fácil encontrar uno, pues tienen un cupo máximo y ya pueden tenerlo ocupado, aunque aclara que, hasta el momento, él no ha necesitado tenerlo.

El aspecto final son los programas de prevención y lucha contra enfermedades epidémicas, endémicas, crónicas y no infecciosas. Sobre el tema, en primer lugar habría que señalar lo anteriormente anotado, respecto a que el sistema de salud de Canadá se basa en el modelo de Atención Primaria en Salud, APS, el cual implica un enfoque de integralidad y continuidad desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta la cura y rehabilitación de la última. En segundo lugar, es de resaltar que desde la Agencia de Salud Pública, Canadá cuenta con el programa de Vigilancia de salud pública cuyo objetivo es tener información, por ejemplo, sobre los mecanismos de propagación de las enfermedades infecciosas (Government of Canada, 2020c). En tercer lugar, para este país es primordial el compromiso con la vacunación como medida de salud pública; en esta vía ha establecido las Metas de cobertura de vacunación para el año 2025 que incluyen, por ejemplo, alcanzar una vacunación contra la influenza estacional del 80% entre adultos de 65 años o más (Government of Canada, 2020d).

En coincidencia, Diego expresa que para el sistema de salud en Canadá es muy importante la medicina preventiva, y que a eso, justamente, responde que cada persona o grupo familiar tenga un médico de familia que se encargue de hacer el seguimiento en salud a lo largo del ciclo vital. Asimismo, concuerda en la importancia de la vacunación en ese país, en concreto, da cuenta de campañas de vacunación, por ejemplo, contra la influenza, y señala que en estas campañas, los hospitales ofrecen el servicio de manera gratuita, y cuando se presta este servicio con costo, este no es elevado.

7.3.3.2. Accesibilidad del derecho a la atención en salud

El siguiente elemento a desarrollar es la accesibilidad, que incluye, como se ha presentado anteriormente, el acceso sin discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad y el

acceso a la información. Desde los relatos de los entrevistados puede darse cuenta de los tres primeros aspectos.

Con respecto al acceso sin discriminación, lo primero a decir, es que, como se presentó en el apartado de contexto normativo, uno de los principios del sistema de salud es, justamente, la accesibilidad, principio que postula que el acceso a los servicios de salud no debe ser limitado por ninguna condición. No obstante, en la realidad se encuentra que este principio de no discriminación en el acceso con frecuencia se ve menoscabado por elementos como los ingresos económicos, la condición migratoria y el grupo étnico. En el caso de las personas de bajos ingresos económicos (personas con empleos precarios, informales, habitantes de calle) ven limitada su posibilidad de acceder a ciertos tratamientos y a los medicamentos, pues estos no son cubiertos por el seguro de salud provincial (Campbell et al., 2015). Irene corrobora lo anterior, pues según ella, el acceso completo a los servicios de salud se encuentra condicionado por la tenencia de un seguro privado además del seguro público provincial, pues el primero cubre las prestaciones que el seguro público excluye, por ejemplo, los servicios odontológicos no urgentes.

Particularmente, en el caso de los inmigrantes, debe recordarse que, en varias provincias su condición implica que, deban cumplir un periodo mínimo de residencia, para poder ser cubiertos por el plan provincial de salud, lo que los deja en una condición de desamparo y vulnerabilidad mientras esto ocurre. De otra parte, algunos estudios han documentado discriminación y maltrato de población de las primeras naciones en los servicios de salud (Campbell et al., 2015), lo que termina ocasionando, que aunque en la formalidad el acceso a estos servicios se considere universal, precisamente estos y otros grupos sociales excluidos prefieran abstenerse de hacer uso de los mismos, debido a que se exponen a vivir situaciones de discriminación.

En cuanto a la accesibilidad física, cabe recordar el esquema de centros de salud barriales constitutivo del sistema de salud canadiense y que es señalado por Diego, el cual supondría un nivel adecuado en esta accesibilidad. No obstante, es necesario reiterar que personas que residen en ciertas regiones aisladas del país, especialmente del norte, se ven en la necesidad de desplazarse hacia otras regiones para acceder a atención médica (Young et al., 2019). La misma situación ha sido señalada en el caso de los territorios rurales en donde

la oferta de servicios no es suficiente y sus poblaciones deben desplazarse, a través de distancias considerables, para acceder a los servicios de salud, lo que les genera un gasto mayor de tiempo y dinero en comparación con quienes viven en zonas urbanas (Murphy et al., 2019). Ahora bien, con respecto a lo anterior, debe señalarse que para subsanar estas dificultades, Canadá ha realizado importantes esfuerzos para incorporar servicios de salud en línea como forma para mejorar el acceso a los servicios, por ejemplo, con los registros de salud electrónicos, telesalud, y aplicaciones como Zuubly para pacientes con depresión (Government of Canada, 2019).

De la asequibilidad, da cuenta la legislación, que es enfática en la prohibición de que sean cobrados cargos extras a los usuarios en los planes de salud. Es de anotar que las contribuciones monetarias al sistema de salud son realizadas, principalmente, a través de los impuestos que pagan los residentes y ciudadanos. No obstante, también debe recordarse que el acceso no se da a la totalidad de los servicios de salud, por lo que, con frecuencia se hace necesario la adquisición de seguros privados que, en tanto son mediados por el vínculo laboral o los ingresos económicos, no siempre pueden ser adquiridos. En tal sentido, la asequibilidad a los servicios se ve afectada para quienes tienen condiciones económicas inferiores. También debe aclararse que algunas provincias cubren estos servicios adicionales como parte de programas de bienestar social, por ejemplo, para grupos poblacionales como ancianos o niños (Government of Canada, 2016).

Ahora bien, aunque no es mencionada dentro de los aspectos que contempla la accesibilidad, es importante anotar, como un aspecto positivo, la posibilidad de recibir atención por parte de los médicos de familia en horas de la noche y fines de semana. Al respecto, según la Encuesta sobre políticas de salud para médicos de atención primaria del fondo de la *Commonwealt* (2020) el 57% de los médicos en atención primaria tienen disposición para ofrecer citas en horas nocturnas en semana y el 50% los fines de semana. Esto es importante, pues en el caso de la población laboralmente activa, con frecuencia se encuentran personas que tienen limitaciones para acceder a los servicios de atención médica precisamente por motivo de su trabajo (Campbell et al., 2015). De otra parte, esta oferta también se ha encontrado ventajosa para algunas poblaciones rurales, quienes cuando requieren atención médica nocturna se ven obligados a asistir a servicios de urgencias pues no existe la posibilidad de esta atención en sus centros de salud (Murphy et al., 2019).

7.3.3.3. Aceptabilidad del derecho a la atención en salud

En este elemento se contempla que los establecimientos, bienes y servicios sean “respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, minorías, pueblos, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida” (ONU, 2000, p. 4). Desde esta consideración, con base en la información recolectada, a continuación se exponen tres aspectos que se consideran esfuerzos de adecuación cultural del sistema de salud canadiense: el idioma en relación con la atención en salud para población migrante, la posibilidad de acceder a medicinas alternativas y la atención en salud orientada a las necesidades de las primeras naciones.

Lo primero a decir acerca de este elemento es lo relacionado con el idioma; sobre este, los entrevistados hacen dos referencias: por una parte, Diego señala que es ideal buscar un médico de familia que hable el mismo idioma. Al respecto, como se presentó, se encuentra la posibilidad de seleccionar este médico de acuerdo a las necesidades, en este caso, uno que hable el mismo idioma del paciente. Este hecho se ha visto favorecido por la presencia creciente de inmigrantes dentro del personal de salud; como muestra, se tiene que a 2016, un tercio de los auxiliares de enfermería, enfermeras y personas asociadas al cuidado del paciente eran inmigrantes, proporción que puede llegar al 70% en áreas de Toronto, Vancouver y Calgary, y que, en teoría favorecería la interacción entre personal sanitario y pacientes en diferentes lenguas (Turcotte y Savage, 2020).

A pesar de lo anterior, se ha encontrado que las diferencias lingüísticas y culturales siguen siendo un desafío para la atención en salud de los migrantes, limitando de manera importante su derecho a la salud (Suphanchaimat et al., 2015; Warnke y Bouchard, 2013). Justamente, en tal sentido, Irene plantea las dificultades con el idioma como una de las debilidades del sistema de salud; de hecho, como se dijo, ella misma instauró una queja en su centro de atención en salud reclamando una formación Cross-Cultural para quienes interactúan con los pacientes. Específicamente, en sus palabras, su reclamo se refiere a que, quienes la atienden, no le entienden debido a su acento. Ella resalta que es necesario capacitar a los sectores de salud en multiculturalismo pues se requiere un trabajo para escuchar y entender los diferentes acentos. Manifiesta:

Son necesarios como unos entrenamientos de escuchar y hacer como esa apertura mental a escuchar diferentes acentos, a entender que los acentos tienen que ver también con la cultura, que no es que la gente hable mal inglés, sino que la gente de Ontario no habla inglés lo mismo que la gente de British Columbia... Como en Colombia, los costeños no hablan lo mismo el español que los de Santander o los pastusos, lo mismo se da con el inglés (CE2S3).

Ahora bien, en relación con la atención en salud para los migrantes, habría que resaltar que en la página de estadísticas de Canadá se encuentran datos, reportes y trabajos específicos sobre los problemas de salud de los migrantes, sus desafíos y cómo estos han sido abordados, por ejemplo, sobre salud mental y el “efecto del inmigrante saludable”. Así, a pesar de que en los datos de salud en general, como el porcentaje de médicos de familia, no se encuentren datos discriminados para los migrantes, si se evidencia que se ha tratado de abordar sus particularidades desde la investigación en salud¹⁹.

Sobre la posibilidad de acceder a medicinas alternativas, se encuentra que en Canadá estas medicinas, como la medicina tradicional china, la homeopatía y la acupuntura, han sido reguladas e incluidas en el sistema de salud (Ng, 2020). De esta forma, las terapias alternativas son reconocidas y pueden ser usadas por los canadienses; de hecho, según la Encuesta nacional canadiense para determinar la prevalencia, los costos y los patrones del uso de la medicina complementaria y alternativa, el 79% de los canadienses han usado al menos una terapia alternativa en su vida (Instituto Fraser, 2017).

Esta posibilidad es reconocida por Irene, quien confirma las posibilidades para acceder a medicinas alternativas con tratamientos como la acupuntura, incluso cubiertos por el seguro; sin embargo, subraya que estos tienen un límite de dinero y de número de citas, y estas limitaciones derivan en tratamientos incompletos, pues si las personas no cuentan con recursos propios para asumir el costo restante del tratamiento, no lo pueden finalizar. Para Irene, la razón para limitar las posibilidades de la medicina alternativa es que, en Canadá, la medicina predominante es la occidentalizada, que opera desde un modelo biomédico. Para

¹⁹ Los accesos a las investigaciones mencionadas pueden encontrarse en el link: https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/subjects/immigration_and_ethnocultural_diversity/immigrants_and_nonpermanent_residents/health_and_wellbeing_of_immigrants

ella, una muestra de esto es el manejo que se hace en el sistema de las enfermedades mentales, en cuyo caso los diagnósticos se basan en pruebas tamiz y tratamientos convencionales, principalmente, medicamentos; afirma que: “La mayoría de la gente que tiene como depresión, ansiedad o problemas de insomnio, todos están como empastillados, o sea, aquí los medican, el sistema de salud los medica” (CE2S2).

Otro intento de adecuación cultural del sistema de salud canadiense, se ha enfocado específicamente en las necesidades de salud de los pueblos de las primeras naciones. Al respecto, se encuentra un amplio marco de políticas a nivel federal y provincial, que pese a ser implementados durante varias décadas sigue contando hoy en día con limitaciones originadas en aspectos como los diversos niveles de autoridad y decisión, que incluyen las autoridades indígenas, así como, la asignación de recursos, las diferencias de planes, y la aceptabilidad de estos servicios para los propios pueblos (Lavoie et al., 2011). Las dificultades en la atención en salud para esta población se deben a factores como el racismo, así como a otros factores como la ubicación remota de algunas de estas poblaciones y las diferencias culturales (Wilmot, 2013). Un caso emblemático de esta situación resulta el de Joyce Echaquan, una mujer indígena que, en septiembre de 2020, falleció en los servicios de salud en espera de una atención adecuada mientras al tiempo era maltratada por el personal médico, caso que ha puesto nuevamente el debate sobre el racismo sistemático contra estas poblaciones en Canadá²⁰.

Como consecuencia de lo anterior, la atención no ha satisfecho las necesidades de salud de esta población y ha contribuido a que tengan peores niveles de salud, con una esperanza de vida inferior a la de la población canadiense en general, así como mayor prevalencia de enfermedades transmisibles, como la tuberculosis y, no transmisibles, como la diabetes, así como una diferencia desproporcionada en la tasa de suicidios vinculada con factores como el trauma histórico (OPS, 2017b).

Como respuesta, el gobierno canadiense ha buscado ejecutar acciones para ofrecer una atención adecuada, por ejemplo, con programas comunitarios de promoción y prevención en las reservas, y cubrimiento de prestaciones no aseguradas, como los medicamentos (OPS,

²⁰ Para mayor información: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-54350027>

2017b), asimismo ha buscado transferir algunas responsabilidades de la atención médica a las autoridades y organismos de las primeras naciones (Wilmot, 2013).

7.3.3.4. Calidad del derecho a la atención en salud

Como se presentó en el capítulo anterior, la calidad se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados médico y científicamente, con aspectos como la capacitación del personal médico, medicamentos, equipo y condiciones adecuadas (ONU, 2000).

Sobre el tema, es de destacar la atención de las enfermedades en toda su complejidad y científicidad, que para el sistema de salud canadiense se traduce en integralidad en la atención como uno de sus principios fundamentales. Al respecto, Irene destaca la atención a enfermedades complejas como el cáncer de seno, ella afirma que es una atención excelente, con equipos especializados y acceso a todos los tratamientos: quimioterapia, radioterapia, medicación, ayuda psicológica, y en casos de mastectomía, reconstrucción mamaria, además, subraya que se trata a las pacientes con cariño y compasión. No obstante, también señala que para acceder a estos servicios integrales y, por ende, a una atención de calidad, se requiere, como ya se dijo, contar con un seguro privado.

Asimismo, debe valorarse que la integralidad deriva en que la atención en salud no se limite a la cura y rehabilitación de la enfermedad, sino que contemple la promoción y prevención primaria. Esto coincide con la experiencia de Irene, que valora como un aspecto positivo de la atención en salud en ese país, que si el paciente es propositivo los médicos responden a su demanda. En sus palabras:

Si yo voy donde mi doctora y le digo: ay doctora, yo quiero un chequeo. Por favor, mándeme todos los test que sea posible porque yo quiero saber cómo está mi salud, ella no me va a decir que no. Generalmente, ella va a tratar de calmarme y me va a mandar examen de sangre, me va a mandar examen de enzimas, etc.

Por otra parte, es de señalar que el gobierno canadiense explicita su compromiso con la calidad de la asistencia sanitaria, particularmente en relación con dos aspectos: la seguridad del paciente y los tiempos de espera (Government of Canada, 2015). Sobre el primer aspecto,

se encuentra que en 2003, Health Canadá creó el Instituto canadiense de seguridad del paciente para liderar el proceso de construcción de un sistema de salud más seguro para los canadienses (Government of Canada, 2010). En el 2020, este instituto se fusionó con la Fundación canadiense para la mejora de la atención médica (CFHI), y declararon como su objetivo conjunto que Canadá ofrezca la atención médica más segura del mundo (Canadian Patient Safety Institute, 2018). Para esto, han desarrollado recursos como el Marco canadiense de calidad y seguridad del paciente, cuyas metas incluyen, entre otras: el cuidado apropiado, con atención médica basada en la evidencia, y la integralidad, a través de la continuidad y coordinación de los servicios de salud (Canadian Patient Safety Institute, 2018).

En relación con el segundo aspecto, los tiempos de espera, es de anotar que la insatisfacción con estos es el problema que más se señala en el sistema de salud canadiense. Las demoras en la atención se dan en todos los niveles: para citas de medicina familiar, especializada, exámenes y procedimientos como las cirugías, entre otros (Clarke, 2016; Ivers et al., 2018). Como causas de este problema se identifican la falta de personal y equipo, aunque, también hay quienes consideran que se origina porque la universalidad y gratuidad del sistema tienden a promover un “consumo” médico elevado, por parte de los beneficiarios, lo que redundaría en saturación de los servicios y, por ende, en demoras en la atención (Fajardo y Olivares, 2010). De otro lado, debe considerarse que estas demoras tienen como consecuencia pérdidas de tiempo para los pacientes, pero además pueden derivar en el empeoramiento de su situación de salud por los retrasos en la obtención del tratamiento (Clarke, 2016).

Esta crítica al sistema de salud, aparece también como un asunto central en los relatos de los entrevistados. Desde su experiencia, Diego recuerda que para realizarle la ecografía del brazo, que necesitaba para definir el tratamiento, se demoraron más de seis meses. Adicionalmente, expresa que es un asunto generalizado, en sus palabras “yo oigo quejas de mucha gente, que los servicios en salud, no sé si es que están muy saturados, pues muy buena la atención y toda la cosa, pero para coger una cita es muy complicado” (CE1S2). Por su parte, Irene expresa que las citas con especialistas pueden demorarse hasta un año, sin embargo, aclara “si uno no está muy grave, no lo nota tanto” (CE2S5). Adicionalmente,

plantea que aunque, allí, hayan demoras en la atención, no pueden compararse con las que se dan en Colombia y con las luchas que los pacientes tienen que llevar contra las EPS.

Finalmente, habría que señalar como una deficiencia del sistema, las dificultades para acceder a los medicamentos, ya que estos no son financiados por el sistema (Campbell et al., 2015; Ivers et al., 2018), lo que puede tener como consecuencia, como se presentó, que quienes no cuenten con los recursos económicos no puedan acceder a los tratamientos.

7.4. Migrantes Colombianos En Canadá: ¿Sujetos Del Derecho A La Salud?

Como se ha mencionado en apartes anteriores de este texto, los migrantes no son sujetos pasivos e inermes ante las influencias de los ámbitos macro y meso, por tanto, es necesario considerarlos a sí mismos como sujetos en disputa del derecho a la salud. Para dar cuenta de esto, a continuación, se abordan los siguientes apartados: 1. Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora, 2. Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía.

7.4.1. Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora

En el presente apartado, el lector encontrará el análisis de tres aspectos: las percepciones sobre la gestión migratoria, las percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas y las percepciones sobre los migrantes en la sociedad receptora. Este análisis se realiza con base en las narraciones de los entrevistados en Canadá.

7.4.1.1. Percepciones sobre la gestión migratoria

Tal como se dijo en el capítulo anterior, la base de las percepciones sobre la gestión migratoria es el conocimiento de esta. En este caso, tanto Diego como Irene dan cuenta de esta gestión; Diego la conoce por su experiencia en la realización de los trámites migratorios, e Irene, por su interés en las problemáticas de los migrantes y el contexto político de ambos países. Desde este conocimiento, ambos entrevistados afirman que Canadá, en coherencia, con su compromiso con el multiculturalismo, es un país abierto a la migración.

Así, en opinión de Diego, la gestión migratoria en este país puede calificarse positivamente. A su modo de ver, Canadá es un país preparado para acoger migrantes, tanto así, que incluso, por épocas busca que inmigren personas, especialmente mano de obra calificada para cubrir la generación ya pensionada. Él destaca que esta posición contrasta con la de Colombia en que las personas son cerradas a la migración, porque les da miedo que les quiten el trabajo y, porque los efectos de la migración se suman a las problemáticas del país, como el conflicto interno.

Igualmente, en cuanto a la recepción de los migrantes, Diego resalta como un aspecto positivo los programas de ayuda que se ofrecen en ese país, para los migrantes y para la población en general. Dentro de los primeros, se incluyen los centros comunitarios que son apoyados por el gobierno y en los que los migrantes pueden encontrar asesoría en impuestos, licencia de conducción, actividades culturales, cursos de idiomas, etc., no obstante, de acuerdo con Diego, estos centros son cada vez son menos porque al parecer están ingresando menos migrantes al país. El entrevistado también menciona las agencias gubernamentales, como *Emploi Quebec* [empleo Quebec] que ofrece orientación en temas laborales diversos, como el funcionamiento del mercado laboral. Adicionalmente, Diego señala que en las páginas del gobierno se encuentra publicada toda la información que los migrantes requieren para realizar los diferentes trámites.

De otro lado, los programas para la población en general se basan en la ayuda económica para quienes pierden el empleo, la población de mayor edad, las personas con discapacidad, las personas sin hogar y las comunidades y personas expuestas al riesgo de exclusión social, entre otros. Dentro de estos programas, los entrevistados mencionan los *Food Bank* [bancos de alimentos] en donde las personas pueden recibir cada dos semanas o cada mes una bolsa de mercado, que incluye comida y elementos de aseo. Irene recuerda que, inicialmente, su esposo iba a estos bancos para obtener ayuda, pero decidió no volver porque había peleas y sufrió maltratos allí, por su etnia.

Asimismo, Diego e Irene recalcan las posibilidades de obtener becas, préstamos y subsidios educativos. Irene expresa que las becas facilitan alcanzar un nivel posgradual allí, como ilustración, se refiere a un amigo residente en Quebec, quien pudo realizar una maestría y un doctorado con poco dinero. Sobre los préstamos, ambos entrevistados afirman que son

fáciles de obtener, con tasas de interés adecuadas y que, en algunos casos, además del valor del estudio otorgan un monto adicional para sostenimiento. A los subsidios hace referencia Diego, particularmente en Quebec; afirma que la mayoría de la educación allí es subsidiada por el gobierno; un ejemplo de esto, es que mientras él realizó la franciscación, le fue otorgado un subsidio para sus gastos de vivienda y alimentación. Menciona, además, que si se estudia a tiempo completo puede obtenerse un *prêt de bourse*, que subsidia una parte del estudio, mientras que la restante puede ser pagada en cuotas.

Por otra parte, dentro de la gestión gubernamental se incluyen también las acciones para los refugiados. Desde la experiencia de Irene, se tiene que el programa para refugiados, bajo el que ellos emigraron, incluía un préstamo de alrededor de C\$500 por integrante de la familia, destinados a cubrir tiquetes, trámites de la visa y exámenes de salud, etc., préstamo que ellos tardaron 6 o 7 años pagando. Además del préstamo, el programa de refugio incluía un subsidio mensual durante un año, luego del cual ellos podían iniciar la búsqueda de trabajo o ingresar al *Welfare*²¹. Ellos tomaron la última opción, pero al poco tiempo se retiraron, pues este programa les significaba dificultades, ya que tenía como condición que no podían acceder a préstamos para estudiar, ni podían trabajar. En tal sentido, Irene señala que su experiencia contradice la creencia generalizada, dentro y fuera de Canadá, de que a los refugiados les regalan todo. Para ella, ese asunto resulta problemático y es necesario clarificarlo, pues está generando discriminación hacia los refugiados. Por tanto, recalca la importancia de que las personas, en general, sepan que los programas de refugio incluyen condiciones y prestamos que deben ser pagados por los refugiados.

Ahora bien, a pesar de los beneficios y programas en Canadá, ambos entrevistados expresan que, en ese país, la apertura hacia la migración tiene sus matices. Irene plantea que esta apertura se ha visto afectada por las orientaciones políticas de los gobiernos, como ejemplo, está el ya mencionado conservadurismo bajo el gobierno de Stephen Harper (2006-2015) que derivó en un enfoque más limitado en la política migratoria. Por su parte, Diego manifiesta que la apertura a la migración no es total, hay restricciones, pues no se trata de

²¹ Sistema de programas gubernamentales canadienses que destinan dinero y servicios para cubrir necesidades sociales como la pobreza, el desempleo y la falta de vivienda, para población como los migrantes, las mujeres, los niños, los ancianos y población LGBTI. Entre estos programas se encuentran, por ejemplo, el seguro de desempleo y el seguro de vejez (Moscovitch, 2015).

que ingrese todo aquel que lo desee, sino que se han establecido procesos de selección bien definidos desde el Ministerio de inmigración, Refugiados y Ciudadanía, orientados a promover o restringir la migración de diferentes perfiles de inmigrantes.

Adicionalmente, Irene plantea cuatro cuestionamientos en relación con el multiculturalismo que se proclama en Canadá: primero, la discriminación a quienes, por ejemplo, por su etnia, se identifica como “no canadienses”, a pesar de que se reconozca que el canadiense no solo es el “blanco anglosajón”. Segundo, el doble estándar evidenciado, por ejemplo, a nivel religioso pues mientras algunas mujeres musulmanas han tenido dificultades por usar su *Hiyab*, en establecimientos educativos y otros lugares se exponen símbolos de la religión católica sin ningún problema. El tercero, que ya ha sido mencionado, es sobre la apropiación cultural, y el cuarto, es el reclamo de que el sector de la salud responda a la promesa del multiculturalismo.

Para cerrar este aspecto, es de anotar que ninguno de los dos entrevistados tiene una relación estrecha con el consulado colombiano en Canadá. Irene plantea que la conexión con el consulado está ligada a aspectos como la clase social, esto es, los migrantes de estratos socioeconómicos altos son cercanos al consulado, mientras otros migrantes, como ella misma, prefieren mantenerse alejados, pues desconfían de la institucionalidad, debido a las experiencias vividas en Colombia. Por su parte, Diego manifiesta que sabe que en el consulado pueden hacerse trámites como autenticar documentos, pero su experiencia con este se limita al trámite del nuevo pasaporte, a su participación en las elecciones y, al envío, por parte del consulado de información vía correo electrónico sobre actividades culturales. A su parecer, como mejora, el consulado podría ofrecer orientación, por ejemplo, sobre dónde vivir, considerando el desconocimiento que los migrantes tienen sobre las zonas de la ciudad.

7.4.1.2. Percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas: migrante deseado-migrante riesgo

En el presente apartado, se desarrollan las características que, en Canadá, identifican a un migrante deseado o a un migrante riesgo. Estas características se toman de lo relatado por los entrevistados y del análisis de las normativas migratorias.

En lo que se refiere a los migrantes deseados, en la opinión personal de Diego, se necesitan personas profesionales, en áreas de trabajo que no estén saturadas, personas sin conflictos y con buena salud, porque a los países no les conviene tener personas que sean una carga en vez de un beneficio. Esta opinión es consistente con la orientación canadiense, él plantea que Canadá prefiere a los migrantes de edad media, con altas posibilidades de integrarse en la sociedad, una profesión de alta demanda, competencia en el idioma (inglés o francés), que tengan o deseen formar rápidamente una familia y que no requieran una alta inversión, por ejemplo, en educación. Al último aspecto, hace referencia también Irene, al señalar que los estudiantes internacionales son muy bien recibidos, e incluso el ideal es que, una vez finalicen sus estudios, permanezcan en el país, pues son profesionales graduados allí y tienen competencia en el idioma, por consiguiente, es una mano de obra en la que el Estado no requiere hacer grandes inversiones.

Por otra parte, es de recordar la mención de Diego sobre los programas para inmigración de mano de obra calificada, cuyo objetivo es cubrir a la generación ya pensionada. Al respecto, es de resaltar que, de acuerdo con Irene, la recepción de los refugiados responde a un objetivo similar, pues se define desde políticas de incremento de la población, compensación de mano de obra y cubrimiento de impuestos, basadas en las proyecciones poblacionales y pensionales. En relación con estos programas de selección de los migrantes, Irene reitera el papel de los cambios políticos como factores a considerar. Para ejemplificarlo, señala como, bajo la tendencia conservadora del gobierno de Harper, se redujo la entrada de solicitantes de refugio y se promovió el ingreso de migrantes con un estatus social más alto, como estudiantes internacionales y profesionales calificados.

Ahora bien, en cuanto a los aspectos que harían que un migrante fuera identificado como riesgoso, tanto el análisis de la normativa como los relatos de los entrevistados arrojan el mismo resultado: los migrantes pueden ser un riesgo en términos de seguridad o de salud. En el ámbito legislativo, pues notarse lo anterior en la Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados (2001/2018) cuando enuncia como uno de sus objetivos proteger la salud y seguridad de la sociedad. Asimismo, cuando este objetivo se concreta en los motivos que justifican la inadmisión al país. Para el caso particular de la seguridad, los motivos de inadmisión incluyen la participación en actividades criminales o de violación de derechos humanos. En coincidencia, Diego recuerda que uno de las preguntas que incluía el formulario

de solicitud de visa era si había pertenecido a grupos al margen de la ley o había estado condenado, adicionalmente, como requisito le solicitaron un informe de antecedentes policiales (más completo que el de antecedentes penales).

En cuanto al riesgo en salud, en la normativa migratoria se explicita como causal de inadmisión tener una enfermedad contagiosa o que pueda generar una demanda excesiva de servicios sociales o de salud. Al respecto, ambos entrevistados recuerdan que les requirieron un examen de salud muy completo, con exploración física, exámenes de sangre, etc. Irene señala que este examen es realizado por médicos avalados por el gobierno canadiense, que tienen un entrenamiento específico para detectar enfermedades contagiosas o que, como se acaba de mencionar, impliquen un gasto excesivo para el sistema de salud. Ella subraya que considerar los motivos de salud como causal de inadmisión le ha generado críticas al gobierno canadiense, pues excluyen a personas por tener enfermedades contagiosas o crónicas, como ejemplo, menciona el caso de una mujer colombiana que debió desistir de una beca pues no aprobaron la visa para su hija por tener síndrome de Down²². No obstante, aclara que, en el momento, están ingresando al país personas con VIH y con problemas físicos, aunque aún no es la generalidad.

Para cerrar, es pertinente presentar dos cuestionamientos de Irene: el primero, a que la denominada globalización se orienta principalmente a la circulación de capitales, más no de personas. El segundo, a los dobles discursos y dobles estándares que maneja el sistema socioeconómico mundial, pues promueve la migración de unos y, al tiempo, restringe la de otros, en sus palabras: “depende entonces quién circule, pa’ dónde y cómo” (CE2S5).

7.4.1.3. Percepciones sobre los migrantes en la sociedad receptora: discriminación y estereotipos

7.4.1.3.1. Discriminación hacia los migrantes

El presente apartado aborda la discriminación hacia los migrantes en Canadá, al respecto, cabe anotar que, como efectos concretos de esta discriminación en el derecho a la salud, se

²² Cabe aclarar que las enfermedades o problemas de salud que se contemplan como motivo de inadmisión no se refieren solo a quien desee inmigrar a Canadá, sino a sus dependientes, emigren o no con él.

encuentra la estratificación ocupacional por razones de nacionalidad, mencionada por Diego. Asimismo, están las dificultades en la atención en salud, originadas en las diferencias de idioma, señaladas por Irene. Ambas presentadas, en el apartado “Derecho a la salud de migrantes colombianos en Canadá”.

Por otra parte, los relatos de Diego e Irene muestran un panorama general con dos tendencias contradictorias en relación con la discriminación. La primera tendencia es de lo que se percibe como igualdad en las condiciones para migrantes y para nacionales. En contraposición, la segunda tendencia, da cuenta de la existencia de una discriminación no manifiesta. En la primera tendencia, se encuentra que ambos entrevistados sostienen que, en general, los derechos de migrantes y ciudadanos nacidos y no nacidos en Canadá son iguales; como ilustración, Diego aduce que “ser ciudadano” no es un factor que consideren los empleadores para contratar a una persona. Además, argumenta que el residente, en algún momento, va a ser ciudadano y entonces va a acceder a aquellos derechos que, como residente, no tendría, como el de votar.

De igual forma, Irene afirma que, como fruto de las luchas de los migrantes, hay actualmente, un medio “políticamente correcto” en Canadá para ellos. Ella expresa que, en general, los funcionarios públicos manejan este discurso “políticamente correcto” y aunque pueden verse sesgos, la mayoría de las personas tratan de operar dentro de ese enfoque. Asimismo, plantea que la mayoría de las personas tienen acceso a los servicios básicos, se ha avanzado en el entrenamiento cross-cultural, y los residentes permanentes pueden acceder a beneficios, como préstamos estudiantiles y becas. En cuanto a la salud, señala que se da una garantía básica a residentes y ciudadanos, y a los refugiados se le entrega a su llegada una tarjeta médica provisional, aunque con más restricciones.

Ahora bien, como se dijo, la segunda tendencia da cuenta de una discriminación no manifiesta. Al respecto, Diego aclara que es posible que en Canadá exista racismo o discriminación, pero no de manera evidente; como ejemplo, menciona que hay lugares en que ha ido a preguntar algo y, con una actitud negativa, las personas le han preguntado ¿qué me está diciendo?, esto como forma de hacerle saber que no habla bien el idioma. Así, él plantea que la discriminación no es manifiesta pues, en ese país, a diferencia de otros como en Estados Unidos, discriminar puede traer consecuencias legales para quien lo haga.

Irene hace también señalamientos sobre el tema, para ella, aunque hay esfuerzos y luchas cotidianas, aún los inmigrantes son subordinados y discriminados, y no tienen los mismos derechos, aunque se diga lo contrario. En este sentido, manifiesta que semanalmente conoce alguna experiencia de discriminación, por ejemplo, cuando en los buses se maltrata a migrantes diciéndoles: “váyase a su casa o váyase al país de dónde vinieron, o por qué está hablando esa lengua, si está aquí en Canadá hable inglés” (CE2S4). Como vivencia propia, recuerda que, al llegar a Canadá, quien los recibió les dijo que debían hablar en inglés y relacionarse con personas que les hablaran en inglés, que no debían hablar español; ella resalta que ellos decidieron no obedecer, pero conoce familias que si lo hicieron. Es de anotar, que, para Irene, la prohibición de hablar español no es inocente, sino que tiene como objetivo cercenar la cultura de los migrantes, comenzando por su medio de transmisión, la lengua.

Adicionalmente, menciona que, en ocasiones, se asume que quien no es blanco no es canadiense y que “no es lo mismo como miran, por ejemplo, a un blanco europeo, así sea de Europa del este, a como miran una persona del sur o a un negro, un latino o un oriental” (CE2S3). Estas situaciones se dan, en su opinión, debido a que la sociedad canadiense es intrínsecamente blanca y racista. Argumenta que:

La mayoría del parlamento es blanco, los primeros ministros son blancos, las organizaciones todas son blancas, por ahí se encuentra uno que no lo es, que aquí le dicen token. Token es como el botón que se toma de ejemplo, pero no es que realmente haya cambiado la situación sino que se intenta mostrar que si estamos cambiando (CE2S3).

Por otra parte, plantea que no solo los canadienses ven a los migrantes como “no canadienses”, sino que los mismos migrantes incorporan este sistema de discriminación y se ven a sí mismos de esa manera, esto es, los migrantes en, algunos casos, terminan asumiéndose como una clase inferior o invasiva, que debe enorme “agradecimiento” al país por las posibilidades y oportunidades brindadas. Justamente, en el sentido de considerar que los migrantes deben agradecimiento, Irene señala que cuestionar las situaciones de discriminación contra ellos, se ve como un intento de incomodar, de generar conflicto, de no cumplir con el *Fit in* (encajar en el puesto que se le da).

En su relato, Irene da cuenta además de que hay estratificación entre los migrantes; esta generada por asuntos como el momento en que personas de ciertas nacionalidades se asentaron en el país por primera vez, así como condiciones como la clase social en el país de origen y la etnia. Frente al primer aspecto, Irene menciona que, en Canadá, los descendientes de migrantes de la China y la India cuentan con mayores ventajas frente a ciudadanos de otras nacionalidades, pues sus progenitores llegaron al país hace varios años, por ejemplo, en el auge del desarrollo industrial del país, lo que les ha conferido a estos grupos mayores oportunidades, en comparación con migrantes más recientes, como los latinoamericanos.

En relación con la clase social en el país de origen, Irene se refiere puntualmente el caso de los migrantes colombianos, caso en el cual, según ella, las clases sociales preexistentes derivan en alianzas y exclusiones entre ellos en el nuevo país. Al respecto, se refiere a que en una investigación en la que participó, encontraron que, ciertos colombianos se aglutinaban en torno a criterios como las universidades y barrios en que vivían en Colombia, lo cual respondía, para Irene a un criterio de clase social. Plantea adicionalmente que las clases sociales altas de Colombia buscan relacionarse con las clases sociales altas de Canadá. Como tercer elemento, propone que este relacionamiento también está atravesado por condiciones como la etnia; como ilustración, plantea que, en ese país, los colombianos indígenas y afroamericanos suelen desconfiar de sus connacionales blancos, debido a las experiencias de discriminación que han vivido en Colombia. Es de aclarar, que la opinión de Irene a este respecto es diferente a la de Diego, pues para él, como generalidad, los connacionales de un mismo país suelen unirse independientemente de otros elementos, de modo que colombianos suelen unirse con colombianos.

Para resumir, en relación con la discriminación, se encontró que, en Canadá, ambos entrevistados se refieren a que, en teoría, los derechos de migrantes y ciudadanos nacidos o no nacidos en el país son iguales. Sin embargo, desde condiciones como el país de origen, el estatus migratorio (refugiado vs inmigrante económico) y la etnia, se marcan límites simbólicos y reales entre quienes son canadienses y quiénes no. Es de anotar, que además se encuentran discriminaciones entre los mismos migrantes, a partir de los elementos mencionados, como la clase social o la etnia.

7.4.1.3.2. Estereotipos sobre los colombianos

En relación con los estereotipos sobre los colombianos, en primer lugar, habría que mencionar la referencia de Irene a que, en general, hay unos estereotipos sobre los “migrantes del sur”, categoría que abarca a los migrantes de los países que en Canadá se consideran subdesarrollados. Estos estereotipos se centran en considerar que las condiciones en que se vive en los países de origen son casi primitivas, consideración vinculada al imaginario de un tercer mundo sumido en el subdesarrollo. Puntualmente, ella alude a los hallazgos de una investigación realizada con migrantes, en la que se encontró que estos, todo el tiempo, debían enfrentar creencias respecto a sus países de origen como que se vive en los árboles o en cuevas, o que han emigrado exclusivamente por la incapacidad de suplir sus necesidades básicas, como la alimentación: literalmente porque estaban “aguantando hambre”. Estos resultados coinciden con lo que ella ha podido observar en las redes sociales, en que se encuentran comentarios ofensivos dirigidos hacia migrantes como “vayan métanse otra vez a vivir en las cuevas donde estaban” (CE2S3).

Puntualmente, en el caso de los colombianos, al igual que en Ecuador, prima el estereotipo del narcotraficante. Irene afirma que puede hablarse de otros asuntos como la producción de café o la presencia de guerrilla, pero la asociación principal del país se hace con el narcotráfico. Así, aunque en términos reales este estereotipo de narcotraficantes puede no afectar las opciones laborales o de otras oportunidades, es frecuente que, en ciertos círculos sociales sean objetos de comentarios o bromas relacionadas con los problemas del narcotráfico y la guerra en Colombia. Dadas estas circunstancias para Irene resulta paradójico que, en algunos casos, haya colombianos que se lucren de este estereotipo, por ejemplo, tomando la figura de Pablo Escobar para generar negocios y obtener recursos económicos, sin considerar las consecuencias de reforzar esta figura para la imagen del país.

7.4.2. Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía

El apartado a continuación aborda las acciones que los migrantes, como sujetos del derecho a la salud, desarrollan para mejorar sus condiciones de vida. Estas acciones en dos vías, la primera, estrategias individuales y colectivas, y la segunda, el ejercicio de su ciudadanía.

7.4.2.1. Estrategias de los migrantes frente a los obstáculos en sus condiciones de vida

En el caso de Canadá pueden situarse las estrategias individuales en el ámbito laboral y las estrategias colectivas tanto en este ámbito como en el de vivienda.

Así pues, a nivel individual puede darse cuenta de tres estrategias: la primera, es realizar estudios en los países de residencia, como forma para facilitarse la entrada al mercado laboral y acceder a mejores condiciones laborales; situación que, se presenta con bastante frecuencia, sobre todo en los últimos años, en la medida en que los países altamente tecnificados o industrializados demandan mano de obra altamente calificada, que responda a sus estándares educativos, y una forma para obtenerla es la de brindar también cualificación a los migrantes. Esto se refleja claramente en el caso de Diego, quien manifiesta que, para él, la mejor opción para acceder a un buen trabajo fue realizar un Certificado en su área de estudio. En términos generales, él afirma que quienes mantienen solo el título académico obtenido en Colombia, así sea de un alto nivel, no logran insertarse de manera satisfactoria en el mercado laboral cualificado y deben resignarse a trabajos en áreas básicas u operativas.

La segunda estrategia, es la realización de trabajo voluntario; según Irene, este es un trabajo que los migrantes con niveles académicos profesionales o superiores usan como medio para obtener la experiencia laboral que no sería posible obtener de manera convencional, por ejemplo, a través de una vinculación laboral pagada y que reconozca el título del país de origen. De esta forma, los migrantes cualificados esperan “acumular” experiencia laboral en su campo de acción, así esta no cumpla con todos los estándares laborales y de remuneración que debería tener. Esto con la esperanza de conseguir trabajos formales en el futuro. Adicionalmente, desarrollar trabajos voluntarios le permite a los migrantes, por demanda de los mismos empleadores canadienses, “conocer” el ambiente y las reglas de juego del mundo laboral, de modo que, a la larga, esto termina siendo beneficioso para los empleadores quienes se evitan tener que realizar procesos de integración e inducción de los migrantes. Finalmente, Irene hace un cuestionamiento ético a este trabajo voluntario, pues para ella, las empresas se benefician económicamente de mano de obra gratuita, pues no incurren en gastos de salario o prestaciones sociales, ni tienen ningún compromiso a mediano o largo plazo con el migrante; ella recalca que “cada vez le sacan más el jugo a los inmigrantes y extienden más el tiempo de trabajo voluntario” (CE2S5).

Como tercera estrategia, Irene plantea que una opción es emprender una actividad económica de manera independiente. Para el caso puntual, ella trabaja en su propia clínica, pero su experiencia le ha permitido ver que otros migrantes colombianos y no colombianos se dedican a diferentes actividades independientes profesionales y no profesionales, que abarcan desde oferta de servicios de salud, comercio y servicios personales.

En cuanto a las estrategias colectivas, se encuentra, tal como en Ecuador, la recurrencia a las redes de personas conocidas y otros migrantes. Lo primero a señalar al respecto, es que Diego resalta la importancia de tener conocidos y un primer contacto en el país de destino, elemento que considera más valioso incluso que tener información vía web o redes sociales. En términos generales, afirma que cuando ha necesitado algo, las personas de allí o que han emigrado antes, le asesoran. Este mecanismo continúa funcionando con nuevas personas en proceso de migración, de modo que cuando saben que alguien va a emigrar inmediatamente se disponen para ayudarlo; él mismo, con base en lo que ha aprendido ha ayudado en la recepción de otros migrantes y lo considera como un acto de reciprocidad por la ayuda que él mismo recibió.

En concreto, en el ámbito laboral, Diego ha obtenido trabajos mediante la recomendación de conocidos, por ejemplo, obtuvo su primer trabajo por medio de un compañero de estudio en ese país. Asimismo, las redes y contactos en el país le han facilitado el proceso de consecución de vivienda, como muestra, inicialmente se instaló con un familiar que vivía en ese país, y ese mismo familiar lo avaló luego para alquilar otra vivienda.

Adicionalmente, menciona la existencia de organizaciones informales de colombianos que se constituyen, por ejemplo, a través de las redes sociales. Él hace referencia particularmente a “solidaridad Colombia” un grupo en redes sociales que congrega colombianos en Canadá con el fin de ser un medio para comunicarse, asesorarse y ayudarse con necesidades concretas como la búsqueda de vivienda.

7.4.2.2. Ejercicio de Ciudadanía

Como se anotó en el capítulo anterior el análisis del ejercicio de la ciudadanía se realiza con base en los tres aspectos propuestos por Barbero (2010): el estatus formal, la identidad y la participación política.

En relación con el primer elemento de análisis de la ciudadanía, el estatus formal, se encuentra que Irene y su familia ya obtuvieron la ciudadanía canadiense, y Diego realizó el proceso para la obtención de la ciudadanía, y está pendiente de la realización de la ceremonia. Diego e Irene afirman que el proceso de obtención de la ciudadanía es fácil, y entre sus requisitos mencionan cumplir con un tiempo mínimo de residencia²³, demostrar en una entrevista la competencia en el idioma (inglés o francés) y presentar un examen escrito sobre Canadá. Diego recuerda que el examen consta de veinte preguntas de selección múltiple, sobre temas como la organización política, geografía y asuntos generales del país; en su opinión es un examen accesible, incluso para quienes no han pasado por el sistema educativo, además para prepararlo les dan un cuadernillo y pueden acceder a un test que está en línea.

Con respecto al tema, es importante señalar que Diego menciona como razones para solicitar la ciudadanía que Canadá es un país “que le abrió sus puertas”, que el pasaporte canadiense tiene respeto y buena acogida en el resto del mundo y, que no necesitaría visa para varios países. Asimismo, aduce que prefirió tener la ciudadanía como una forma de asegurarse, pues el mundo está cambiando muy rápido y hay mucho conflicto, expresa “qué tal que esto [la apertura del país a la migración] algún día se vinagre también y empiece a poner restricciones tan grandes como las están poniendo Estados Unidos u otros países” (CE1S2). Adicionalmente, plantea que la mayoría de los migrantes que él conoce solicitan la ciudadanía y, los que no, son nacionales de países que no permiten a sus ciudadanos tener doble nacionalidad, mientras Colombia si ofrece esa posibilidad, lo que, en su opinión, es una ventaja, pues no quisiera dejar de ser colombiano.

Justamente, el último aspecto da cuenta del siguiente elemento de análisis: la identidad, la cual muestra contraste entre los entrevistados. En el caso de Diego, como se vio, él explicita que no desea dejar de ser colombiano, aunque, otorga un valor de gran importancia a su ciudadanía canadiense y los beneficios que la misma le otorga. Por su parte, Irene resalta el valor que para ella tiene su identidad como colombiana, lo cual, hace tangible a través de su constante preocupación y compromiso con diferentes situaciones del país. Ahora bien, ella también se reconoce junto con su familia como canadienses y enfatiza que

²³ Debido a cambios legislativos, para Irene el tiempo de residencia fue de tres años y para Diego fue de cuatro.

en la actualidad el canadiense no es solo el “blanco anglosajón y nacido en Canadá”. Afirma pues que ha construido un sentimiento de identidad y pertenencia respecto al país, pero que mantiene una posición crítica hacia realidades con las que no se identifica, como aquellas basadas en la herencia del colonialismo inglés en ese país. Por ejemplo, para ella, resulta bastante llamativo el hecho de que en la ceremonia de otorgamiento de la ciudadanía se le exige al nuevo ciudadano comprometerse con la lealtad a la reina de Inglaterra.

En cuanto al tercer aspecto a analizar, la participación política, se encuentra en ambos entrevistados una participación política convencional a través del voto en las elecciones colombianas, además, Diego se desempeñó como jurado de votación en una ocasión. Es de anotar que él solo ha participado en las elecciones de Colombia por no tener aún la ciudadanía canadiense, mientras que Irene ha participado en las elecciones canadienses.

Ahora bien, en el caso de Irene la participación política ha sido un asunto central en su vida tanto en Colombia como en Canadá. En su caso, la importancia de esta participación se debe, por una parte, a su historia y a la de su esposo como defensores de derechos humanos y, por otra parte, ya establecida en Canadá, a su interés en la defensa de los derechos de los migrantes, lo mismo que su preocupación por lo que sigue aconteciendo en Colombia. No obstante, también es este el ámbito en que podría situarse una de las mayores dificultades de su emigración hacia ese país, pues, aunque ella menciona en su relato acercamientos a procesos y eventos en el contexto del activismo por los derechos de los migrantes, también reconoce que no ha podido conectarse y mantenerse en estos procesos debido, primordialmente, a la urgencia de resolver sus necesidades básicas y las de su familia.

Con respecto a estos acercamientos, Irene menciona que asistió al evento *No Boundaries* [no límites, no fronteras], relacionado con el movimiento *No One is Illegal* [nadie es ilegal] en Canadá, así como a un evento de Mujeres de Negro²⁴, en Colombia. Pero, como se dijo, a pesar de su interés no le fue posible articularse de manera permanente a estos espacios. Entre las dificultades para hacerlo, ella recuerda que, a raíz de su asistencia al evento de Mujeres de Negro, se interesó en trabajar el tema de la construcción de paz en

²⁴ Movimiento de mujeres feministas contra la guerra, que, en Colombia nace articulado a la Red Internacional de Mujeres de Negro en agosto de 2000, en conjunción con la Ruta Pacífica de las Mujeres y la Organización Femenina Popular del Magdalena Medio (Corporación Vamos Mujer y Ruta Pacífica de las Mujeres, 2008).

Colombia, desde Canadá, pero se tornó en una tarea muy solitaria, pues no encontró suficiente apoyo desde Colombia, ni la manera para establecer una comunicación constante y construir redes. Además, las conexiones con las que contaba al salir del país, se habían deteriorado por el paso del tiempo y, ella misma no disponía de tiempo para esa tarea pues se enfrentaba a la necesidad de sobrevivir y engancharse a las dinámicas económicas en Canadá.

A pesar de lo anterior, Irene se ha esforzado por continuar con los procesos de ayuda a poblaciones vulnerables y de visibilización de situaciones que atentan contra los migrantes o contra Colombia, por ejemplo, con su trabajo voluntario en salud con personas migrantes y de la tercera edad, así como su protesta, como parte de la comunidad latina, ante la instalación, en Toronto, del “Bar Escobar”, establecimiento cuyo nombre hace apología al narcotraficante colombiano.

Finalmente, Irene destaca que su esposo y ella extrañan los espacios deliberativos que tenían en Colombia, la posibilidad de pensar, de discutir, pues en Canadá les ha resultado complicado encontrar esos espacios dado que la prioridad de quienes conoce, es la sobrevivencia. En este sentido, habría que decir que, del análisis del relato de Irene, se depende que su alejamiento del ámbito de la participación política no convencional ha sido una de sus grandes pérdidas al emigrar. Así, mientras en Colombia, la defensa y garantía de los derechos humanos, se conjugaba con su trabajo, en Canadá, el ritmo de vida, las necesidades económicas, la lejanía de sus conexiones en Colombia y la ausencia de un espacio deliberativo común, han sido obstáculos significativos que le han impedido contar con esa posibilidad.

Con este tema se ha finalizado la exposición de los principales aspectos constitutivos de la experiencia migratoria e Diego e Irene, con base en los cuales se presentará al lector el apartado de consideraciones finales de este capítulo.

7.5. Consideraciones Finales

El presente capítulo ha dado cuenta de la vivencia del derecho a la salud de Irene y Diego, en el contexto de sus experiencias migratorias en Canadá. Desde lo presentado, se evidencia que, en el caso de los dos entrevistados, su migración e instalación en ese país les ha permitido mejorar aspectos de sus condiciones de vida, en comparación con aquellas que tenían en Colombia o que pudieran haber tenido, por ejemplo, en relación con la seguridad o las oportunidades laborales, lo que contribuiría a su derecho a la salud. No obstante, los resultados también revelan que su condición de migrantes implica que se encuentren en condiciones de desigualdad frente a los nacionales de ese país, entre otros aspectos, en la jerarquía ocupacional a la que pueden aspirar o por enfrentarse a situaciones de discriminación.

Ahora bien, habría que señalar también que, tal como en Ecuador, esta vivencia está marcada por elementos que corresponden a los planos macro, meso y micro que se concretan en los ámbitos de lo general, lo particular y lo singular (Castellanos, 1998). Retomando este enfoque, se consideran como elementos del plano macro, las tendencias globales en relación con las políticas migratorias y sanitarias, así como la historia de las políticas migratorias canadienses. En el plano meso, se presentan como elementos aquellos del orden nacional, en términos de legislación en migración y salud, la implementación de ambas, los valores sociales asociados con la migración y, los aspectos concretos en términos de atención en salud y determinantes sociales de la salud para los migrantes. Para cerrar, en los elementos del plano micro se analizan las condiciones singulares de Diego e Irene, estas contemplan los aspectos de su vida antes de su emigración, las circunstancias de emigración, las condiciones de vida actuales y, sus acciones como sujetos de derecho.

En ese orden de ideas, se inicia con el primer elemento del plano macro, las tendencias mundiales. Sin embargo, teniendo en cuenta que estas ya fueron abordadas en las consideraciones finales del capítulo correspondiente a Ecuador, a continuación, solo se presentará el principal aspecto de cada una, desarrollando más bien, la forma cómo Canadá, como país del norte global, se ha relacionado con esas tendencias.

En este orden de ideas, la primera tendencia mundial en el ámbito migratorio se caracteriza por la orientación a la selectividad o filtración de las personas que pueden migrar

a nivel global o que pueden ingresar a ciertos países de destino; lo anterior, desde una lógica securitista vinculada a los acontecimientos del 11 de septiembre de 2001 (Agudelo, 2013; Herrera-Lasso y Artola, 2011). Justamente, a raíz de estos acontecimientos se establece una tendencia predominantemente securitista en Norteamérica, con la presión, en ese momento, de George W. Bush (presidente estadounidense) para endurecer las políticas migratorias no solo estadounidenses sino de sus países vecinos, México y Canadá. Pues, además, en su opinión, las políticas canadienses desde el multiculturalismo eran un peligro para la seguridad nacional estadounidense (Beaudoin, 2016). Esa presión resultó en que las políticas fronterizas de Canadá pasaran de un enfoque orientado al comercio a otro en que el centro era la seguridad (Gilbert, 2007), situación que además se vio reforzada con el gobierno de Stephen Harper (2006-2015).

En relación con el tema, es de anotar que, en términos generales, luego de los atentados del 11 de septiembre, la seguridad era central para Estados Unidos, no solamente en su territorio sino a nivel mundial, por tanto, presionó para que otros países asumieran esa doctrina, subsumiendo toda negociación comercial con otro país a la adopción de medidas en temas de seguridad (Beaudoin, 2016). Ahora bien, en el caso concreto de Canadá, esta colaboración no fue traumática por varias razones: porque la colaboración entre los dos países precedía a los ataques, porque a diferencia de México (el otro país fronterizo) en Canadá no había una opinión pública antiestadounidense que obstaculizara la cooperación gubernamental, y porque para Canadá, la seguridad estadounidense aportaba a su propia seguridad. Incluso, además de la colaboración con agencias estadounidenses, Canadá creó y reforzó sus propias instituciones de seguridad nacional (Benítez y Rodríguez, 2006).

De esta manera, en pos de la seguridad norteamericana, se establecieron convenios entre los tres países (Canadá –México – Estados Unidos), como el Acuerdo de fronteras inteligentes en diciembre de 2001 y 2002, y la Alianza para la Seguridad y la Prosperidad de América del Norte (ASPAN) en 2005. Estos acuerdos establecían el intercambio de información de inteligencia y la coordinación en materia de migración, por ejemplo, con mejoras en la infraestructura fronteriza y la conformación de equipos integrados de manejo de la frontera (Benítez y Rodríguez, 2006). Adicionalmente, como se dijo, Canadá también reforzó su seguridad a nivel interno y creó la Cartera de Seguridad Pública y Protección Civil

de Canadá (PSEPC), en diciembre de 2003, que tiene entre sus dependencias la Agencia de Servicios Fronterizos de Canadá (Government of Canada, 2004).

De otro lado, deben contemplarse también los acuerdos que cubren otras áreas de la migración, particularmente, sobre el tema de esta investigación, es necesario referenciar el “Acuerdo del Tercer País Seguro” entre Canadá y Estados Unidos, firmado en 2004. Este acuerdo establece que cuando alguien desee aplicar a una solicitud de refugio debe hacerla al primer país al que llegue, situación que afectó a migrantes de varias nacionalidades, incluidos los colombianos, quienes frecuentemente ingresan a Canadá a través de Estados Unidos, de manera que el asilo, en ese caso, debería solicitarse en Estados Unidos²⁵ (Beaudoin, 2016).

La segunda tendencia a nivel mundial, ya también mencionada en el capítulo previo, son los movimientos de reivindicación de los derechos de los migrantes, que surgen en oposición a la primera tendencia presentada. En estos, en relación con Canadá, es de resaltar el movimiento “No One is Illegal”²⁶ que, como se presentó anteriormente, pugna porque no se judicialice y estigmatice a los migrantes por su estatus migratorio y, por lograr que el término “ilegal” no sea usado para referirse a los migrantes. Este movimiento ha tomado fuerza en Canadá, donde cuenta con colectivos establecidos en varias ciudades como Vancouver, Toronto, Halifax, Ottawa y Montreal, entre otras. Como movimiento en Canadá se da como respuesta a la securitización de la migración, con el objetivo, entre otros, de acabar con las detenciones y deportaciones, y conseguir la implementación de un programa de regularización completo e inclusivo para todas las personas sin estatus migratorio (No One Is Illegal-Toronto, 2010). Como particularidad, a diferencia de otras redes de derechos de migrantes en Canadá, este movimiento se mantiene en colectivos a nivel provincial con un sistema de coordinación. Adicionalmente, estos colectivos tienen alianzas con otros grupos de organizaciones de justicia migrante como “Justicia para Trabajadores Migrantes” y “Solidarity Across Borders” (Fortier, 2012).

²⁵ Al respecto, debe señalarse también que en julio de 2020, un tribunal Federal canadiense anuló este acuerdo, por considerar que Estados Unidos ya no es un lugar seguro para los solicitantes de asilo, pero, recientemente, el gobierno canadiense ha impugnado esta anulación, proceso que está pendiente.

²⁶ Vale la pena recordar que este movimiento ha sido del interés de Irene y, el mismo, ha influenciado su visión sobre los movimientos migratorios.

El segundo elemento del plano macro a desarrollar, es el constituido por el contexto histórico de las políticas migratorias canadienses, pues como se dijo en el capítulo anterior, la influencia de estas permanece en el abordaje de la migración en los países y en las percepciones de la población en general con respecto a esta.

Sobre este elemento se encuentra que, hasta las décadas de los 60 y 70, la política migratoria canadiense fue, en general, abiertamente racista, restrictiva y discriminatoria, particularmente con base en motivos de etnia y nacionalidad. Abordaje que se justificaba en que la posibilidad de inmigrar al país debía promoverse para aquellos que podían integrarse mejor a la sociedad, y debía negarse a quienes no, entre los que incluían nacionalidades precisas, como la china. Como ejemplo de esto, la ley de 1910 establecía que debía rechazarse la entrada de las personas de razas “no aptas” para el clima o requisitos de Canadá. Particularmente, para los ciudadanos chinos, se estableció la Ley de la Inmigración China en 1923, con el objetivo de reducir esta migración. Como resultado, entre 1923 y 1947, solo pudieron instalarse en el país 50 ciudadanos de nacionalidad china. Adicionalmente, en casos, como los de estadounidenses afroamericanos, si bien la ley no planteaba explícitamente restricciones para su ingreso, a nivel de las oficinas migratorias, frecuentemente, se alteraban los procedimientos para que ellos fueran rechazados (Beaudoin, 2016).

Esta situación empezó a cambiar con el nombramiento, en 1958, de Ellen Fairclough como ministra de inmigración, quien buscó acabar con estas políticas racistas y discriminatorias. A esto se sumó la promulgación, en 1960, de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades que condenaba la discriminación, de manera que las políticas migratorias, vigentes en ese momento, no eran coherentes con esta carta y debían ser actualizadas. En este contexto, en 1963, Lester Bowles Pearson, del partido liberal, fue elegido Primer Ministro y durante su gobierno eliminó los restos de las políticas migratorias racistas de Canadá (Beaudoin, 2016).

En este sentido, hasta 1967, el proceso de selección de migrantes se basó en criterios como el país de origen, instaurando así un sistema canadiense fundado en la distinción entre “países preferidos” y “países no preferidos”. Este sistema derivaba en que para el ingreso a Canadá de los ciudadanos de los países preferidos no se ponía casi ninguna restricción, mientras para aquellos de los países no preferidos, abundaban las restricciones (La Spina,

2019). Como se dijo, esta forma de selección cambió con las reformas legislativas de inmigración en los 60's y 70's, desde las cuales se reemplazó por un sistema de puntos basado en criterios como el nivel educativo, el idioma y la experiencia laboral, etc. (Peña, 2016).

Ahora bien, es necesario señalar que esto no implica que desde ese momento la política migratoria canadiense haya sido totalmente abierta y equitativa, pues desde los 90' se empezó a gestar un movimiento de derecha con tendencia conservadora y xenófoba, que luego derivó en el partido político de la alianza canadiense y más adelante se fusionó con el partido progresista conservador, formando el partido conservador, cuyo representante, Stephen Harper, se desempeñó como primer ministro de Canadá durante el periodo de 2006 a 2015 (Beaudoin, 2016). En medio de este gobierno se impusieron, nuevamente, restricciones a la migración, incluso, para los solicitantes de asilo. De acuerdo con Peña (2016), a este gobierno se le critica que deshumanizó el proceso de selección de inmigrantes, pues su énfasis estaba en privilegiar aquellos migrantes que podían hacer una contribución inmediata a la economía de Canadá. Como ejemplo de esto, se tiene el proyecto de ley C-50 de 2008 que buscaba promover, primordialmente, la migración de personas altamente calificadas y estudiantes internacionales, en detrimento de otros tipos de migración, como la de reunificación familiar o humanitaria, situación que fue mencionada por Irene.

De otro lado, más allá de estos cambios en la orientación de las políticas migratorias, este país explicita su apuesta por el multiculturalismo, que deriva, como se ha dicho, en políticas más abiertas a la migración. Sobre este, cabe anotar que se instauró como política oficial en 1971, bajo el gobierno del primer ministro Pierre Trudeau y, en 1988, se estableció como la Ley para la Preservación y el Fomento del Multiculturalismo: Ley del Multiculturalismo Canadiense. Lo anterior, convirtió a Canadá en el primer país del mundo en adoptar oficialmente una legislación para promover y proteger a la población diversa (Beaudoin, 2016; Peña, 2016).

Adicionalmente, es de anotar que el multiculturalismo se ha planteado como un elemento fundamental de la identidad canadiense, lo que ha contribuido a la construcción de una imagen de Canadá como un lugar hospitalario y acogedor para los migrantes, un país donde diversas culturas conviven armoniosamente, y un actor internacional magnánimo, por

ejemplo, para quienes buscan asilo. Esta imagen, a su vez, ha operado como un factor de atracción para la migración de mano de obra calificada a ese país (Beaudoin, 2016).

No obstante, el multiculturalismo y otros valores asociados tienen importantes limitaciones. De acuerdo con Beaudoin (2016), a pesar de su centralidad en este país, no hay una definición clara de cómo se concibe el multiculturalismo y, desde allí, cuál es la sociedad que propone. Se trata de un concepto con poco contenido que puede adecuarse a los intereses o las preocupaciones de las administraciones encargadas de ponerlo en práctica. Además, en el caso particular de los migrantes, se encuentra una discrepancia entre la imagen del lugar hospitalario y magnánimo, y la experiencia de los migrantes latinos que se instalan en él (Beaudoin, 2016).

Por otra parte, en cuanto a las tendencias globales en materia de salud, es necesario retomar en este punto la tensión ya explicitada entre salud como derecho y salud como bien de mercado. En el caso canadiense, puede pensarse que ha existido históricamente una inclinación a considerar la salud como un derecho, esto en el marco de las reformas sanitarias emprendidas desde la década de los 60's que han derivado en la configuración de un sistema de salud unificado, público y universal. Igualmente, dentro de los documentos e informes de salud se ha resaltado notablemente la importancia de los determinantes sociales de la salud. No en vano, es en Canadá donde este enfoque de determinantes tiene uno de sus hitos más importantes, con el Informe Lalonde de 1974, que en aras de establecer las causas de enfermedad y muerte de los canadienses resultó en uno de los grandes hitos globales de la salud pública, al proponer cuatro grandes determinantes de la salud individual y colectiva: el medio ambiente, los estilos de vida, la biología y la atención sanitaria (Villar, 2011).

Además de esto, a nivel federal y provincial se cuenta con diversos programas sociales que contribuyen a la mejora o, por lo menos, sostenimiento, de los determinantes sociales de la salud para aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, bien sea por condiciones intrínsecas como el género o el ciclo de vida, o por condiciones circunstanciales como la pérdida del empleo. Debe recordarse, adicionalmente que Canadá ha sido receptor e impulsor de los sistemas de protección social europeos del *Welfare State*, principalmente el británico, y que el sistema de salud canadiense ha planteado como sus principios la administración pública, universalidad, integralidad, accesibilidad y portabilidad.

Como punto de cierre es necesario resaltar que, pese a que Canadá ha desarrollado un sistema de salud con las características anteriormente señaladas, y el cual ha incidido positivamente sobre las condiciones de salud de la población, resulta llamativo que en los ordenamientos jurídicos del país no sea considerada un derecho.

Pasando a los elementos del plano meso, el primer elemento a analizar es la orientación legislativa en materia migratoria en Canadá. Al respecto, debe señalarse que la política migratoria en ese país se fundamenta en dos objetivos principales: primero, garantizar que Canadá obtenga el mayor beneficio de la migración y, segundo, el bienestar e integración del migrante (Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados, 2001/2018). Ahora bien, el análisis de la normatividad no se logra establecer muy claramente la concreción de estos dos objetivos, y lo que se encuentra en la práctica es un énfasis en los procedimientos administrativos sobre los procesos migratorios, por ejemplo, procedimientos de solicitud de residencia o asilo, tipos de migrantes, etc. Incluso temas como las razones para la inadmisión de migrantes que, en el fondo, reflejan quiénes son los migrantes considerados riesgosos y cuáles los deseados, son tratados de manera procedimental.

Ahora bien, en términos de la legislación migratoria canadiense, también habría que decir que esta puede caracterizarse como selectiva. Según Peña (2016) este es un sistema, principalmente, orientado a aprovechar al máximo el capital humano de los migrantes bajo criterios como el nivel educativo, la edad, las posibilidades de insertarse en el mercado laboral y el idioma, entre otros, privilegiando así, el ingreso al país de aquellos migrantes que serán económicamente productivos en el menor tiempo posible después de su llegada.

Desde dicha lógica selectiva, se encuentra entonces, que hay unos migrantes que resultan “más llamativos” para ese país, motivo por el cual se alienta su inmigración. Estos migrantes son quienes pueden representar para el país niveles importantes de productividad y de fácil adaptación, de manera que, como se ha mencionado anteriormente, “no requieren grandes inversiones”. Diego reitera esta situación y agrega que además de productiva, se espera que la población migrante sea reproductiva. Esto coincide con lo planteado por Canales (2017), quien señala que en la migración actual se buscan migrantes que cubran mano de obra en lo productivo y en lo reproductivo, personas para compensar las necesidades demográficas y económicas derivadas de circunstancias como las bajas tasas de natalidad y

el incremento de población adulta mayor que ha cesado su aporte productivo, y que, por lo tanto, más que contribuir a los sistemas de seguridad social, representan una “carga”.

La otra cara de la moneda es la representada por el migrante “riesgoso” y/o “improductivo”, en términos de representar amenazas a la seguridad, a la salubridad nacional o a la sostenibilidad de los sistemas de protección social. Particularmente, en el caso de la salud, de acuerdo con La Spina (2019), esto corresponde con un paradigma basado en la idea de que las personas migrantes enfermas, o que pudieran requerir asistencia pública excesiva, por sus condiciones de salud o la escasez de recursos económicos, representan una amenaza para los países de destino. Además, con una paradoja: el estado de salud de los migrantes no es importante por sí mismo, sino, en la medida en que pueda afectar la salud o la seguridad pública; así, el centro no es la salud del migrante sino de la sociedad a la que inmigra.

El segundo elemento a considerar en este plano meso son los valores sociales asociados a la migración.

Al respecto, debe recordarse que la Ley Canadiense de Derechos Humanos (1985/2017) desarrolla minuciosamente la apuesta por la no discriminación en Canadá, incluyendo la explicitación de los motivos y las formas que puede tomar esa discriminación, como por razones de género, etnia, etc. y cómo ninguna es permitida en ese país. De igual forma, el imaginario de una identidad multicultural canadiense parece excluir que se den situaciones de discriminación o racismo en Canadá. De manera que, en general, el sentimiento es que se está en un país hospitalario en que pueden alcanzarse mejores condiciones de vida, no solo en comparación con aquellas de los países de origen sino con las de otros países receptores como Estados Unidos (Peña, 2016). Adicionalmente, como expresó Diego, las situaciones de discriminación no se expresan directamente. Todo lo anterior, lleva a que actos de racismo y discriminación en ese país no sean visibles y no se reconozcan como tal, además porque no se considera adecuado señalarlos y cuestionar a la sociedad, tal como lo expresaba Irene. Tal vez, porque esto sería cuestionar la hospitalidad y magnanimidad canadienses y, en última medida, cuestionar el multiculturalismo mismo.

No obstante, como mostraron los relatos y las críticas que se han hecho al multiculturalismo, el ideal de un país sin discriminación de ningún tipo riñe con la experiencia de algunos migrantes. Pero, cuando suceden actos de racismo y discriminación

que son inaceptables en ese país, se interpretan en un contexto particular o un razonamiento que los justifique, por ejemplo, argumentando que no existe el racismo, pero si se ven sesgos racistas en algunas personas (Peña, 2016), como se vio en uno de los planteamientos de Irene. O con razonamientos como el de Diego, al referirse a que es diferente en Estados Unidos que es un país hostil, en el que miran a todos los migrantes como si fueran “ilegales”, en comparación con Canadá que es un país con apertura y disposición para los migrantes. Este razonamiento es señalado por Peña (2016), al decir que:

Al elegir Canadá sobre los Estados Unidos como destino, los migrantes adoptan una narrativa que abarca todo, desde la negación del racismo en Canadá hasta el reconocimiento de formas más sutiles de racismo multicultural como prácticas normales en una sociedad multicultural. (p. 29).

En situaciones concretas, habría que mencionar el señalamiento de Diego acerca de la estratificación ocupacional que se da por el lugar de origen y ascendencia. Asunto señalado también por Peña (2016), quien sostiene que, en la jerarquía ocupacional, los puestos más altos son para los canadienses no para los inmigrantes recién llegados ni para los de primera o segunda generación, y en términos de segmentación ocupacional, los migrantes de América Latina se concentran en el sector de la salud, servicios de apoyo del sector financiero, y servicios de limpieza.

Estas situaciones se dan mediante barreras no explícitas para el ingreso laboral, como el discurso de la experiencia canadiense, que opera particularmente en el mercado laboral de Toronto. De acuerdo con Peña (2016) este discurso se usa para justificar prácticas discriminatorias por parte de los empleadores, en términos no racistas o xenófobos. Lo anterior, porque lo que se hace es restringir el ingreso o ascenso laboral a los migrantes aduciendo razones como que no tienen experiencia laboral en Canadá o desconocen la forma en que funciona el mercado laboral en Toronto. Por lo tanto, requieren un proceso de aprendizaje y el desarrollo de habilidades interpersonales antes de ingresar al mercado laboral u ocupar jerarquías más altas en la escala ocupacional. Es de anotar, que estas habilidades interpersonales están vinculadas con la cultura canadiense y contemplan aspectos como la forma de vestir, el código de etiqueta, el respeto por el espacio interpersonal de los demás,

los temas de conversación apropiados, etc. (Peña, 2016). Por tanto, el migrante requiere un proceso, si se quiere, de socialización para incorporarlas.

En relación con las situaciones de discriminación, debe destacarse también las dificultades con el idioma. Esto, pues si bien, a primera vista podría pensarse que se trata de una diferencia entre países a la que no habría que darle más sentido, la experiencia de Diego e Irene muestra que no es así, primero, porque esas dificultades afectan las posibilidades laborales y educativas de los migrantes. Segundo, porque no se trata de que estas dificultades sean solo por su aprendizaje y desempeño, sino porque características como el acento se toman como un rasgo distintivo para identificar a quien “no es canadiense”. Tercero, el veto a hablar español, el cual Irene interpreta como un intento de cercenar la cultura de los migrantes. Adicionalmente, habría que preguntarse si es trivial que el programa de aprendizaje del idioma se llame “francisación”, esto es, si se trata solamente de un asunto de idioma o de adaptación a la cultura en general.

Asimismo, es necesario recordar que, de acuerdo con los entrevistados, la discriminación no se da contra todos los migrantes, sino que se dirige principalmente a los “migrantes del sur”, a quienes se califica como inferiores y, no puede obviarse que esa calificación, se vincula con considerar inferiores aquellos países que constituyen el sur, partiendo de la imagen de que las condiciones de vida en estos son primitivas y extremadamente precarias.

Así, sobre los valores sociales asociados a la migración, habría que decir, en términos generales, que en Canadá se presenta discriminación contra los migrantes, pues aunque no se explicita ni se reconozca abiertamente, usted “es o no canadiense” y ser canadiense se vincula con ser blanco, no solo como un color de piel, sino como la conjunción de unas características que incluyen la etnia pero también contemplan el nivel socioeconómico y educativo, el país de origen, la adaptación a la cultura, etc. Aunque también debe subrayarse que, en coherencia con un país que se declara multicultural, la discriminación no es aceptada, por lo que como lo señaló Diego, también se cuenta con opciones para sancionar y desalentar esas situaciones.

Pasando al siguiente elemento, la concreción del derecho a la salud en este país, cabe recordar que, aunque Canadá este no se encuentra explícito a nivel normativo, el país cuenta con un sistema de salud con cobertura universal, basado en APS, financiado con fondos

estatales y regulado también por el Estado, lo que, durante algunas décadas, le ha valido el reconocimiento de sistema de salud garantista y de buen nivel. Ahora bien, también es cierto que, durante los últimos años, han emergido con fuerza los cuestionamientos a la financiación estatal, a la universalidad, y al gasto generado por el sistema, lo que, a su vez, ha permitido un protagonismo mayor de los aseguradores y prestadores en salud privados, que como se ha visto, llegan a complementar algunos servicios que el sistema no cubre o cuya asignación presenta problemas como las demoras (Denis, Lamothe, Langley y Guérard, 2010). Así pues, algunos autores plantean que, aunque el derecho a la salud no esté formalmente reconocido en Canadá, las reformas de las cuales ha venido siendo objeto el sistema de salud en los últimos años, representan retrocesos frente al mismo (Bhatia, 2010; Forti, 2010).

Ahora bien, en cuanto a la concreción de este derecho, particularmente, para los migrantes, se encuentra que dadas sus condiciones culturales, sociales y económicas particulares, estos experimentan importantes dificultades en esta concreción. Además, como se ha anotado, en ocasiones, padecen enfermedades con la que han llegado desde su país de origen o que han adquirido en su proceso migratorio, al mismo tiempo que experimentan mayores dificultades en el acceso a los servicios (Burgos y Parvic, 2010; OIM, 2020; Torres y Garcés, 2013).

Estos han sido los elementos del plano meso en migración y salud en Canadá, desde los cuales puede concluirse que, tal como en Ecuador, se encuentran importantes tensiones pendientes de resolver en asuntos como la discriminación hacia los migrantes, sus derechos y la garantía de sus condiciones de vida. Todo esto en el marco de valores como el multiculturalismo, el respeto a la diversidad y la apertura a la migración.

De otro lado, como se ha señalado en el apartado, los elementos del plano macro y meso, interactúan entre sí y, a su vez, con los del plano micro, correspondientes a los aspectos singulares de los entrevistados. Estos elementos del plano micro que serán abordados a continuación incluyen aspectos de la vida previa al proceso migratorio, circunstancias de emigración y condiciones de vida actuales.

En relación con los aspectos de la vida previa al proceso migratorio, se encuentra que, Irene y Diego compartían condiciones similares como un nivel educativo, social y económico adecuado. No obstante, también muestran diferencias: en el caso de Diego, aunque el nivel

de calificación laboral obtenido en Colombia le permitió ser seleccionado para emigrar a Canadá y además preparase en francés, se encontraba en un momento de su vida laboral en que no veía perspectivas estables a futuro. Por su parte, Irene, si tenía esas posibilidades a futuro desde la estabilidad de su vida profesional y familiar, pero tuvo que renunciar a estas y salir del país para mantenerse a salvo con su familia.

A pesar de lo anterior, Irene afirma que ella y su familia fueron privilegiados pues en Colombia eran luchadores sociales, y esto les permitió contar con redes y apoyo, así como tener capacidad de lucha, resistencia y resiliencia, que fueron vitales para sobreponerse a las adversidades en su emigración e instalación en Canadá. Más allá de sus propias vivencias, también desde los casos que conoce, Irene resalta la importancia de las condiciones anteriores a la migración en el desenlace de esta. Ella plantea que la migración es completamente diferente “si se es un campesino, un obrero o si se había estado en la universidad, tenido algún posicionamiento social, conexiones o redes” (CE2S1). Asimismo, plantea que emigrar es más sencillo para las personas con una visión cosmopolita del mundo, quienes desde su niñez salieron del país a estudiar, a hacer posgrados, a viajar con sus familias, de manera que han vivido más fuera que dentro del país, y que además no salieron de este producto de la guerra, el conflicto armado o la situación económica.

Como segundo elemento a considerar están las circunstancias de emigración de Diego e Irene que, como se dijo, contemplan la motivación para emigrar, el estatus y la documentación migratoria. En cuanto a las motivaciones para emigrar, lo primero a decir, es que los entrevistados expresan que emigrar no hacía parte de sus proyectos de vida. Para Diego, surge como opción al ver que sus oportunidades laborales en Colombia, se estaban reduciendo; en coincidencia, emigró como trabajador calificado, convirtiéndose como tantos otros migrantes sur/norte en un migrante económico (Castles, 2000; CEPAL, 2008; OIM, 2013a; Pellegrino, 2000; Tapinos, 2000; Urzúa, 2000). En el caso de Irene, como se ha dicho, ella y su familia se vieron obligados a dejar el país debido a amenazas y violencia contra su esposo. Así, emigran en el contexto de una migración forzada, otra de las razones muy señaladas en la migración del sur al norte (Pellegrino, 2000).

En lo relativo al estatus y documentación migratoria se encuentra que ambos entrevistados han accedido a estatus regulares con documentación. En ambos casos,

ingresaron al país con su situación migratoria resuelta: Diego ingresó con su carta de aceptación de Quebec que avalaba su ingreso y solicitud de visa de residencia, e Irene llegó como persona en protección internacional. Además, cabe anotar que ambos son hoy en día ciudadanos canadienses.

Así pues, aunque en este caso no se encuentran grandes desigualdades en sus condiciones de vida antes de emigrar, si puede pensarse en que esa vida anterior, así como las condiciones en que emigraron, marcan sus condiciones y aspiraciones actuales. En el caso de Diego, emigrar como trabajador calificado para el área de Quebec le ha permitido acceder a opciones como subsidios para estudio y apoyos para alcanzar la competencia del idioma, y desde allí, acceder al mercado laboral con el reconocimiento de su nivel educativo. Adicionalmente, él mismo manifiesta que su motivación para permanecer en Canadá es económica. Por su parte, en el caso de Irene, su emigración como persona en situación de protección internacional implicaba que fuera receptora de subsidios del gobierno canadiense, pero, como ella misma resalta, estos no fueron un regalo, pues debían ser posteriormente reembolsados, al tiempo que, al inicio, limitaron sus oportunidades laborales y educativas. Adicionalmente, ella plantea una tensión en su vida, pues, aunque se siente privilegiada por lo obtenido en ese país, siente también que su emigración le generó importantes pérdidas respecto a la forma en que vivía en Colombia, por ejemplo, en materia del activismo propio y de su esposo en Derechos Humanos, el cual no han podido desarrollar en su nueva vida.

De otro lado, tal como en las condiciones previas a la migración, ambos entrevistados hacen referencia a las consecuencias diferenciales que generan, para otros migrantes, las circunstancias de emigración. Al respecto, Diego expresa que sus condiciones no son las mismas de quienes han tenido que salir de Colombia huyendo, inesperadamente, y abandonando sus propiedades, situación que él considera mucho más difícil. De igual forma, plantea que son más duras las condiciones para quienes viven indocumentados o irregulares en Estados Unidos o cualquier otro país, por ejemplo, por las dificultades para conseguir empleo, de lo cual además se derivan diversas consecuencias para el migrante, como el acceso restringido a la salud y otras necesidades de primera mano.

Volviendo al relato de Irene, ella se siente afortunada también en comparación con otras personas que han huido de Colombia en medio del conflicto, quienes han debido

experimentar sufrimientos intensos, por la pérdida de familiares o por experiencias traumáticas como las masacres. Siente también que sus condiciones han sido mejores que las de otros solicitantes de refugio, por ejemplo, quienes ingresan al país por vía terrestre, que en caso de ser admitidos pueden experimentar menor apoyo estatal, o en el peor de los casos ser devueltos a sus países de origen. Además, menciona, como compleja la situación de los migrantes latinoamericanos irregulares que pasan a diario las fronteras por medio de coyotes, enfrentando situaciones como la violencia sexual y las consecuencias que esta acarrea.

El siguiente elemento a considerar son las condiciones de vida de los entrevistados en Canadá, en las que pueden encontrarse condiciones más difíciles en el caso de Irene, derivadas directamente de sus circunstancias de migración. Al respecto, debe aclararse que, aunque tanto Irene como Diego cuentan con unas condiciones de vida adecuadas, al retomar los relatos, es Irene quien muestra más dificultades en varias áreas. Entre estas, ella y su familia se vieron enfrentados a desempeñarse en “trabajos debajo de la mesa” asociados con la irregularidad, y debieron recurrir a la recolección de enseres en la calle y a ayudas sociales, como los bancos de alimentos. Su esposo debió renunciar a su vocación para trabajar en un empleo operativo en pos de garantizar el sustento económico de su familia, y el afán por garantizar las condiciones mínimas de alimentación y vivienda, los llevó a enfocarse en el trabajo y en el sostenimiento diario, teniendo que abandonar asuntos tan importantes como el acompañamiento a la crianza de su hijo menor. Además, Irene da cuenta de consecuencias negativas en su salud originadas en la manera como se vio obligada a salir de Colombia.

Por su parte, en el caso de Diego, aunque no puede hablarse de condiciones privilegiadas o insuperables, desde la voluntariedad y preparación que tuvo para su migración encontró algunas ventajas: llegó a instalarse en el país contando con el apoyo de una red social, y a su ingreso pudo acceder a programas de formación que le permitieron luego acceder al mercado laboral de manera regular. Además, en el ámbito de la salud, resalta que la migración ha tenido para él un impacto positivo, pues su nivel de estrés es menor que en Colombia.

Ahora bien, como se dijo, dentro de estas condiciones de vida, se consideran también las acciones de los entrevistados como sujetos de derecho. Estas acciones se abordaron en el

capítulo en dos grandes aspectos: las estrategias individuales y colectivas, y el ejercicio de ciudadanía.

En el primer aspecto, se destaca que, en las estrategias individuales, son centrales aquellas que contribuyen al acceso al mercado laboral, tales como, la homologación de títulos académicos, procesos de capacitación, perfeccionamiento del idioma, e incluso realización de trabajo voluntario. Lo anterior, refuerza la idea de que el ámbito laboral es central en la instalación de los migrantes en sus países de destino. Con respecto a las estrategias colectivas, aparecen de nuevo el recurso a las redes sociales constituidas y la construcción de nuevas redes, que derivan en apoyo social para el migrante, realzando la idea de este como un factor protector (Zarza y Sobrino, 2007; Rojas, 2008), en el caso de Diego, incluso en el periodo de preparación de la migración. Él además se refiere a lo que podría denominarse una “cadena de apoyo social” en que quien ha sido ayudado se torna en un nuevo eslabón que puede ayudar a quienes inmigran.

En cuanto al ejercicio de ciudadanía, en sus tres elementos de análisis: el estatus formal, la identidad y la participación política se destaca lo presentado a continuación. En relación con el estatus formal de ciudadanos, en Canadá ambos entrevistados cuentan con la ciudadanía canadiense. Ahora bien, más allá del estatus formal que ostentan los entrevistados, debe subrayarse una de las razones de Diego para solicitar la ciudadanía canadiense: que los contextos de los países pueden cambiar y puede afectarse negativamente la condición de los migrantes. Esto puede indicar que la ciudadanía no solo se concibe como mecanismo de garantía de los derechos ciudadanos, sino que viene a acabar con una especie de incertidumbre en la vida de los migrantes, aquella incertidumbre de si van a poder mantener las posibilidades con las que cuentan, incluida, la posibilidad de residir en el país. Razón de peso, aún más cuando, como se evidenció en el capítulo, la situación y aceptación de los migrantes en los países de destino pueden estar sujetas a las voluntades políticas, contextos y coyunturas de estos países.

Con respecto a la identidad, quien sigue más ligada a la identidad colombiana es Irene, lo que para ella se debe a su situación como exiliada; enfatiza que tiene una conexión muy fuerte con Colombia, y que esa es una constante en quienes han sido obligados a salir del país pues “se quedan con un pie en Colombia y otro en su país de destino” (CE2S3).

Asimismo, se destaca en ella el señalamiento de que ha construido una identidad canadiense desde una pertenencia crítica, que la hace ver y cuestionar aquellas circunstancias con que no se identifica. Esto es de resaltar, pues si bien ella reconoce las posibilidades que le ha dado Canadá y los beneficios de vivir allí, esto no ha llevado a que su actitud sea de complacencia con las situaciones que afectan negativamente a los migrantes y otras minorías en ese país. En contraste, él conserva aún un fuerte arraigo por su identidad colombiana y considera su identidad y rol como ciudadano canadiense como asuntos primordialmente estratégicos, tales como la estabilidad laboral y económica, opciones de ascenso social y reconocimiento internacional.

Finalmente, en la participación política, tal como se vio, esta muestra diferencias en los entrevistados. En Diego se ha limitado a los procesos electorales, mientras en Irene, por lo menos en su interés, abarca un campo más amplio, a pesar de que no ha podido concretarse totalmente. No obstante, es de resaltar que en su relato se percibe todo el tiempo la conexión y preocupación por las condiciones de Colombia, lo que además ella misma subraya en varias ocasiones.

Luego del análisis de los elementos del plano micro, puede concluirse que quienes han salido forzosamente de sus países se ven enfrentados a consecuencias como los sacrificios en sus ámbitos centrales de vida. En este caso, Irene y su familia se ven restringidos a la supervivencia por encima de sus intereses sociales; de manera que, sus propias elecciones de vida se vieron truncadas por la necesidad de sobrevivir en otro país. De otro lado, justamente en consideración del ámbito de lo singular, debe resaltarse que la experiencia de los entrevistados y de otros migrantes que conocen, evidencian que las categorías que rotulan como “migrante económico” o “refugiado” no son homogéneas, sino que muestran en su interior un espectro de situaciones positivas y negativas que son condicionantes en la emigración, instalación y proyección a futuro de los migrantes.

Para cerrar el capítulo, con base en lo presentado frente a los elementos de los ámbitos macro, meso y micro en Canadá puede destacarse, en primer lugar, que, aunque hay asuntos mundiales que cubren a todos los países, Canadá como país del norte global ha tenido más margen de acción y de oposición ante tendencias dominantes. Esto se refleja en el hecho de

la larga trayectoria que, como país, ha tenido como país en materia de bienestar social, trayectoria que, no obstante, en los últimos años viene siendo fuertemente cuestionada, también, en concordancia con los discursos globales hegemónicos. En segundo lugar, debe anotarse que, aunque en el ámbito global Canadá es considerado un país amigable para los migrantes, persisten aún situaciones de exclusión y discriminación contra ellos, las cuales no se reconocen abiertamente, pero cuando son reconocidas, pueden ser sancionadas social y jurídicamente. Vale anotar también que la historia de la política migratoria canadiense ha mostrado distintas tendencias marcadas por el momento político del país, adoptando incluso, en ciertos momentos, tendencias regresivas. En tercer lugar, a nivel de lo micro o lo singular, es de resaltar un asunto que empieza a tornarse transversal para este trabajo, el cual es la constatación de que las condiciones de vida previas a la migración y las circunstancias en que se da el proceso migratorio se vinculan de manera decisoria con las condiciones de vida a las que los migrantes pueden acceder en sus países de destino.

8. Estados Unidos

8.1. Migrantes Colombianos En Estados Unidos: Perfil, Expectativas Y Experiencia De Migración

En coincidencia con los anteriores, este capítulo presenta el derecho a la salud de los migrantes entrevistados en Estados Unidos, empezando con el apartado *Migrantes colombianos en Estados Unidos: perfil, expectativas y experiencia de migración*, cuyo fin es presentar los principales aspectos personales y de la experiencia de migración de Antonio, David y Diana.

8.1.1. Antonio

8.1.1.1. ¿Quién es el hombre migrante entrevistado?

Antonio tenía 23 años en el momento de su emigración, estudió su pregrado en Colombia y en Estados Unidos obtuvo el grado de maestría y doctorado. En Colombia vivía en Norte de Santander, era profesor universitario y, además, trabajaba en la empresa de su familia. Relata que su experiencia empezó con un programa de Colfuturo que conoció pues su papá lo motivó, ya que conocía su deseo de salir del país para estudiar, situación que era común en su familia. Así, él se presentó y ganó el cupo de Norte de Santander para un curso de inglés y, posteriormente, en Estados Unidos, se dio cuenta de que podía hacer su doctorado allí, lo que lo motivó a quedarse.

Él llegó a Estados Unidos la segunda semana de enero de 1998, ingresó con visa de estudiante y luego se hizo ciudadano por habilidades excepcionales²⁷. Es de resaltar que nunca tuvo la necesidad de solicitar una visa de trabajo dada su rápida obtención de la ciudadanía, aunque si trabajó para empresas en su área profesional, y en el momento, tiene su propia empresa en Estados Unidos. Debido a su trayectoria académica y profesional residió en Oklahoma y Chicago y, actualmente, reside en La Florida.

²⁷ Es de señalar que la referencia de Antonio se orienta realmente a la definición de estatus que tuvo en ese momento como residente, no a la atribución de la ciudadanía.

Para finalizar, del relato de Antonio puede resaltarse que sus respuestas son nutridas y contextualizadas, muchas veces con ejemplos. Además, en varias ocasiones, reitera que sin importar las condiciones o privilegios que se tengan: “un migrante siempre será un migrante”.

8.1.1.2. Expectativas y experiencia de migración

Antonio enfatiza que su experiencia es diferente a la de la mayoría de migrantes de Colombia, pues él se fue por gusto, no emigró “porque tuviera que salir corriendo de Colombia por la violencia o porque me sacaron o porque no tuviese trabajo, yo me vine por ... la simple y llana ambición intelectual, yo me vine a estudiar” (EUE1S3); afirma que si no hubiera tenido la sed de estudiar nunca hubiera viajado pues no le llamaba la atención vivir o trabajar en Estados Unidos.

Como se dijo, emigró bajo un programa académico para estudiar inglés, en ese momento estaba trabajando en la empresa de su papá. Dice que su idea inicial era estudiar inglés, mas, en Estados Unidos se dio cuenta de que podía hacer su formación posgradual allí, entonces volvió a Colombia, vendió sus posesiones y regresó a Estados Unidos para perseguir su sueño académico: “ser doctor”. Además, buscaba ser retado intelectualmente, pues sentía que eso le faltaba; afirma que llegó con esa misión y la consiguió, pues para él, el doctorado fue el choque intelectual más complicado que había enfrentado.

En su relato, destaca su experiencia como rotario²⁸, expresa que esta le dio varias oportunidades, le permitió viajar y conocer una perspectiva completamente diferente del mundo, por ejemplo, señala que aprendió mucho del sistema que usan para patrocinar proyectos. Desde su asociación a este club, empezó a hacer subvenciones en Colombia para realizar, por ejemplo, un asilo, escuelas y orfanatos, proyectos que llevaron a que lo conocieran dentro de su distrito de Rotary y que derivaron en que logrará ser el primer extranjero en ser gobernador del distrito rotario y además el más joven. No obstante, también expresa que, a pesar de todo lo positivo, a la vez le quitaba tiempo, además, mientras él estaba en esa experiencia su mamá enfermó y murió en Colombia.

²⁸ Rotary es una red mundial de personas que buscan contribuir a la solución de los problemas más significativos que afectan a la humanidad (Rotary, 2020).

En otro tema, señala como aprendizajes derivados de la migración, el manejo de la adversidad, afirma que esto preocupaba mucho a sus padres pues consideraban que él no sabía lidiar con la adversidad, porque nunca le había pasado algo que no lograra poner a su favor. Al respecto, afirma que, aunque aún le cuesta, se las arregla para ver lo positivo de las situaciones y “no cometer los mismos mismo errores”; dice que esto es parte de la adaptación a una nueva cultura en la que tiene que responder diferente ante las adversidades. Por otra parte, hace un reconocimiento de lo que él mismo considera una autolimitación, derivada de la inseguridad sobre sus capacidades; se trata de no haberse presentado a universidades como el *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) [Instituto de Tecnología de Massachusetts] o la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) porque pensó que no iba a ser admitido. Hoy en día piensa que, tal vez, su vida sería diferente si se hubiese presentado a esas universidades, cree que podría haber tenido una mejor proyección. No obstante, también resalta haber estudiado en una de las mejores universidades de Estados Unidos y, como resultado de ello, actualmente cuenta con muy buenas condiciones en su vida. En esa misma línea, afirma que no cambiaría nada de su experiencia de migración pues ha logrado lo que buscaba: un ideal de conocimiento.

Como anécdota que ha marcado su vida en Estados Unidos se refiere al ataque de las torres gemelas, experiencia que relata vivió de cerca, dado que enfrentó el temor pues él estaba en Chicago donde se sitúa la torre Sears, uno de los edificios que, según las noticias, era blanco de un posible ataque. Menciona además que la situación era más grave porque necesitaba informar a su familia que estaba bien, y era difícil y costoso comunicarse con Colombia, y sus padres eran mayores, por ende, no manejaban internet. De otro lado, luego de los ataques el *Federal Bureau of Investigation* (FBI) [Buró Federal de Investigaciones] fue a buscar su expediente a la academia de aviación donde había estudiado, pues era la misma escuela y el mismo tipo de avión en que había aprendido uno de los atacantes de las torres, además también era extranjero. Esto lo señala como la situación más complicada, dice que ese fue, para él, el mayor susto, pero también expresa que no le sucedió nada, pues si las cosas se hacen bien no debe temerse y, en ese caso, él tenía su documentación correctamente.

8.1.1.3. Proceso, documentación y condición migratoria

En tanto Antonio emigró como estudiante, el documento para ingresar a Estados Unidos fue la visa de estudiante. Él menciona que el proceso de solicitud de esta visa fue fácil pues Colfuturo le daba la carta de aceptación como soporte para el trámite, además, él ya tenía visa de turista. En el momento de hacer inmigración en Estados Unidos lo hace con el pasaporte, la visa de estudiante y la forma I20 que correspondía al tipo de programa en el que viajó y evidenciaba quién estaba pagando por ese programa.

En cuanto a sus impresiones del país, afirma que al llegar lo sorprendió el tamaño de las ciudades y las largas distancias entre ellas. Precisa que, aunque llegó a Oklahoma que, desde una perspectiva estadounidense, es más rural y subdesarrollado, para él, era fascinante ver las torres, los puentes, las autopistas, pues su capacidad de asombro estaba “virgen” ya que venía de una de las ciudades más pobres de Colombia.

De su proceso académico, central en su migración, relata que, luego de Oklahoma se fue a vivir a Chicago para estudiar inglés en el verano y en ese periodo se presentó a la maestría que quería. Cuando lo aceptaron en esta maestría no tenía beca, así que se devolvió a Colombia, vendió lo que tenía, reunió dinero y regresó a Estados Unidos, más, una vez allí, obtuvo el equivalente a una práctica en el departamento de admisiones de la universidad en que estudiaba. Una vez finalizó su maestría, le ofrecieron tres doctorados: en salud pública, ingeniería civil en la parte ambiental, y transportes y planeación que fue el que finalmente realizó. Mientras estuvo estudiando siempre tuvo visa de estudiante y cuando se graduó, hizo uso del *Optional Practical Training (OPT)* [Entrenamiento práctico opcional] que le permite a los extranjeros graduados en universidades en ese país trabajar por un año en donde quieran sin requerir un permiso de trabajo. Ya una vez terminado este periodo, el entrevistado obtuvo su ciudadanía por habilidades excepcionales.

8.1.1.4. Familia y país de origen: lazos del migrante

En relación con su familia, Antonio recuerda que cuando se presentó a la charla de Colfuturo fue su papá quien lo alentó a hacerlo, pero también señala que su emigración desembocó en que se acabara la empresa familiar, y esa es una especie de deuda que tiene consigo mismo

y con su familia; de alguna manera considera que, justamente, es esa la razón por la que decidió constituir su propia empresa en Estados Unidos.

Asimismo, subraya la separación familiar que le ha causado la emigración; expresa que si cuantifica su éxito como migrante desde el número de diplomas que ha obtenido es un migrante exitoso, pero si lo juzga desde el tiempo que pasó con su familia “es un migrante completamente miserable”. Además, señala que lo más traumático es preguntarse qué hubiese sido de su vida si se hubiera quedado en Colombia. Sin embargo, expresa que si no estuviera allá no podría apoyar económicamente a su papá como lo hace.

Por otra parte, Antonio cuestiona las actitudes de algunos colombianos migrantes que conoce, por ejemplo, plantea que muchos “no desean adaptarse al ritmo y forma de vida de Estados Unidos”, sino que mantienen hábitos negativos como llegar tarde o no cumplir con las tareas; en relación con esto, afirma que a él no le interesaba ir a vivir a Estados Unidos como colombiano, pues para hacerlo, viviría en Colombia. Adicionalmente, ha desarrollado proyectos en Colombia y se ha encontrado con que aquellas personas con quienes trabaja “lo quieren todo gratis y fácil”; como ejemplo, relata que lo llamaron de un proyecto y le solicitaron cinco unidades de un equipo de dotación, pero querían que él pagara además por el envío de esas unidades desde Estados Unidos a Colombia.

En cuanto a sus visitas a Colombia, el entrevistado viaja al país cada tres meses y pasa más o menos un mes al año en la ciudad en que residía, destaca la frecuencia en sus viajes pues dice que él ve más a su papá que su hermano que vive en Medellín (Colombia). En sus entrevistas no manifiesta deseos de retornar a Colombia, debido a que vive bien allí, además considera que Colombia no ha evolucionado, no se ha modernizado en términos de infraestructura. Adicionalmente, la ciudad en que él residía se ha visto afectada negativamente por la oleada de migración venezolana, haciendo que actualmente sea un lugar con alta tasa de criminalidad, en que él no se siente seguro para salir.

8.1.2. David

8.1.2.1. ¿Quién es el hombre migrante entrevistado?

Antes de emigrar, el segundo migrante entrevistado en Estados Unidos vivía en Antioquia (Colombia), se encontraba finalizando su carrera universitaria y estaba trabajando. A Estados Unidos llega en junio de 1973 con visa de turista a visitar a su novia, a quien había conocido cuando ella viajó a Colombia, él menciona que tenían una relación sentimental a distancia, por medio de cartas y postales. Afirma que su idea al viajar a Estados Unidos en ese momento era conocerla y ver “qué pasaba”, pero, una vez allí, decide casarse con ella y quedarse, solicita la residencia y se dedica a trabajar en su área profesional. Con su esposa, el entrevistado constituyó su núcleo familiar, tuvo hijos y ya tiene nietos. Actualmente es ciudadano y está jubilado en ese país y con el dinero de su jubilación, su esposa y él pasan alrededor de seis meses viviendo en Colombia y seis meses en Estados Unidos.

8.1.2.2. Expectativas y experiencia de migración

Como se señaló, la razón de este entrevistado para emigrar a Estados Unidos fue principalmente sentimental, planeando quedarse solamente un año para hacer una especialización, pero luego decidió casarse con su pareja y quedarse a vivir allí; expresa que nunca estuvo en los planes instalarse como pareja en Colombia porque en Estados Unidos había más oportunidades laborales. Señala esto, aunque afirma que, inicialmente, no emigró pensando las oportunidades que podría tener en ese país, pues su interés estaba centrado en su relación afectiva.

En relación con dificultades que vivió expresa que emigrar fue duro, un poco traumatizante, pero encontró un buen apoyo. Relata dos anécdotas que le parecen graciosas: la primera, cuando llegó a Miami por primera vez y se encontró con que, contrario a lo que creía, no hablaba bien inglés; cuenta que llegó al aeropuerto alrededor de las 5:00 p.m. y debía esperar hasta las 11:00 p.m.-12:00 a.m. el avión que salía hacia Los Ángeles, que era su destino, y durante dicho tiempo de espera lo único que pudo comer fue Coca-Cola y perro caliente (*Coke and Hot Dog*) pues era lo único que le entendían. La segunda situación que refiere es que el día siguiente a su llegada a Los Ángeles, fue a acompañar a su novia al trabajo y se quedó recorriendo la ciudad, y así se extravió alrededor de hora y media.

Al respecto, precisa que a pesar de que puedan presentarse dificultades, “emigrar es una experiencia que repetiría si pudiera”, pues las oportunidades laborales que ha encontrado allí no hubiera podido tenerlas en Colombia; señala, como bastante significativo la existencia allí de agencias como la NASA.

8.1.2.3. Proceso, documentación y condición migratoria

Para su viaje a Estados Unidos, David relata que llevó las certificaciones de estudio y de trabajo y no tuvo problemas con su documentación, además, porque en realidad él llegó como turista y luego decidió casarse e hizo la solicitud para la residencia. Hace referencia a que esa solicitud era para que le dieran, lo que en ese momento, se llamaba “tarjeta verde”, trámite que le implicó regresar a Colombia y permanecer tres meses mientras le dieron la cita en Bogotá (Colombia), donde le otorgaron esta tarjeta. Expresa que fue un proceso fácil pues cumplió todos los requisitos de migración, señala que, en su caso, lo más importante era que estuviera legalmente casado, y le solicitaron además documentos como la partida de bautismo, registro civil de nacimiento y comprobante de que no estaba casado en Colombia.

Ya con su tarjeta de residente regresó a Estados Unidos y se dedicó a trabajar, menciona que empezó a trabajar sin la visa de trabajo, pero que en ese momento no había problema. Con respecto a su instalación en ese país, dice que en su primer viaje llegó a la casa de la familia de su novia, donde ella vivía con su mamá y dos hermanas, y relata como anécdota que casualmente entre junio y agosto se casaron las dos hermanas de su esposa, y ellos mismos, de manera que fueron tres matrimonios en tres meses. Su pareja y él se quedaron a vivir con su suegra durante un año, pero luego de eso, ella se fue a vivir a otro apartamento y su esposa y él se quedaron residiendo allí.

8.1.2.4. Familia y país de origen: lazos del migrante

Para el viaje a Estados Unidos su familia acompañó al entrevistado al aeropuerto, afirma que tanto ellos como él estaban tristes, y que cuando él sentía nostalgia por ellos en Estados Unidos, escuchaba música en español y los llamaba. Ya cuando obtuvo su ciudadanía pensó en opciones como llevar de visita a sus padres y hermanos, e incluso instalarlos allí, llevando

finalmente, luego de 4-5 años a un hermano. Destaca que, en alguna ocasión, cuando llevó a sus padres, “el gobierno estadounidense les dio seguro social, médico y medicina gratis”, condiciones que han cambiado, pues ahora quien solicita el trámite migratorio para un familiar debe hacerse responsable de sus gastos en salud, cree él que durante un periodo de diez años. Por esa razón, en la actualidad la gente duda más en solicitar la inmigración de algún familiar.

Por otra parte, afirma que casi no se ha relacionado con colombianos en Estados Unidos, dado que en los trabajos que ha tenido y las áreas donde ha residido ha habido una predominancia de migrantes de otras nacionalidades o estadounidenses. Así sus amigos, con quienes comparte reuniones sociales y tiempo libre, son más que todo estadounidenses y mexicanos.

En su relato da cuenta de que ahora que está jubilado, él y su esposa pasan varios meses en Colombia y el resto del tiempo en Estados Unidos, decisión originada en que con el dinero de la jubilación puede acceder a unas condiciones de vida en Colombia que no podría alcanzar, con el mismo dinero, en Estados Unidos por el costo de vida allí.

8.1.3. Diana

8.1.3.1. ¿Quién es la mujer migrante entrevistada?

Diana emigró con su pareja en enero de 2016, actualmente, residen en Miami y están esperando la respuesta a una solicitud de asilo que realizaron en junio de 2016.

Antes de emigrar de Colombia, ella trabajaba en una institución de salud que, en comparación con otras, pagaba mejor salario en su área profesional. Además, en el 2015 obtuvo su maestría, lo que, de acuerdo con ella, iba a derivar en un aumento salarial, mejores condiciones laborales y un empleo más acorde con su perfil profesional. Sin embargo, ella prefirió emigrar pues era parte de su proyecto de vida salir del país para explorar otras oportunidades y tener experiencias. Respecto al riesgo de abandonar las posibilidades que tenía en el país, afirma que, al renunciar a su trabajo, su jefe le manifestó que las puertas estarían abiertas si decidía regresar, y que antes de emigrar, ella sentó unas bases a nivel

económico y académico de modo que “si tenía que regresar no estaría con las manos vacías”, lo que la tranquilizó.

Ella y su pareja ingresaron a Estados Unidos con visas de turista, válidas por seis meses, y cuando se acercaba el vencimiento de este plazo consideraron dos opciones para permanecer en el país: obtener una visa de trabajo o solicitar asilo. Declinaron la opción de la visa de trabajo debido a que esta les implicaba ligarse a una empresa que los amparara y no querían limitarse, sin poder acceder a otras opciones que se presentaran. Así, optaron por la solicitud de asilo, opción que conocieron por una migrante venezolana que estaba haciendo ese proceso.

En el momento de realización de las entrevistas para esta investigación, ella se encuentra trabajando en una academia de idiomas que es de un amigo de su esposo, y validando el título universitario obtenido en Colombia para poder trabajar en Estados Unidos, adicionalmente, está iniciando una propuesta de emprendimiento propio.

Es importante señalar que, en su relato, la entrevistada constantemente vincula su experiencia migratoria con la similar experiencia de su esposo (con quien emigró).

8.1.3.2. Expectativas y experiencia de migración

Diana afirma que su emigración no se debió a falta de oportunidades en Colombia, pues como se dijo anteriormente su posición laboral y sus posibilidades a futuro eran muy buenas. Es enfática en señalar que emigrar era un proyecto que tenía tiempo atrás, y que en 2015 que conoció a su pareja, coincidieron en ese plan de vida, pues él ya había vivido en Estados Unidos y había estado considerando la opción de regresar a ese país. Además de esto, en el transcurso de las entrevistas manifiesta que tal vez, inconscientemente, siempre buscó un espacio tranquilo para vivir y que Colombia no lo era, por ejemplo, por situaciones como las que vivía en su barrio, en que “los muchachos”²⁹ del barrio ponían música a alto volumen en la madrugada y nadie podía decir o hacer nada. Asimismo, afirma que uno de sus objetivos

²⁹ Forma coloquial de nombrar a los miembros de bandas criminales en los barrios de Medellín (Colombia).

a donde emigrara era adquirir un segundo idioma, y que lo ha ido alcanzando con el inglés, expresa que no es muy fluida, pero se hace entender y está en proceso de mejoramiento.

Ella manifiesta que emigrar le generó mucha emoción, pues estaba alcanzando algo que había planeado. No obstante, señala que los sentimientos que pueden generarse por la migración son muy subjetivos y que cada persona lo asume de manera diferente, por ejemplo, expresa que debe ser muy duro cuando se emigra solo, sin el soporte de un amigo o alguien cercano. Esto en relación con su propia experiencia, pues afirma que ha sido una ventaja emigrar con su pareja, porque son mutuamente el soporte del otro, de modo que, tal vez, por eso no se ha sentido sola ni triste en fechas especiales como la navidad, porque tiene a alguien, expresa que “se pudo traer algo de Colombia”.

En relación con elegir Estados Unidos como destino de su migración, relata que su esposo y ella consideraron dos opciones: Italia y Estados Unidos, sin embargo, se decantaron por el segundo, pues en Italia no tenían la seguridad de llegar a un trabajo fijo, mientras en Estados Unidos su esposo tenía un amigo que había conocido en Colombia y le hizo una propuesta laboral, así que tenían más estabilidad; de manera que él llegaría con posibilidad de empleo y ella, podría tener opciones en esa misma compañía.

Ahora bien, la entrevistada hace referencia a que sabía que al emigrar podría encontrarse con dificultades, por ejemplo, en su ámbito laboral, pues no podría emplearse en el área de la salud, primero, porque no hablaba el idioma y, segundo, porque aún no había validado su título en Estados Unidos. Al respecto afirma que “venía sujeta realmente a lo que tocara... la verdad, en términos pues como digamos legales y humanos y de dignidad, pero sí... lo que tocara en ese sentido” (EUE3S1) y que estaba dispuesta a trabajar “en cualquier otro de los oficios que aquí le toca llegar a hacer a las personas cuando vienen de sus países de origen, trabajar en restaurantes o trabajar haciendo otro tipo de oficios” (EUE3S1). A pesar de lo anterior, decide emigrar porque para ella todo es una experiencia que la hace más fuerte y no tenía nada que perder, si debía regresar a Colombia habría ganado en experiencia laboral y como persona. Afirma que la experiencia migratoria en general ha sido una ganancia en oportunidades, aprendizajes, calidad de vida, paz y tranquilidad, y precisa que, aunque en su ámbito profesional aún no ha llegado muy lejos y sabe que no es fácil, hoy está segura de que se puede lograr.

Por otra parte, manifiesta que, en general, ella y su pareja no han vivido situaciones críticas respecto a sus necesidades básicas, posibilidades de relacionamiento, conocimiento del país, etc. De manera anecdótica refiere que solo les resultó traumático el pago de los impuestos en el primer año, pues no fueron objeto de descuentos o deducciones, motivo por el cual, el monto a pagar ascendió a \$7000.

8.1.3.3. Proceso, documentación y condición migratoria

En relación con el proceso migratorio, como se dijo, Diana y su esposo están esperando la resolución de su solicitud de asilo. La entrevistada se refiere a que fue un proceso sencillo, puede hacerse de manera personal y, en su caso, quien les hizo la recomendación de solicitar el asilo tenía experiencia y les indicó el paso a paso, de modo que evitaron tener que pagar una cantidad muy elevada de dinero a quienes asesoran en ese proceso.

Ella y su esposo aplicaron a esta solicitud desde junio de 2016, justo antes de que se venciera el tiempo de permanencia de seis meses otorgada por la visa de turismo; esto con el fin de no quedarse indocumentados. La entrevistada especifica que en esta solicitud se adjunta la documentación normal, el pasaporte, la visa con que ingresaron, en su caso de turista, y se presenta el caso que sustenta su solicitud de asilo político; al respecto, ella precisa que es su esposo quien tuvo una situación de amenaza de su vida en Colombia y ella como conyugue es incluida en la solicitud como beneficiaria, no con un caso aparte.

Diana menciona que, cuando realizaron la solicitud de asilo, les llegó una respuesta que da cuenta de que la solicitud fue recibida y entra a análisis, y que pueden permanecer en el país de manera regular mientras se toma la decisión. En cuanto al proceso de solicitud de asilo dice que no le exigen que se reporte constantemente a ninguna entidad, solo debe estar pendiente de la página donde se lleva el caso y mantener actualizados sus datos, por ejemplo, la dirección que es fundamental para recibir las comunicaciones. No obstante, precisa que como solicitante de asilo no puede salir del país y menos al país en que se sitúa la amenaza, por lo que no ha podido visitar Colombia.

Además, destaca que dentro del proceso de solicitud de asilo les otorgan permiso de trabajo, con respecto a esto, afirma que “tú no puedes quedarte aquí en este país sin producir, entonces, por eso, ellos envían rápidamente el permiso de trabajo” (EUE3S1). Diana recuerda

que este permiso les fue enviado más o menos a los dos meses de realizar la solicitud de asilo, y debían renovarlo cada dos años, de manera que ya en febrero de 2019 debieron hacerlo, para esto, enviaron de nuevo a la institución correspondiente el *Social Security* y la antigua resolución que les otorgaba el permiso de trabajo y obtuvieron, como en la solicitud de asilo, una carta de confirmación de la recepción y el plazo en el que llegará de nuevo la tarjeta para otros dos años.

Con relación a la resolución de la solicitud de asilo, manifiesta que luego de enviada la documentación, al solicitante le hacen una citación para una entrevista en que la idea es que sustente lo planteado en el caso que presentó, y de esta forma definir si se otorga o niega el asilo. Si lo niegan, según ha entendido la entrevistada, tienen la posibilidad de apelar dos o tres veces. Al respecto, afirma que cree que es diferente para los solicitantes de asilo venezolanos, a quienes les están cerrando el caso más rápidamente, esto es, en un periodo de una a tres semanas, aunque no tienen opción de apelar. Por otra parte, plantea que, en el caso de que a ella y su esposo les nieguen la solicitud de asilo y las apelaciones, han pensado en explorar otras opciones como la visa de trabajo, que consideraron anteriormente, en la cual básicamente una compañía los patrocina, de acuerdo a sus capacidades e idoneidad, como evidencia de que no se le están quitando oportunidades laborales a nacionales estadounidenses.

8.1.3.4. Familia y país de origen: lazos del migrante

La entrevistada hace referencia a que para sus padres no fue fácil aceptar su decisión de emigrar, para ellos no era bien visto que se fuera con una pareja con la que llevaba muy poco tiempo y, aún más, a un país que no conocía. No obstante, ella era una persona independiente, vivía fuera de la casa de sus padres hacía tiempo, de manera que esa fue su decisión y sus padres debieron respetarla y aceptarla. Al respecto, precisa que una vez ella comenzó a enviarles fotos de su vida en Estados Unidos, en que vieron que sus condiciones eran buenas, sus padres se tranquilizaron.

Manifiesta que no ha sentido tristeza por la separación de su familia y estaba tranquila al emigrar pues sus padres aún pueden movilizarse, así ella sabía que, si no podía regresar prontamente, ellos podrían visitarla, no tenía la sensación que no los iba a volver a ver,

además ha mantenido el contacto con ellos e incluso el año anterior fueron a visitarla a Estados Unidos.

Por otra parte, se refiere a que sus relaciones con colombianos en ese país se limitan básicamente a los amigos de su esposo, de resto su relación es con venezolanos que, en el área donde están, son un grupo importante de migrantes.

En cuanto a planes de retornar al país, la entrevistada afirma que no tiene deseo de volver, sino de ir más al norte u otro país. Con respecto a un posible regreso dice que tal vez al final de su vida, pero mientras pueda hacer otras cosas quiere estar fuera. Esto pues, aunque quiere mucho al país y a las personas, en Estados Unidos ha encontrado la tranquilidad que en Colombia por situaciones como la falta de respeto al espacio del otro no pudo hallar.

8.2. Contextos Normativos En Migración Y Salud

El presente apartado aborda el contexto normativo en migración y el contexto normativo en salud en Estados Unidos. El último, incluye un acápite particular sobre la salud de los migrantes en ese país.

8.2.1. Contexto normativo en migración

Para el desarrollo de este apartado se tomó la Ley de Inmigración y Nacionalidad, INA (1952)³⁰ y la Ley para el Control de la Inmigración, el Antiterrorismo y la protección de las Fronteras (2005). Las anteriores como leyes centrales que definen los derechos de los migrantes, así como los procedimientos relativos a los trámites migratorios. Adicionalmente, se revisó la ley “Apoye Nuestras Fuerzas de Orden Público y los Vecindarios Seguros” (2010), de Arizona, por la gran visibilidad que ha tenido, debido a que incita a ciudadanos estadounidenses, y a las mismas autoridades, a la persecución de los migrantes no autorizados en el Estado de Arizona. Con base en estas normativas se presentan seguidamente tres líneas de abordaje: primera, los aspectos administrativos. Segunda, las personas en protección

³⁰ Esta Ley está incluida en el Código de Estados Unidos (U.S.C.), en su Título 8. Cabe anotar que, a pesar de que fue promulgada en 1952 ha tenido varias enmiendas que la han actualizado. De manera que los aspectos abordados aquí corresponden con su versión vigente.

internacional. Tercera, los migrantes no autorizados. La última línea es un aspecto central en este país, de manera que, como se vio, incluso se le dedica una ley.

En la primera línea se desarrolla lo siguiente: tipos de visa, exámenes previos, naturalización y procesos de deportación. En primer lugar, en cuanto a los aspectos administrativos, la Ley de Inmigración y Nacionalidad (1952) establece que el ingreso a Estados Unidos puede hacerse con una visa temporal o una visa permanente. La primera es una visa de no inmigrante, en tanto exige que quien ingresa al país debe regresar a su país de origen una vez finalice el tiempo que le fue autorizado. Este tipo de visa incluye las modalidades de estudiante y de turismo, entre otras. Por su parte, la visa permanente es la conocida como tarjeta verde, esta visa implica que hay intención de inmigrar al país. La última se basa en motivos de empleo, familia, inversión y la denominada lotería. Para obtener esta visa se incluyen como requisitos la copia de registro penitenciario, militar y de nacimiento, así como otros documentos que sean solicitados por el funcionario. Una vez se presenta en el país de origen, la solicitud es revisada y resuelta por la oficina consular.

El segundo aspecto administrativo corresponde con los exámenes requeridos para la inmigración a ese país, pues al solicitar la emisión de la visa de inmigrante, el solicitante acepta someterse a investigaciones, así como a un examen físico y mental. Estas tienen como fin determinar si los extranjeros que llegan son inadmisibles, por ejemplo, por motivos de enfermedad, discapacidad mental o física. Ahora bien, el examen físico y mental es realizado, en general, por funcionarios médicos del servicio de salud pública de Estados Unidos, que tienen capacitación especial en el diagnóstico de enfermedades, y certifican cualquier defecto o enfermedad física o mental en el extranjero que desea ingresar al país. En el caso de que el extranjero no esté de acuerdo con la decisión de estos funcionarios, puede apelarla con un testigo experto médico pagado por su cuenta. Es de anotar que para todos los procesos que se mencionan, así como para el proceso de naturalización y de apelación de la deportación, etc., la carga de la prueba recae sobre el migrante (Ley de Inmigración y Nacionalidad, 1952).

Ahora bien, además del resultado de estos exámenes, la legislación en este país estipula otros motivos de inadmisión, pero, teniendo en cuenta que estos motivos se basan, en gran parte, en motivos de seguridad, serán abordados en el apartado “Percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas: migrante deseado-migrante riesgo”.

El tercer aspecto administrativo es el proceso de naturalización. Sobre este, cabe resaltar que se especifica que para obtener la ciudadanía el migrante debe asistir a la ceremonia de naturalización. Establece también como requisitos, un tiempo mínimo de residencia continua en el país, competencia en el idioma, conocimientos sobre la historia y la forma de gobierno del país. Asimismo, menciona que quien desee naturalizarse debe ser “de buen carácter moral, apegado a los principios de la constitución y bien dispuesto al orden y felicidad de los Estados Unidos”, aunque no expone en qué consisten estas condiciones o cómo se evalúan. De otro lado, la legislación explícita que quienes se oponen al gobierno, la ley, o favorecen formas totalitarias de gobierno no podrán acceder a la naturalización (Ley de Inmigración y Nacionalidad, 1952).

El cuarto aspecto administrativo es el proceso de deportación. Sobre el tema se estipulan las razones para la deportación, entre las cuales se contemplan que el inmigrante haya sido inadmisibles en el momento del ingreso o que haya incurrido en una violación de la ley de inmigración y, por ende, su visa haya sido revocada. Según la ley, se consideran también como motivos: el fraude matrimonial, o haber recibido condenas penales por delitos que involucren depravación moral, que hayan puesto en peligro la seguridad pública o nacional, o que involucraran actividades violentas de oposición o derrocamiento del gobierno. Asimismo, se establece que pueden ser deportados quienes sean drogodependientes o adictos, o se hayan convertido en una carga pública por causas previas a su ingreso al país (Ley de Inmigración y Nacionalidad, 1952).

En la segunda línea, está el abordaje particular de las personas en protección internacional. Al respecto, se subraya que lo ideal es que se integren al trabajo lo más pronto posible, por eso, se propone que reciban capacitación en el idioma y que se les envíe un permiso de trabajo para que puedan realizar esa integración. En cuanto al procedimiento, en este es central que, en la o las entrevistas que se le realicen, el solicitante pruebe que tiene un temor de persecución creíble. En el caso de que la intención de solicitar asilo se haga en el puerto de entrada, si este temor es creíble, se detiene al solicitante para mayor consideración de la solicitud de asilo. De otro lado, si una vez realizadas las entrevistas el solicitante no puede probar que su temor es creíble se determina su expulsión. Cabe anotar, que tanto la solicitud como el otorgamiento de asilo cubre al conyugue o hijos del solicitante (Ley de Inmigración y Nacionalidad, 1952).

Ahora bien, debe decirse que en este caso se hacen señalamientos en relación con condiciones médicas de las personas en protección internacional. Particularmente, se refiere a que dentro de los deberes de cada estado está identificar a aquellos refugiados que requieren tratamiento u observación. De hecho, se establece que debe contarse con personal capacitado en los lugares por los que, habitualmente, ingresan los solicitantes, para garantizar la existencia y disponibilidad de registros médicos e identificar a quienes tengan afecciones médicas que puedan afectar la salud pública y requieran tratamiento. Además, se plantea que debe notificarse a los funcionarios de salud de los Estados a los que vayan a llegar esos migrantes que ingresan, con el fin de poder establecer el seguimiento y tratamiento (Ley de Inmigración y Nacionalidad, 1952).

La tercera línea de presentación de la normativa migratoria, aborda a los inmigrantes no autorizados. Esta línea corresponde con un enfoque de seguridad y control particularmente ligado a estos inmigrantes. Como se ha dicho anteriormente, esta tendencia hacia la securitización se justificó en los atentados del 11 de septiembre de 2001. Dicho esto, la Ley Federal central en esta línea es la Ley para el Control de la Inmigración, el Antiterrorismo y la Protección de las Fronteras (2005) que, justamente, enuncia como su propósito enmendar la Ley de Inmigración y Nacionalidad (1952) para fortalecer las leyes de migración y mejorar la seguridad de la frontera, lo anterior, desde el reconocimiento de que es responsabilidad del gobierno la seguridad de los ciudadanos y los residentes autorizados. Además, es de resaltar que la misma ley enuncia que si las leyes de migración se hubieran aplicado adecuadamente, los responsables de los atentados del 11S hubiesen sido identificados a tiempo. En esta ley se establece el mejoramiento de la seguridad de las fronteras, por ejemplo, con la implementación de tecnología y de infraestructura (como el cercado de la frontera), así como acuerdos con Canadá y México (Ley para el Control de la Inmigración, el Antiterrorismo y la Protección de las Fronteras, 2005).

Además de lo anterior, esta ley aborda lo referente a los extranjeros no autorizados, es decir, que ingresaron al país por un lugar no destinado para tal fin, o tergiversaron, mintieron u ocultaron información en su solicitud de admisión o en su ingreso al país. Esta ley refleja una visión negativa de estos migrantes, como ejemplo, enuncia que por la falta de aplicación de la ley no corren un riesgo real de ser detenidos y, agrega que, estos migrantes también podrían ser terroristas. En esa medida, enfatiza en la necesidad de luchar contra su

ingreso y permanencia en el país (Ley para el Control de la Inmigración, el Antiterrorismo y la Protección de las Fronteras, 2005).

En esa lógica, la ley propone varias acciones que obstaculizan la entrada de estos migrantes no autorizados, así como cualquier oportunidad que contribuya a su inclusión, además, se le prohíbe a los residentes y ciudadanos de Estados Unidos otorgar cualquier tipo de ayuda a estos migrantes. Estas prohibiciones incluyen albergar, ocultar o proteger a migrantes no autorizados, también sanciona la realización de matrimonios fraudulentos para ampararlos. Asimismo, se proscribe que soliciten empleo o sean contratados; incluso establece que antes de contratar a un migrante debe revisarse que sea elegible, en el sistema de verificación de elegibilidad del empleo. De otro lado, establece que quienes sean identificados en los puertos de ingreso podrán ser detenidos hasta que se dé su deportación. Sobre esta detención, también establece la necesidad de mejorar la capacidad de los centros de detención (Ley para el Control de la Inmigración, el Antiterrorismo y la Protección de las Fronteras de 2005).

Respondiendo también a la lógica de la securitización, particularmente contra los migrantes no autorizados, se tiene en cuenta la ley ya mencionada “Apoye Nuestras Fuerzas de Orden Público y los Vecindarios Seguros” (2010), conocida popularmente como “Ley del Odio” por su énfasis en contra de los migrantes no autorizados. Si bien esta ley es estatal y no federal ha tenido gran visibilidad y ha generado debate por su evidente propósito de rechazar a los migrantes. De hecho, en la misma ley se establece que su propósito es desalentar la entrada y presencia “ilegal”³¹ de extranjeros. En este sentido coincide con la ley antes presentada, al sancionar la entrada, albergue o empleo para migrantes no autorizados. Con respecto a esta ley, cabe resaltar dos aspectos: primero, es enfática en prohibir las acciones de apoyo y protección a estos migrantes, como darles albergue. Segundo, establece la prohibición de prácticas que se han vinculado con estos migrantes, como ejemplo, aquella en que desde automóviles se hacen ofertas de trabajo a migrantes, que se ubican en algunas zonas de la ciudad, justamente para esperar que lleguen posibles empleadores para jornadas

³¹ Esta ley usa específicamente el término ilegal.

por labor. Lo anterior, llega hasta el punto de que se proscribiera esta práctica incluso si se realiza a través de gestos.

Las líneas presentadas corresponden a los principales aspectos de las normativas en migración, como se dijo, se basan en las normativas seleccionadas debido a su preminencia y visibilidad con respecto al fenómeno. Ahora bien, antes de cerrar el tema debe decirse que se han desarrollado estas leyes en tanto aún continúan vigentes, a pesar de los múltiples intentos y restricciones efectivas aplicadas por el gobierno saliente en este país en cabeza del expresidente republicano Donald Trump. Este panorama coincide con el que se presentará a continuación en relación con la legislación en salud en Estados Unidos.

8.2.2. Contexto normativo en salud

El segundo contexto normativo es el referente a la salud. Este se desarrolla en dos apartados: la salud en Estados Unidos y la salud para migrantes en Estados Unidos. Para el desarrollo de estos apartados se tomaron como base la Ley del Cuidado de Salud Asequible [Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA] (2010), y la Ley de Reconciliación del Cuidado de la Salud y la Educación [Health Care and Education Affordability Reconciliation Act] (2010). La revisión de esta normativa se complementó con información de las páginas oficiales gubernamentales y trabajos teóricos sobre el tema.

8.2.2.1. La salud en Estados Unidos

Con base en la revisión señalada en el párrafo anterior se proponen a continuación tres aspectos centrales de abordaje: las generalidades del sistema de salud en este país, su desarrollo histórico y los principales cambios de la reforma propuesta por el expresidente Barack Obama en 2010.

Con respecto a las generalidades del sistema de salud estadounidense, lo primero a decir es que Estados Unidos no cuenta con un sistema de salud único, sino con uno considerado de tipo mixto dado que incluye participación del sector público y privado. En este, el proveedor más grande es el privado que no solo tiene compañías aseguradoras sino prestadoras de los servicios médicos y farmacéuticos. Este seguro de salud privado es la

forma más común de pagar por los servicios sanitarios (Narodowski, 2017). Es de anotar, que los servicios odontológicos y oftalmológicos no se incluyen en el seguro médico, por tanto, deben contratarse independientemente y no están legislados por la ley (Iriart, 2016a).

Ahora bien, las aseguradoras ofrecen diferentes formas de contrato, las principales son las Organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO, Health Management Organization), y las Organizaciones de proveedores preferidos (PPO, Preferred Provider Organization). Las primeras, combinan la oferta de seguros de salud y la prestación de servicios médicos. Por su parte, las PPO, son una combinación entre la libre elección y las HMO, operan como redes de prestadores de salud que acuerdan tarifas reducidas basadas en contratos pre-negociados. En estas los consumidores³² también pueden elegir médicos fuera de la red (Narodowski, 2017).

En cuanto a la función federal, el organismo encargado de proteger la salud de la población y los servicios sociales esenciales es el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS). Adicionalmente, el gobierno federal es el responsable de proveer los servicios para grupos poblacionales como militares, indígenas y reclusos en las prisiones federales. Asimismo, a través del HHS ofrece el Medicare y Medicaid, creados en 1965 por el expresidente Jhonson, y administrados por los centros de servicios de Medicare y Medicaid. El Medicare cubre a los estadounidenses mayores de 65 años y personas con discapacidades (Gobierno de Estados Unidos, 2020a; Iriart, 2016a; Narodowski, 2017), por su parte, el Medicaid cubre a personas de bajos ingresos (Gobierno de Estados Unidos, 2020a).

El Medicare es financiado por el Fondo Fiduciario de Seguro de Hospital y el Fondo Fiduciario de Seguro Médico Complementario. Este programa consta de cuatro partes: la A, denominada seguro de hospital, que ayuda a pagar los gastos de hospitalización. La parte B, seguro médico para pagar servicios médicos ambulatorios y otros no cubiertos por el seguro anterior. La parte C, planes de Medicare Advantage, una parte complementaria que incluye organizaciones proveedoras de servicios de salud que ofrecen cuidados de salud a las

³² En tanto en Estados Unidos no puede hablarse de un derecho a la salud, los usuarios de este sistema son más bien consumidores, y de esa manera reclaman sus prestaciones (Iriart, 2016a).

personas de la parte A y B. Finalmente, la parte D, se encarga de ayudar en la cobertura de medicamentos recetados en Medicare (Gobierno de Estados Unidos, 2020a).

Por su parte, Medicaid es un programa conjunto: federal y estatal. Este programa cubre a adultos con bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas y personas con discapacidades. Cada Estado tiene diferentes reglas sobre elegibilidad para Medicaid (Gobierno de Estados Unidos, 2020a; Narodowski, 2017). Además, cuando debido a los ingresos no se pueda recibir Medicaid, los hijos aún pueden acceder al Programa de seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) que cubre atención médica y dental a niños y adolescentes hasta los 19 años (Gobierno de Estados Unidos, 2020a).

Del segundo aspecto, el desarrollo histórico del sistema de salud, se destacan los siguientes hechos: entre 1910 y 1915, 32 Estados promulgaron un seguro estatal para cubrir lesiones de los trabajadores. Luego en 1929, nace el seguro social, con el plan de hospitalización para los maestros en Dallas y del Hospital Universitario de Baylor. En la misma línea, en 1935, surgió la Ley de Seguridad Social que establecía el seguro obligatorio, pero ante la oposición de la Asociación Médica Americana (AMA) el presidente Roosevelt debió derogarla. Una situación similar, se dio bajo el gobierno de Truman quien promovió un seguro nacional de salud, pero la Asociación Médica lo obstaculizó de nuevo (Narodowski, 2017).

Otros presidentes han intentado también establecer una cobertura universal, entre ellos Nixon y Carter en las décadas de los 60 y 70. Por otro lado, en 1965, Johnson creó los programas de Medicare y Medicaid, asimismo, en 1973, aprobó una ley que obligaba a los empleadores a ofrecer cobertura de al menos una de las Organizaciones de mantenimiento de la salud (Health Management Organization, HMO), federalmente calificada para sus empleados. Ya en los 80's con el gobierno de Ronald Reagan se redujeron estos avances, al establecer la Ley de Equidad y Responsabilidad Fiscal de 1982, limitó el número de beneficiarios de los planes Medicare y Medicaid al 50% para las HMO (Narodowski, 2017).

De otro lado, Bill Clinton promulgó en los 90, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud [Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA] (1996) que establecía que las aseguradoras debían vender seguros a todos y definía las condiciones de aseguramiento de las preexistencias. Por su parte, Barack Obama introdujo

una reforma al sistema de salud con la Ley del Cuidado de Salud Asequible (2010) (Narodowski, 2017).

Es esta reforma el tercer aspecto a analizar. Como se dijo, se introdujo por el expresidente Obama a través de la Ley del Cuidado de Salud asequible (2010). Esta reforma se hizo con el fin de hacer más accesible la salud a los residentes y ciudadanos en ese país. En ese sentido, plantea como su objetivo que la mayoría de la población (residente documentada) de los EUA tenga alguna cobertura financiera para afrontar gastos médicos (Iriart, 2016a).

Para tal propósito introdujo varios cambios, a continuación, se presentan varios de ellos. El primero, la provisión de responsabilidad compartida individual, conocida como el “mandato individual” que garantiza que todos los residentes permanentes en Estados Unidos disfruten de un nivel mínimo de cobertura (Minimum Essential Coverage, MEC). Este es el que más refieren los migrantes entrevistados en este país, y consiste en que todos los ciudadanos y residentes deben contar con un seguro médico, que cubra mínimamente un paquete de servicios básicos, pues de otro modo, serán multados (Iriart, 2016a; Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010). Para cumplir con esto, se estableció un mercado de seguros privados, accesibles a través de portales (llamados Health Exchange); dicho mercado funciona como una bolsa de valores, pero en el ámbito de la salud, de manera que en los portales las personas pueden conocer las empresas y los diversos planes que les ofrecen (Iriart, 2016a; Vargas, 2014). Asimismo, como mecanismo para que las personas puedan cumplir con este mandato individual, el gobierno federal otorga subsidios para aquellos individuos que, debido a sus ingresos, no puedan pagar la totalidad de un seguro de salud (Iriart, 2016a; Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010).

El segundo cambio, es que los empleadores con más de 50 empleados deben garantizar la compra de seguro a sus empleados que trabajen un mínimo de 30 horas a la semana. Este seguro será pagado con aportes tanto del empleador como del empleado; de otra manera el empleador podrá ser sometido al pago de una multa (Iriart, 2016a; Vargas, 2014). Sin embargo, si el empleador tiene menos de 50 empleados, así sea en tiempo completo, no es su obligación subsidiar el seguro médico de sus empleados, por lo que

entonces los mismos empleados deben comprarlo por su cuenta (Iriart, 2016a; Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010).

El tercer cambio es la extensión de Medicaid para incluir a quienes tiene ingresos superiores a la línea de pobreza, entre un 100% y un 138% de esta (Vargas, 2014). También, estableció la existencia del programa Medicare, como mínimo hasta el año 2029 (Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010).

El cuarto cambio es lo que podría definirse como límites a los seguros privados. En tal sentido se destacan varias prohibiciones: la prohibición de rechazar al asegurado en casos de preexistencias, de ofrecer tarifas diferentes por género o preexistencias, o de cancelar el seguro antes del plazo al comprador cuando se presentan enfermedades costosas. Tampoco se permite que las pólizas incluyan el establecimiento de límites de gastos en salud totales o por año. Por último, con el fin de dar un lugar central a la prevención, se incluyó un paquete de 22 acciones preventivas, como mamografías, así como programas de promoción de salud, que deben ser cubiertas por todos los seguros contratados (Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010; Vargas, 2014).

8.2.2.2. La salud de migrantes colombianos en Estados Unidos

En el apartado anterior se evidenció que en Estados Unidos no puede hablarse de derecho a la salud sino de atención en salud, cuyos mecanismos de acceso son los seguros privados en salud o programas sociales como Medicare y Medicaid. Con base en esto, a continuación, se abordarán las posibilidades que tienen los migrantes para acceder a esta atención. Es de anotar que estas posibilidades varían de acuerdo a su estatus, por lo que se tratará cada uno de la siguiente manera: los inmigrantes autorizados, las personas en protección internacional, y los migrantes indocumentados.

En la categoría de inmigrantes autorizados se incluyen, entre otros: residentes permanentes legales, asilados, refugiados, víctimas de tráfico de personas y quienes están bajo estatus de protección temporal (Gobierno de Estados Unidos, 2020b). Ahora bien, de acuerdo a la legislación presentada en el apartado anterior, estos inmigrantes autorizados son elegibles para un seguro privado, es decir, están habilitados para adquirirlo en el mercado de seguros (National Immigration Law Center, NILC, 2014). Adicionalmente, estos inmigrantes

pueden acceder a beneficios como las primas reducidas, establecidas en la Ley del Cuidado de Salud Asequible (Gobierno de Estados Unidos, 2020b; Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010; NILC, 2014).

Al respecto, cabe anotar que el “mandato individual”, establecido por el Obamacare, fue suspendido, para todos, por el presidente Donald Trump en 2017 (White House, 2017), por lo que los inmigrantes no tendrían la obligación de adquirir un seguro. No obstante, el mismo presidente, el 4 de octubre de 2019³³, suspendió la entrada al país y los ajustes de estatus de aquellos migrantes que pudieran significar una carga financiera para el sistema de salud de Estados Unidos, esto es, aquellos inmigrantes sin seguro o capacidad para pagar por la atención médica. Por tanto, quienes deseen ingresar al país deben tener un seguro médico aprobado dentro de los 30 días siguientes a su ingreso o demostrar que poseen los recursos para pagar los gastos médicos. Debe precisarse que este seguro médico no necesariamente debe ser adquirido por el migrante, puede ser también un seguro patrocinado por un empleador o el plan de un miembro de la familia, entre otras opciones (White House, 2019a).

De otro lado, si un inmigrante autorizado desea ingresar al programa Medicaid, además de cumplir con un nivel de ingresos bajo, debe cumplir con un tiempo de espera de mínimo cinco años de residencia legal (Gobierno de Estados Unidos, 2020b; NILC, 2014). Sin embargo, los Estados pueden eliminar este requisito del tiempo mínimo para todos los migrantes, o para poblaciones particulares como las mujeres embarazadas y los niños, los últimos a través del CHIP (NILC, 2014). Con respecto a este tema, debe recordarse además, que aun cuando los migrantes puedan cumplir con los requisitos y acceder a Medicaid, deben recordar que esto puede ser considerado “carga pública” y, como tal, puede ser un motivo para denegar sus solicitudes de ajuste de estatus migratorio, excepto en los casos, ya mencionados, de mujeres embarazadas y niños (Gobierno de Estados Unidos, 2020b; United States Citizenship and Immigration Services [USCIS], 2020).

³³ Esta medida del presidente Trump entró en vigor el día 3 de noviembre de 2019. En la misma, se exponen como razones para esta decisión que los inmigrantes no deben ser una carga para el sistema de salud, como lo son actualmente. De acuerdo con la proclamación, la atención en salud para los migrantes, que no tienen seguro o capacidad para pagar, genera altos costos para los proveedores de atención médica y los contribuyentes. Estos costos, según la declaración del presidente, se traducen, para los estadounidenses, en impuestos, primas y tarifas para los servicios médicos más altos. Además, plantea que los migrantes asisten a las salas de emergencia para condiciones que no son de emergencia, causando hacinamiento y retrasos en la atención (White House, 2019a).

En el caso de los refugiados se cuenta con tres opciones para acceder a atención en salud. En primer lugar, cuentan con la opción como migrantes autorizados, es decir, pueden adquirir un seguro en el mercado de seguros de salud. La segunda opción es la posibilidad de ingresar al Medicaid. La tercera opción contempla el acceso mediante programas gubernamentales o público-privados como: el programa de asistencia médica para los refugiados (RMA) que aplica para los primeros ocho meses de permanencia en los Estados Unidos, este programa se propone como respuesta a las necesidades de reubicación de los refugiados (CDC, s.f.). Adicionalmente, está el programa de subvenciones para la promoción de la salud de los refugiados (RHP) cuyo fin es apoyar la alfabetización en salud de los refugiados y el acceso a servicios de salud y bienestar emocional, este programa se dirige a quienes han estado en el país menos de dos años y presentan aún problemas de salud (Oficina de Reasentamiento de Refugiados, 2020).

Con respecto a estos programas, cabe recordar que la Oficina de Reubicación de los Refugiados cuenta entre sus responsabilidades con identificar a los refugiados que presenten antecedentes o condiciones médicas que requieran tratamiento médico u observación, además, debe autorizar la provisión de asistencia médica para ellos y asegurar que tengan monitoreo y tratamiento (Ley de Inmigración y Nacionalidad, 1952).

Finalmente, para los migrantes indocumentados las opciones se reducen, pues, en general, no pueden acceder a la cobertura en salud por el mercado de seguros médicos ni son elegibles para créditos tributarios de primas o copagos reducidos (Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010; NILC, 2014). Solo podrían acceder a un seguro médico privado por medio de un vínculo laboral o por un conyugue o dependiente que tenga un plan vinculado a su empleo (Gobierno de Estados Unidos, 2020b; HealthSherpa, 2020). Tampoco pueden acceder a la cobertura médica subsidiada por el gobierno federal (Medicare o Medicaid), pues aun si están debajo de la línea de pobreza, no cuentan con un número de seguridad social que es requisito para esta cobertura (Rosales, 2020). Solo en algunos Estados, el programa de Medicaid cubre la atención prenatal para mujeres embarazadas sin importar su estatus migratorio, de igual forma, en algunos Estados los niños, sin importar su estatus o el de sus padres, pueden ser incluidos en el programa CHIP (HealthSherpa, 2020; NILC, 2014). Así, las opciones que les quedan a los migrantes indocumentados para acceder a atención médica son las de asistir a centros comunitarios u hospitales de protección social, o recibir atención

básica de urgencias en las salas destinadas para tal fin, esto sin requerir de documentos o seguro de salud (HealthSherpa, 2020, NILC, 2014).

8.3. Derecho A La Salud De Migrantes Colombianos En Estados Unidos

El presente apartado aborda la situación del derecho a la salud de los migrantes colombianos entrevistados en Estados Unidos. Para tal propósito se abordan: los determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Estados Unidos, sus condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud, y su derecho a la atención en salud en ese país. El contenido de cada uno de estos temas se basa en los relatos de Antonio, David y Diana, así como información pública de páginas gubernamentales estadounidenses y trabajos teóricos.

8.3.1. Determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos en Estados Unidos

Tal como en los capítulos anteriores, la presentación de los resultados del derecho a la salud de los migrantes en Estados Unidos, se inicia con los determinantes sociales de la salud. Para su abordaje se toman, desde los relatos de los entrevistados, tres circunstancias materiales: la vivienda, la violencia y delincuencia, y el empleo.

8.3.1.1. Vivienda

Con respecto a la vivienda, los migrantes en Estados Unidos hacen referencia a su ubicación y a los requisitos para acceder a esta. En cuanto a la ubicación de la vivienda, en general esta se relaciona con el lugar de estudio o trabajo de los entrevistados. Antonio recuerda que llegó a vivir en Chicago (Illinois) en un barrio bastante peligroso pero que estaba muy bien ubicado en relación con la Universidad en que estudiaba, y luego se mudó a la Florida porque allí empezó su carrera profesional. Una situación similar relata David, quien se ha instalado en diferentes estados como California e Illinois, de acuerdo a la ubicación de su lugar de trabajo. Asimismo, Diana se instaló con su esposo en Miami, ciudad en que trabaja. Ella resalta que allí ha encontrado mucha comunidad latinoamericana, particularmente venezolana, lo que le ha traído como beneficio que puede comunicarse fácilmente en español.

En relación con el acceso a la vivienda, ninguno de los tres entrevistados manifiesta dificultades en este proceso debido a su nacionalidad o a que sean migrantes. Con respecto a los requisitos, Diana resalta que, en ese país, el acceso a cualquier bien o servicio depende de que se tengan suficientes recursos económicos. En el caso de la vivienda se deben pagar casi tres meses de arriendo al inicio, pues como en los otros dos países, debe pagarse además del arriendo un depósito como garantía y, en algunas ocasiones, también el valor del arrendamiento del último mes. Sobre el tema, David resalta que en Estados Unidos el valor más bajo que puede encontrarse para un arriendo de un apartamento con comodidades básicas está alrededor de \$2500.

Adicionalmente, Diana manifiesta que si el inmueble se arrienda directamente con el dueño es más fácil pues solo pide el depósito, pero si es con *realtors* (agentes inmobiliarios) solicitan más requisitos. Entre estos requisitos, señala que lo más importante es tener un buen record de crédito, asimismo, revisan si se tiene vínculo laboral e ingresos suficientes para cubrir el canon de arrendamiento, además, pueden solicitar requisitos adicionales como un record policial o pagos extras si se va a vivir dentro de comunidades o con mascotas. En su caso, es a través de la red de amigos de su esposo que consiguen el primer apartamento, y los siguientes los han buscado por sí mismos; buscaron a través de internet y realizaron el proceso de cotización y toma del inmueble. Por su parte, David recuerda que el primer apartamento, fue en el que convivió con su esposa y la familia de ella, luego la familia se cambió de casa, y ellos se quedaron viviendo solos.

En resumen, puede decirse que, en el caso de Estados Unidos, desde la visión de los entrevistados, el mayor condicionante para el acceso y el tipo de vivienda para los migrantes, más allá de su estatus migratorio o el mismo hecho de ser migrantes, es su poder adquisitivo. Ahora bien, es claro que esta capacidad adquisitiva determina situaciones como que los migrantes sean restringidos a residir en ciertas zonas de las ciudades, las cuales cuentan con características particulares en materia de infraestructura, servicios y seguridad. Esto cobra sentido en la medida en que es bien conocido que la sociedad estadounidense se rige, principalmente, por principios económicos fundamentados en el libre mercado, lo que evidentemente deriva en que todo, incluidos diferentes asuntos humanos fundamentales, puedan ser adquiridos en el juego de la libre oferta y demanda.

8.3.1.2. *Violencia y delincuencia*

El segundo determinante sobre el que expresan su opinión los entrevistados es la violencia y delincuencia, con respecto al cual, valoran positivamente su situación en Estados Unidos, en contraste con la vivida en el contexto colombiano.

Antonio se refiere a que se siente más seguro allá, afirma que hoy en Colombia todos están expuestos y, resalta que Norte de Santander, donde él residía antes de su emigración, es hoy más insegura que en la época de presencia de grupos armados al margen de la ley (paramilitares y guerrilla). Esta inseguridad se debe, de acuerdo con él, a la migración de población venezolana; afirma que muchas personas viven en la calle, cortan tuberías de agua para bañarse y lavar la ropa, asimismo, menciona el incremento de enfermedades de transmisión sexual.

De otro lado, debe destacarse lo relatado por Diana sobre este aspecto, pues para ella, las situaciones de violencia en Colombia fueron una de sus razones para emigrar. Ella menciona que, en Colombia, le incomodaba la falta de respeto hacia el otro y su espacio, particularmente se refiere a situaciones en que “los muchachos del barrio” ponían música con alto volumen en la madrugada, sin preocuparse por si los demás habitantes necesitaban madrugar a trabajar, pues no les importa el vecino ni respetar su espacio y, debido al poder que ejercen en los barrios, no podía hacerse nada frente a esa situación. Desde esto, Diana subraya que la experiencia de migración le ha permitido encontrar paz y tranquilidad, pues en Estados Unidos, a diferencia de Colombia, el “espacio del otro” es totalmente respetado.

8.3.1.3. *Empleo*

El tercer determinante a abordar, es el empleo, al respecto, se encuentra que Antonio y David, desde su larga instalación en Estados Unidos presentan diversidad de experiencias laborales, mientras la referencia de Diana está más orientada hacia el futuro.

Antonio actualmente es dueño de su propia empresa, pero como se dijo ha tenido diversidad de experiencias laborales. De su historia laboral destaca que, una vez se graduó de su postgrado en Estados Unidos y se dispuso a buscar empleo, se encontró con un obstáculo ligado a las políticas migratorias de entonces, pues el presidente de ese momento,

Bill Clinton (1993-2001), redujo el número de visas de trabajo y además las condicionó a que el empleador asumiera la responsabilidad legal por el empleado (Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad Migratoria, IIRIRA, 1996). De esta manera, de acuerdo con el entrevistado, la empresa se creaba un problema, era una responsabilidad que no querían tomar, aún más cuando en este país son muy comunes las demandas. Adicionalmente, él estaba sobrecalificado para algunos trabajos, pues contaba con un alto nivel educativo y tenía la licencia para ejercer su profesión, lo que le generó dificultades a la hora de obtener un empleo y lo llevó a tener que aceptar un trabajo en una empresa pequeña en la que no tenía grandes expectativas a futuro. Luego renunció a esta empresa y trabajó en una empresa de la que luego se hizo socio.

Tres años antes de las entrevistas, vendió esa empresa de la que era socio y se vinculó a la última empresa en que trabajó antes de crear su propia empresa. De esa empresa subraya que era discriminadora; recuerda que había dos secciones de cubículos dentro de la empresa, una para los “blancos” y una para los “no blancos”, además, era una empresa en que los dueños, la junta directiva y los socios eran “blancos”. Esa fue una de las razones por las que renunció, pues como migrante, no tenía futuro en esa empresa; consideraba que ya había alcanzado su máximo allí, sabía que a pesar de sus privilegios, por ejemplo, era el único latino que tenía una oficina cuya ventana tenía vista a la calle, no iba a poder ascender más.

Antonio recuerda como una dificultad precisa, la denuncia a la Oficina de migración y ciudadanía, por parte de una de sus empleadoras, esto pues a ella le disgustó su renuncia y al día siguiente lo reportó para que lo deportaran, pues ella creía que si él no tenía un vínculo laboral perdía su estatus de migrante autorizado y podía ser expulsado del país. Al respecto, él expresa que, realizar este reporte es un deber de los empleadores, pero, en ese momento, el plazo que él como migrante tenía para ubicarse en un nuevo empleo sin ser reportado, era de 30 días. Adicionalmente, Antonio manifiesta que, en general, los empleadores le dan al migrante un plazo prudencial antes de realizar el reporte para que consiga un nuevo trabajo y así no perjudicarlo.

Por otra parte, David recuerda que empezó a trabajar, en su área de formación, a los seis meses de haber llegado a Estados Unidos, subraya que empezó a trabajar sin contar con visa de trabajo. En su relato destaca la forma como buscó su primer empleo, recuerda que

escribió una carta, similar a una hoja de vida, en inglés, y ubicó mediante el directorio telefónico firmas de arquitectura que tuvieran nombre latino y allí envió esta carta. Adicionalmente, envió una copia a una empresa que estaba ubicada en la esquina de su casa, de allí lo llamaron, le hicieron una prueba y lo contrataron. En esa empresa trabajó durante tres años y luego buscó trabajos que le ofrecieran empleos de mayor jerarquía hasta que se pensionó. Dentro de estos empleos, señala uno por el que debió trasladarse a Chicago (Illinois) con su esposa. Cabe anotar que, aunque se pensionó, David aún tiene proyectos laborales de manera independiente.

La historia más corta en términos laborales es la de Diana, quien, en medio de su solicitud de asilo -aun en trámite-, pudo solicitar y renovar un permiso de trabajo para trabajar legalmente en el país; esta posibilidad se establece en la sección 208 de la Ley de Nacionalidad e Inmigración (INA, 1952). Esta legislación estipula que el solicitante de asilo podrá solicitar autorización para trabajar en Estados Unidos aun cuando el asilo se encuentre en trámite, si aplicó a este al menos 150 días antes, y no ha recibido aún la resolución. Con respecto a su historia laboral, ella y su esposo, llegaron a trabajar a una institución educativa de idiomas, por medio de un amigo de su esposo. En esta institución, Diana se ha desempeñado en el área administrativa, en telemarketing, admisiones, ventas y servicios a estudiantes. Ya en el momento de finalización de las entrevistas, ella se encuentra realizando esfuerzos en dos frentes: primero, establecer un negocio independiente. Segundo, conseguir un empleo en el área de la salud, que es su área de estudio, para esto, ya obtuvo su licencia para ejercer en ese país.

Justamente, en relación con el ámbito laboral es de anotar que, en Estados Unidos, de acuerdo a la profesión, para ejercer su carrera profesional debe contarse con una licencia que se obtiene a través de exámenes. Esta licencia es central, como lo plantea David, al decir que en Estados Unidos es preferible destinar los esfuerzos a obtener la licencia que, a homologar el nivel educativo, pues sin esta no se permite el ejercicio legal de la profesión. De su propio proceso señala que él debe realizar un examen cada dos años, para renovar, por ese mismo periodo, su licencia. Del proceso de obtención de la licencia también da cuenta Diana, quien validó su título y tramitó la licencia para ejercer; para este proceso ella presentó un examen teórico sobre terminología, y con ese examen aprobado y su título profesional de Colombia obtuvo ambos trámites, cuyo costo fue de alrededor de \$250.

Ahora bien, tal como en Canadá, en Estados Unidos, la posibilidad de acceder a una pensión se relaciona con el vínculo laboral. En este caso, Diana y Antonio dan cuenta de sus aportes a planes de pensión y David ya está recibiendo la suya. Cabe anotar que, en general, los entrevistados han accedido a estos planes por medio de su trabajo, pues los seguros de salud son independientes. Para sus pensiones, les hacen deducciones mensuales del salario hasta que cumplan el mínimo de 40 créditos³⁴ y la edad mínima, que en este momento está en 62 años³⁵, pero que, de acuerdo con David, se discute actualmente subirla a 65 años. A estos aportes, pueden sumarle una contribución a un fondo voluntario que se puede invertir, con asesoría del mismo fondo, por ejemplo, en la bolsa de valores, así, cuando el trabajador se retire tiene sus aportes mensuales más el fondo voluntario. Es importante precisar que, según David, al recibir la pensión, de esta le reducen el valor del seguro de salud.

8.3.2. Condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud

A continuación, se presentan las condiciones de salud, enfermedad y del aseguramiento en salud de los entrevistados en Estados Unidos.

En relación con sus condiciones de salud, Antonio refiere varios episodios en que ha requerido atención en salud. Entre estos, él resalta la presencia de diversos episodios alérgicos que, después de varias consultas, los médicos atribuyeron al polen, asimismo, ha presentado reacciones alérgicas al frío. Recuerda, además, una inflamación de la vesícula que derivó en una atención por urgencias, en que tuvo que ser intervenido con cirugía.

Ahora bien, de su relato pueden destacarse dos situaciones adicionales de salud: la primera, cuando se intoxicó con una papaya en mal estado y asistió a urgencias para ser tratado, pero no pudieron establecer de qué se trataba y lo derivaron a consulta ambulatoria, en la que los médicos tampoco pudieron establecer qué había causado los síntomas. De acuerdo con Antonio, esto se debió a que, en ese país, no es habitual que sucedan esas

³⁴ Los créditos se basan en el salario o ingreso de trabajo por cuenta propia anual, y pueden obtenerse máximo 4 créditos por año (Gobierno de Estados Unidos, 2018).

³⁵ La edad mínima para jubilarse y solicitar los beneficios del Seguro Social, es 62 años, si la persona solicita la jubilación a esa edad recibe beneficios reducidos en un porcentaje establecido de acuerdo a su edad de jubilación. Pero, si decide jubilarse a los 67 recibe los beneficios completos (Gobierno de Estados Unidos, 2018).

intoxicaciones. La segunda situación es un padecimiento oftálmico, originado por una mala praxis médica en Colombia. Lo anterior sucedió pues él decidió realizarse una cirugía refractiva en Colombia, con un cirujano que en el país se consideraba experto, sin embargo, esa cirugía terminó causando problemas serios en la visión del entrevistado y, lo ha obligado a recurrir a dos procedimientos en Estados Unidos para tratar de corregirlo. Sobre este tema, Antonio es enfático en decir que, en Estados Unidos, el cirujano que le causó este daño hubiese enfrentado consecuencias graves, como perder su licencia por incompetencia; pues, en ese país, se toman muy en serio las actuaciones tanto médicas como personales de los profesionales de la salud, pero en Colombia se pasan por alto esas situaciones.

Por su parte, en el caso de David, la principal enfermedad a la que hace referencia es a un desprendimiento de retina, para el cual ha tenido atención tanto en Estados Unidos como en Colombia. En Estados Unidos, lo operaron por primera vez, luego viajó a Colombia donde lo estuvo revisando un retinólogo, pero durante el lapso que estuvo en el país se le desprendió de nuevo la retina, y el médico de Colombia no lo detectó, de manera que se dio cuenta solo cuando fue revisado en Estados Unidos de nuevo. Así las cosas, allí lo remitieron a un especialista y debió esperar la autorización para la cirugía, por parte de su seguro médico, pues dicha autorización fue negada inicialmente, debido a que el especialista que lo operaría no estaba incluido en la red del seguro. A pesar de esto, David afirma que prefiere ser atendido y operado de esta enfermedad en Estados Unidos, pues el problema se le agravó cuando el médico en Colombia no notó el desprendimiento. Asimismo, se refiere a que la atención en Colombia le parece muy rudimentaria y, que a diferencia de Estados Unidos, los médicos de Colombia le dijeron que no había opción de tratamiento para su enfermedad.

De otro lado, Diana hace referencia precisa a cambios en sus condiciones de salud y las de su esposo, causadas por la migración. Sobre su propia salud, afirma que ha mejorado pues ahora tiene tiempo para hacer deporte, aunque señala que en ese país se tiende a vivir mucho en el consumismo y eso lleva a un ritmo de vida muy agitado. En relación con la salud de su esposo, relata que ha tenido problemas de aumento de peso, que ella atribuye a los cambios en la alimentación, pues debido a la rutina del día no alcanzan a cocinar su propia comida, y deben comer, en muchas ocasiones, comida rápida. Asimismo, expresa que él se ha visto afectado por el estrés que le generan algunas situaciones relacionadas con la instalación en ese país, como el primer pago de impuestos que debieron realizar.

En cuanto al aseguramiento en salud, en la experiencia de Antonio se encuentra que, en su llegada y durante la realización de sus estudios de maestría y doctorado en ese país contó con un seguro médico para estudiantes. Él valora el servicio médico de ese seguro como muy bueno, pues contaba con el centro médico más grande del Estado. Ya en su vida laboral ha tenido periodos sin aseguramiento en salud, como cuando trabajó en una empresa que no le ofreció esta opción. También ha tenido aseguramiento básico en otros momentos y luego aseguramiento con cobertura de servicios adicionales como seguro odontológico y oftalmológico. Actualmente, tiene cobertura de salud garantizada por COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act - Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria, 1985). Esta cobertura consiste en que, al renunciar a una empresa, es obligación de esa empresa proporcionarle al empleado la opción de conservar el mismo seguro de salud que tenía por un periodo de 18 meses más, esta vez bajo el pago directo del empleado. Bajo esta modalidad, Antonio cuenta con seguro médico, oftalmológico y odontológico, pues antes tenía contratados los tres.

Con respecto a su relato, cabe resaltar cuatro asuntos: primero, que su elección inicial de no contratar seguros adicionales como el odontológico se basó en que, en ese momento, consideraba que la atención en estos ámbitos era mejor en Colombia, pero su opinión cambió luego. Además, se dio cuenta que si le sucedía algún imprevisto, los costos de atención en salud sin seguro eran muy altos, por lo que contrató los otros servicios. Lo segundo, es que él especifica que cuando la empresa ofrece seguro médico, esta paga un porcentaje del valor del seguro básico y el empleado el resto, y si contrata servicios adicionales, estos corren de cuenta del empleado. Tercero, él hace referencia a que contar con un seguro de salud es obligatorio bajo la ley que estableció el expresidente Obama³⁶ y, que eso ha tenido dos consecuencias, por una parte, incrementos en los costos de los seguros, y por otra, que cuando la empresa no ofrece seguro a sus empleados, ellos deben asumirlo de su propio bolsillo.

El cuarto asunto, es que, de acuerdo con Antonio, en Estados Unidos, aquellos migrantes que no pueden acceder a seguros de salud, buscan maneras alternativas para resolver sus necesidades, entre estas, recurrir al “mercado negro de la salud”. Este se

³⁶ Las entrevistas se realizaron antes de que el presidente Donald Trump derogara esta obligación.

constituye del acceso, por ejemplo, a profesionales de la salud que ejercen su profesión sin licencia e instalan consultorios en que cobran en efectivo. También se recurre a trueques o préstamos de medicamentos como antibióticos que en ese país requieren prescripción médica, pero que quienes viajan desde Colombia pueden llevar con ellos. Adicionalmente, menciona que, independientemente de su estatus migratorio deben ser atendidos cuando se presenta una urgencia. Con respecto a lo último, Antonio señala que ese es un tema de debate allí, pues los costos de esa atención recaen en los contribuyentes, en forma de impuestos y altos costos de servicios médicos.

De otro lado, David contó inicialmente con la cobertura del seguro de su esposa. Luego accedió al seguro de salud ofrecido por la empresa en que trabajaba. Al respecto, señala que la empresa le cubría todo el valor del seguro mientras a su esposa no, por lo que su esposa dejó su seguro y se afilió bajo el seguro de él. En relación con la forma como selecciona el seguro actualmente, él relata que solo puede cambiarse de seguro una vez al año, entre octubre y diciembre, y plantea que el criterio ideal para seleccionarlo es un balance entre costos y beneficios en los planes que les ofrece el mercado, afirma:

Es como un balance, uno tiene que buscar qué es lo que le conviene: no pagar mucho, pero que le cubra bien. Porque podría tener un seguro que le cubra todo, que no tuviera que sacar ni un centavo, pero ¿cuánto le toca pagar por él? (EU2S3).

En este momento, el seguro con que él cuenta le ofrece además de cobertura en salud, otros servicios como gimnasio. Este seguro lo contrató con una Organización de Manejo de Salud, con la que ha contratado el seguro desde hace alrededor de 20 años. En su caso, es de señalar que además del seguro en Estados Unidos, él y su esposa se encuentran afiliados al Plan de Beneficios en Salud (PBS) con una Entidad Promotora de Salud en Colombia (EPS), para acceder a atención cuando se encuentran en el país.

Con respecto a la elección del aseguramiento en salud, la experiencia de Diana coincide con la de David, pues ella plantea que los seguros siempre se toman con base en cálculos de los que se obtendrá en el trabajo. Adicionalmente, ella profundiza en el vínculo entre el aseguramiento en salud y la declaración de ingresos en que se basa la presentación de impuestos, pues las personas adquieren un seguro en salud de acuerdo a los ingresos que proyectan obtener en el siguiente año, pero si al final del mismo sus ingresos fueron más

bajos, les devuelven el excedente en la presentación de impuestos y, si fueron más altos, deben hacer el ajuste y pagar el faltante en los impuestos.

Sobre el procedimiento de atención en salud, Antonio sostiene que depende del tipo de seguro que se tenga; por ejemplo, él no requiere asistir a su médico primario para que lo remita a especialistas. Adicionalmente, relata que, para la atención en urgencias, además de las salas de emergencia está la opción de unas “mini-urgencias” en que hay uno o dos doctores y enfermeras, con dotación mínima, como electrocardiograma y, con un copago de alrededor de \$50, de manera que son más baratas que la atención propiamente en las salas de urgencias en que los costos pueden ascender a \$500. Por su parte, David si debe recurrir inicialmente a su médico primario, quien lo remite a un especialista, en caso de requerirlo. De otro lado, para la atención en urgencias asiste a clínicas de urgencias dentro de la red de su seguro de salud. De su propia experiencia, relata que la única dificultad que ha tenido con la atención en salud en Estados Unidos, es la demora en la autorización de esta última cirugía.

En un caso concreto de atención en urgencias, Diana relata que su esposo tuvo un accidente en que se fracturó el brazo. Para esta atención, ella llamó a la línea de emergencia (911) desde la que enviaron una ambulancia a su casa para dar la atención inicial a su esposo. Una vez realizada esta atención, les recomendaron asistir al hospital experto en ortopedia, en el que le realizaron todos los exámenes y una cirugía. Además, lo remitieron a fisioterapia, cuyo costo han debido asumir ellos, pues su seguro no lo incluye, así como tampoco incluye cubrimiento de incapacidad.

Ahora bien, los tres entrevistados relatan que, para la atención en salud, son recibidos inicialmente por una enfermera o asistente médico que revisa sus signos vitales, realiza las preguntas básicas y registra la historia clínica, luego ingresa el médico, verifica la información e indaga puntualmente por el motivo de consulta. Aunque también, se refieren a momentos en que son atendidos solamente por la *Nurse Practitioner*, una enfermera especializada que puede atender integralmente, pues está en capacidad de examinar al paciente, establecer diagnósticos, recetar medicamentos y remitir a otros especialistas, etc.

Para cerrar, habría que decir que más allá de estos aspectos en relación con el aseguramiento y la atención en salud, los tres entrevistados prefieren la atención en salud a la que pueden acceder allí que la de Colombia. Esta opinión basada en experiencias propias

y de personas que conocen en Colombia. Para Antonio la atención en Colombia está plagada de malas praxis que no son sancionadas. Por su parte, David afirma que tiene confianza en la atención en salud en Colombia, pero teme por las historias que ha oído de personas que casi mueren esperando la aprobación de un tratamiento por parte de una EPS. Finalmente, Diana resalta que es mucho más organizada la atención allí que en Colombia, y que no se dan situaciones como que dilaten la entrega o no entreguen los medicamentos.

8.3.3. Derecho a la atención en salud

Como se ha hecho a lo largo de este texto, el derecho a la atención en salud de los migrantes colombianos, se analiza a la luz de los cuatro elementos propuestos por la Observación Número 14 (ONU, 2000): disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En cada uno de estos elementos se presentan los aspectos mencionados por los entrevistados en sus narraciones, y este material se complementa con información publicada por organismos gubernamentales estadounidenses³⁷.

8.3.3.1. Disponibilidad del derecho a la atención en salud

Para iniciar, debe recordarse que la disponibilidad contempla la suficiencia y distribución equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud, así como el personal profesional y medicamentos esenciales (ONU, 2000). Siguiendo esta línea, se abordan a continuación cuatro aspectos en Estados Unidos: la política en salud y el sistema de salud, la cobertura de aseguramiento en salud, la suficiencia de establecimientos de salud, y los programas de prevención y lucha contra enfermedades epidémicas, endémicas, crónicas y no infecciosas.

³⁷ Con respecto a este análisis, es de anotar que, a pesar de que en Estados Unidos se conciba la salud como un bien de mercado, se define conservar la línea de análisis basada en la Observación General Número 14. Esta decisión obedece a que el análisis desde estos cuatro elementos se asumió debido a que, para referirse a la atención en salud, los entrevistados de los tres países se referían a aspectos relativos a estas categorías, aún sin conocer la referida Observación. De manera que, en tanto no se trató de la categorización desde la Observación sino a la interpretación desde esta, se decide conservarla como guía aun en este país.

Con respecto al primer aspecto, en Estados Unidos no puede hablarse precisamente de un sistema de salud, se trata más bien de un mercado de seguros privados al que las personas acuden para “comprar” atención en salud, además de unos programas sociales con cobertura focalizada que funcionan de manera independiente: el Medicare, el Medicaid y el CHIP. No obstante, es importante mencionar la existencia de legislación que regula ese mercado y, dentro de esta, puede resaltarse el esfuerzo de la Ley del Cuidado de Salud Asequible (2010) por hacer que esa atención fuera más accesible.

El segundo aspecto a considerar, es la cobertura en aseguramiento en salud, según datos de la Encuesta de población, en 2019, la población con cobertura de salud era del 92%, de ese porcentaje el 68% estaba cubierto por un seguro privado, el 18,1% por Medicare y el 17,2% por Medicaid (Keisler-Starkey & Bunch, 2020). Por otra parte, debe señalarse que también en pos de aumentar la cobertura, la Ley del Cuidado de Salud Asequible (2010) estableció la obligatoriedad de contar con un seguro de salud, lo que podría pensarse se orienta a que “todos estén cubiertos”. No obstante, para los entrevistados, esto no ha sido totalmente ventajoso pues si bien valoran tener un seguro médico, su percepción, es que esta medida derivó en un incremento de los costos de los seguros. Adicionalmente, cabe recordar posibilidades como la otorgada por la ley COBRA (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*), que Antonio valora positivamente, pues luego de haber renunciado a su anterior trabajo, ha conservado su seguro anterior.

En relación con el tercer aspecto, la suficiencia de establecimientos de salud, debe decirse que dado el mercado de seguros de salud no articulados presente en Estados Unidos resulta obvio que cada aseguradora tenga su propia red de establecimientos, así como de prestadores de salud, y que las personas adscritas a un determinado seguro de salud no puedan consultar fuera de la misma. No obstante, como se referenció en el caso de David, si un profesional de la salud está fuera de la red de la aseguradora puede solicitarse la autorización para los procedimientos, y al igual que en el caso de Canadá, las personas pueden encontrar en las páginas web del Departamento de Recursos y Servicios de Salud (HHS) la opción de búsqueda de prestadores y servicios de salud con criterios como la ubicación, asimismo, las aseguradoras privadas ofrecen esta opción.

El aspecto final de la disponibilidad son los programas de prevención y lucha contra enfermedades epidémicas, endémicas, crónicas y no infecciosas. Sobre el tema, lo primero a decir es que este país cuenta con los Centros de Control de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) cuyo fin es proteger a los Estados Unidos de las amenazas de salud, lo que incluye enfermedades crónicas, agudas, curables o prevenibles (CDC, 2014). Justamente, en la página oficial de estos centros se encuentra información sobre los programas de vacunación, que según Antonio son gratis o a bajo costo. Adicionalmente, los CDC publican datos sobre el comportamiento, factores de riesgo y otros aspectos sobre enfermedades crónicas en ese país.

Ahora bien, con respecto a la prevención, los entrevistados resaltan la posibilidad de realizarse chequeos anuales, cuyo costo está incluido en el seguro que adquieren. Diana y Antonio relatan que este chequeo incluye la revisión por parte del médico o de una enfermera entrenada, los exámenes pertinentes y las recomendaciones. Estas recomendaciones, según Antonio consisten básicamente en listas, cuadros y folletos sobre el aspecto a prevenir, por ejemplo, sobre dieta y ejercicio si la persona tiene sobrepeso.

Un asunto adicional a resaltar es el hecho de que algunas situaciones que los migrantes consideran prevención de la enfermedad pareciera vincularse con el perfil epidemiológico de los países de origen. Así, en el caso de los entrevistados, ciertas prácticas de prevención que tenían en Colombia, allí no son reconocidas, por ejemplo, en la investigación se encuentra que dos de los entrevistados, como parte de sus cuidados en salud buscaron desparasitarse, pero allí se encontraron con que esa práctica no existe. Antonio afirma:

Fui donde el médico y le dije que me quería purgar y se murió de la risa, me dijo, pero usted de qué está hablando, yo le dije: sí deme una receta de un purgante. -Pero ¿usted que está hablando, un purgante?- sí, para limpiarme -No, eso acá no existe, ese protocolo acá no existe, aquí nadie se purga; aquí el que tiene la solitaria la tiene, eso aquí no se usa- (EUE1S2).

Valga anotar que las prácticas preventivas, en países desarrollados como en este caso, en Estados Unidos, suelen estar vinculadas con lo que algunos autores consideran la transición epidemiológica, es decir, que su perfil epidemiológico corresponde a

enfermedades crónicas, no ya a las infecciosas y transmisibles, enfermedades que se han señalado como propias de la pobreza (Currea-Lugo, 2010).

8.3.3.2. Accesibilidad del derecho a la atención en salud

El segundo elemento es la accesibilidad, en el que, tal como en capítulos anteriores, se incluirán los siguientes aspectos: el acceso sin discriminación, la accesibilidad física y la asequibilidad.

Con respecto al acceso sin discriminación, habría que decir que, en este país, este no se cumple por varias razones. Un primer conjunto de razones ligadas a las dinámicas propias del acceso a los seguros: primera, en tanto el acceso se da mediante seguros privados de salud, está mediado por el poder adquisitivo de las personas, a esto hace referencia el señalamiento de Diana acerca de que, en ese país, se tiene acceso a lo que se pueda pagar. Segunda, el patrocinio de seguro de salud por parte de los empleadores solo es obligación para empleadores con más de 50 empleados (Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010), de manera que, si se trabaja en una empresa más pequeña, el empleado debe asumir el costo total del seguro.

Un segundo conjunto de razones se relaciona específicamente con las diferencias entre migrantes y nacionales: primero, para los migrantes el acceso a programas sociales como Medicaid está mediado por un tiempo de residencia mínimo. Segundo, si ellos, a diferencia de los nacionales, acceden a estos programas, pueden tener consecuencias negativas como la negación de un ajuste de su estatus migratorio. Tercera, los migrantes no autorizados, están casi totalmente excluidos de la posibilidad de aseguramiento en salud, como se presentó en el contexto normativo. Cuarta, existen desigualdades en el aseguramiento para poblaciones migrantes específicas, por ejemplo, los hispanos. Las cifras muestran que estos tienen el índice más alto de falta de seguro médico frente a otros grupos étnicos; de acuerdo con el Informe de población (Keisler-Starkey & Bunch, 2020) en 2019, el 16,7% de la población hispana no tenía seguro médico comparado con el 5,2% de la población caucásica no hispana y el 9,6% de la población afroamericana.

En relación con la accesibilidad física, cabe resaltar los esfuerzos de ese país para que la atención en salud cubra áreas remotas. Entre estos se cuentan los programas de telesalud

y de atención médica rural. En cuanto a la telesalud, de acuerdo con el Departamento de recursos y servicios de salud (2020) es central en la atención en áreas rurales o remotas que no cuentan con suficientes servicios de atención médica. Por su parte, la atención médica rural, está bajo la coordinación de la Oficina Federal de Política de Salud Rural, que se encarga además de asesorar al Departamento de recursos y servicios de salud sobre el efecto de las políticas y regulaciones sobre la atención en comunidades rurales. Ahora bien, esta atención para comunidades rurales incluye programas como: el programa de coordinación de atención médica rural, el programa de estrategias de gestión de maternidad y obstetricia rural, y el programa de hospitales rurales. Sobre el último, habría que decir que estos hospitales representan más de la mitad de los de Estados Unidos (Departamento de recursos y servicios de salud, 2020). Ahora bien, en este punto cabe reiterar que la accesibilidad física también se encuentra mediada por las dinámicas ya mencionadas de redes de servicios vinculadas con el mercado de seguros, modelo que en los países en que se ha implementado evidentemente tiene efectos negativos sobre la accesibilidad en todo el sentido de la palabra.

Igualmente, con respecto a la asequibilidad, debe recordarse lo señalado acerca del acceso a seguros mediado por el poder adquisitivo, que deriva en afectaciones negativas para quienes no cuentan con un alto nivel de ingresos. Adicionalmente, debe considerarse, como señalaron los entrevistados, que los beneficios adicionales de los seguros, como el seguro odontológico o cubrimiento de incapacidades, implican un seguro más costoso. Como lo señala Diana en varias ocasiones, en ese país se puede acceder a lo que se pueda pagar, en sus palabras: “es lo que tú puedes pagar, si no puedes pagar si no para esto, bueno, pues hasta ahí llegó y el gobierno no te da ningún beneficio en ese sentido, tienes que responsabilizarte por ti mismo” (EUE3S2).

De otro lado, es necesario anotar también que los costos de la atención en salud, en la mayoría de casos, no se limitan a la compra de un seguro, sino que incluyen también los costos de los copagos que se vinculan con el costo de los servicios de salud. Estos costos, según los entrevistados, son muy altos para cualquier procedimiento. Como ejemplo, Antonio recuerda que la operación de vesícula a la que fue sometido ascendía a \$50000, asimismo, David referencia que el copago para exámenes tecnificados como las resonancias magnéticas, en su seguro, es de \$100. En cuanto a la atención en urgencias, el monto total de la atención que recibió el esposo de Diana por esta (sin incluir la cirugía y medicamentos que se

realizaron luego) fue de \$1.478, de lo que el seguro les cubrió \$1.353, de manera que ellos debieron pagar \$125. Sobre esto, debe señalarse que, justamente por los costos de los servicios de salud, Antonio plantea que, sin importar el valor de un seguro, es mejor tenerlo, porque una atención en salud sin este, representa un gran gasto.

Ahora bien, en este punto es obvio que los altos costos están relacionados también con el modelo de seguridad social con énfasis en el aseguramiento privado, con la salud como un bien privado sujeto al mercado del cual cada individuo es responsable (Montiel, 2004). Además, estos costos se vinculan con el alto uso de tecnología de alta complejidad, como resonancias magnéticas y que los precios de estos procedimientos son más altos que en otros países desarrollados (Iriart, 2016b; Carey et al., 2009).

Con respecto a lo anterior, habría que decir que las razones que atribuyen los entrevistados para los altos costos, se centran evidentemente en razones más puntuales que estructurales. Para ellos estos se deben: primero, a que la reforma del expresidente Obama estableció la obligatoriedad del seguro de salud y prohibió motivos de rechazo para el ingreso al seguro, como las preexistencias (Ley del Cuidado de Salud Asequible, 2010) y esto encareció los servicios. Segundo, los médicos deben pagar altos seguros para cubrir posibles demandas por negligencia y transfieren este costo a los pacientes. Tercero, que a quienes pagan seguros y servicios se les cobran gastos de salud de aquellos que no pagan, puntualmente, los migrantes no autorizados. Al respecto, Antonio afirma: “le aseguro que probablemente de los \$50000 que costó mi cirugía de vesícula probablemente \$10000 fueron para cubrir parte de esa gente que se fue sin pagar la cuenta” (EUE1S2).

8.3.3.3. Aceptabilidad del derecho a la atención en salud

En relación con la aceptabilidad del derecho a la atención en salud en este país, los hallazgos evidencian diferencias entre lo propuesto en las instancias gubernamentales y los testimonios de los entrevistados. Esto, primordialmente en dos aspectos, las diferencias lingüísticas y la posibilidad de acceder a medicinas complementarias y alternativas.

Con respecto a las diferencias lingüísticas, en términos de lo establecido se encuentra que en Estados Unidos se propone la figura de traductor médico (*Clinic Interpreter*, *Clinic Translator* o *Medical Translator*) en el medio sanitario público. Esta disposición está en

coincidencia con el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, que protege a los ciudadanos contra la discriminación por raza, color u origen nacional en cualquier programa financiado con fondos federales. Asimismo, la Ley de cuidado de salud asequible (2010) requiere que las aseguradoras, hospitales y otros incluyan una frase sobre servicios de traducción gratuitos en los 15 idiomas que sean más frecuentes en un estado. Esto implica que se dé a los pacientes una notificación de que pueden recurrir a servicios de traducción gratuitos.

No obstante, estas medidas han encontrado obstáculos en la administración Trump, quien intentó que se levantara esta medida argumentando, primordialmente, que reduciría costos de atención en salud. La propuesta del gobierno cuestionaba además la necesidad de los avisos sobre servicios de traducción, pues estos no aumentaron significativamente el número de pacientes que usaban los servicios de idiomas. A pesar de lo anterior, en la misma propuesta, el gobierno reconocía que eliminar la medida podía tener como consecuencia que menos personas con un nivel de inglés limitado recurrieran a atención médica (Heredia, 2019).

Adicionalmente, como se dijo, los testimonios de los entrevistados dan cuenta de dificultades lingüísticas. Para Antonio esta es la mayor barrera en la atención en salud en ese país, con la que se ha encontrado. De otro lado, cabe resaltar que ninguno de los entrevistados dan cuenta de los servicios de traducción a los que se hizo referencia, ni en términos de recurrir a ellos ni de recibir información. Por el contrario, sus testimonios coinciden con lo planteado por Figueroa-Saavedra (2019), este autor da cuenta de las estrategias a las que recurren los pacientes ante el desconocimiento del idioma, entre ellas hablar de modo deficiente y recurrir a un familiar o amigo que hable mejor como traductor. Asimismo, es de resaltar que el hecho de que saltar la barrera del idioma sea puesta en el usuario contradice la idea de la atención sanitaria como derecho al alcance de todos sin exigir nada a cambio. Justamente, se encuentra en los entrevistados que ante esta barrera todos hacen referencia a que ellos lo solucionaron, por ejemplo, Diana da cuenta de que en la atención a su esposo, él habló, pues es fluente en inglés, asimismo, Antonio recuerda que, inicialmente, en las primeras atenciones en salud: "yo en mí inglés chapaleté lo que pude" (EUE1S2).

De otro lado, deben considerarse las consecuencias que esto trae, pues implica que se expongan a más riesgos de complicaciones como malinterpretar las ordenes médicas o usar los medicamentos de manera inadecuada (Heredia, 2019). Ahora bien, no se trata solo de que el paciente malinterprete al médico sino también viceversa, como señala Antonio: “es muy complicado, porque es muy difícil responder a las preguntas. A veces son preguntas muy específicas que le están haciendo a uno para diagnosticarlo, y al no poderse comunicarse es un problema” (EUE1S2). Para cerrar este aspecto, habría que decir que esto sucede en casos como el de los entrevistados quienes hablan español, un idioma muy presente en Estados Unidos, por lo que es aún más grave en el caso de otras nacionalidades, como los iraníes que es más raro que puedan encontrar interpretes autorizados en el sistema sanitario.

Un panorama similar se encuentra en relación con el segundo aspecto, la medicina complementaria y alternativa. Puesto que, a pesar de que se propone, se reconoce e incluso se cuenta con el Centro Nacional de salud complementaria e integral, agencia federal cuyo objetivo es la investigación científica sobre enfoques de salud complementarios e integradores (National Center for Complementary and Integrative Health [NCCIH], 2020), ninguno de los tres entrevistados da cuenta de las posibilidades de acceder a esta medicina, a través de su seguro de salud. Al contrario, en opinión de Antonio, la medicina diferente a la “occidental” no es reconocida en ese país.

En relación con el lugar de las medicinas alternativas en la atención en salud, puede ubicarse el testimonio de Antonio quien recuerda un caso preciso en que la esposa de un amigo fue tratada con medicina alternativa, pero para esto, su amigo debió gestionar la atención independientemente y pagarla como gasto de bolsillo. Con el agravante de que recurrió a esto luego de haber incurrido en altos gastos para atención en salud convencional por medio de su seguro y de haber buscado, él mismo, un médico fuera del país que estableciera el protocolo de atención para su esposa.

En términos generales, en este país, desde lo descrito habría que señalar dos asuntos: primero, que la primacía del interés económico deriva en que se reduzcan posibilidades como la atención en salud en idiomas o traductores. Segundo, que desde el énfasis en la medicina amparada científicamente, aquellas que no pueden responder a esa lógica, como algunas de las alternativas, son excluidas.

8.3.3.4. Calidad del derecho a la atención en salud

Como se ha presentado en este texto, la calidad se refiere a que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados médico y científicamente, y contempla aspectos como la capacitación del personal médico, medicamentos, equipo y condiciones adecuadas (ONU, 2000).

Con base en los relatos de los entrevistados, puede decirse que en Estados Unidos se valoran, principalmente, la eficiencia y eficacia de los servicios, razones por las cuales los entrevistados prefieren los servicios de ese país, como afirma Antonio: “yo prefiero enfermarme en Estados Unidos y que me atiendan en Estados Unidos” (EUE1S2). Asimismo, David, quien está pendiente de que le realicen una cirugía en Estados Unidos expresa que prefiere realizarla allá, porque le generan temor las historias que ha oído y visto sobre la atención en Colombia.

Los entrevistados mencionan como elementos a destacar en relación con la calidad: la organización, la rapidez en la atención, y el acceso fácil y oportuno a una medicina más tecnologizada. En este sentido, Diana destaca, como una diferencia importante frente a Colombia, la organización en los procesos, ella manifiesta que se llevan rigurosamente los protocolos y son muy eficientes en responder a cualquier solicitud. Asimismo, para ella es importante la rapidez para la realización de exámenes, lo que, a su vez, se relaciona con la oportunidad de la atención. En esta opinión, coinciden Antonio y David, quienes, desde su experiencia recuerdan que cuando han necesitado exámenes para diagnósticos se los han realizado rápidamente. Sobre el tema, habría que mencionar además que, de acuerdo con Antonio, no solo se trata de que los diagnósticos se realicen rápidamente, sino que se busca garantizar que el diagnóstico sea correcto a través, por ejemplo, de la triangulación de métodos de diagnóstico o interpretaciones de este.

De otro lado, una falencia que Diana señala en relación con la atención es la impersonalidad de esta; ella afirma que, a pesar del cumplimiento de los protocolos, hay dificultades en cuanto a la calidad humana. Como ejemplo, ella manifiesta que, en la realización de la cirugía de su esposo, los médicos que la operaron no le informaron nada con respecto a la cirugía, de manera que ella no tuvo comunicación ni obtuvo información de los médicos acerca del estado de salud de su esposo o de las recomendaciones a seguir. En

relación con esto, de acuerdo con la OMS (2003) la calidad de la atención médica se piensa como la combinación de medidas técnicas e interpersonales; así, puede haber competencia técnica pero la calificación de la calidad incluye también las habilidades interpersonales, en particular, la capacidad de comunicarse efectivamente con los pacientes. Sin embargo, debe aclararse que, en este caso en particular, el reclamo se hace debido a que la entrevistada ha crecido, en general, en un contacto más cercano con los médicos, costumbre que no corresponde con la forma de relacionarse en países como Estados Unidos.

Esta distancia en la relación con los médicos no solo se da en situaciones concretas sino que es un asunto ligado al procedimiento para la atención en salud, todos los entrevistados hacen referencia a los filtros para ver al médico, pues en general se es atendido, inicial o totalmente, por una enfermera. Al respecto, Antonio expresa “para mí el primer choque o el choque más grande que yo he tenido es la cantidad de filtros que uno pasa hasta llegar con el médico, y el médico entre más especialista es, más filtros hay” (EUE1S2). Por el contrario, para David es un sistema eficiente pues el tiempo del médico es valioso, él manifiesta: “a mí me parece algo eficiente, porque el médico está para cosas más importantes. No estoy diciendo que eso no es importante, sino que eso lo puede hacer un técnico” (EUE2S1).

8.4. Migrantes Colombianos En Estados Unidos: ¿Sujetos Del Derecho A La Salud?

En el presente apartado se abordan los aspectos que se consideran en esta investigación como constitutivos de los migrantes como sujetos del derecho a la salud en los siguientes ítems: 1. Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora, 2. Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía.

8.4.1. Relación de los migrantes con la gestión migratoria, las políticas y la sociedad receptora

El ítem a continuación desarrolla tres aspectos: las percepciones sobre la gestión migratoria, las percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas y las percepciones sobre los

migrantes en la sociedad receptora. Estos aspectos son abordados con base en los relatos de los tres entrevistados en Estados Unidos.

8.4.1.1. Percepciones sobre la gestión migratoria

Tal como se dijo en los capítulos anteriores, lo primero a señalar es que los entrevistados difieren en el conocimiento que tienen de las políticas migratorias: en Diana y David, este conocimiento se relaciona con los trámites a los que se ha enfrentado en el día a día, y en Antonio, ese conocimiento se relaciona con su interés en aspectos políticos de su país de destino. Ahora bien, es de resaltar que, en este caso además de que los entrevistados muestran diferencias en la razón para conocer las políticas, se encuentran diferencias en la profundidad de ese conocimiento, pues como se verá a continuación Antonio da amplia cuenta de este tema.

Dentro de sus referencias, Antonio plantea que, en ese país, las políticas migratorias cambian de acuerdo al partido político que represente el presidente; lo anterior, pues el partido demócrata apoya la inmigración y el republicano se opone a la inmigración. Como ejemplo, Barack Obama es demócrata y Donald Trump es republicano, y sus posiciones derivaron en diversas orientaciones en las políticas migratorias. No obstante, es de resaltar que a pesar de que las políticas cambian, el mismo entrevistado reitera en sus entrevistas que “un inmigrante siempre será un inmigrante”, pues las leyes son “para los de ruana”, y los migrantes son los que más sufren ante cualquier cambio en las leyes, adicionalmente, expresa que el trato de las personas del común hacia los migrantes nunca va a cambiar.

De otro lado, Antonio se refiere a las diferencias entre las políticas de los estados, al respecto, sostiene que, de acuerdo al Estado en que el migrante se instale, será la bienvenida que reciba. De esta manera, los Estados “imanes”, como Estados refugio para los migrantes, atraen más inmigrantes pues tienen programas que los apoyan, incluso si están en condición de irregularidad. Por el contrario, hay otros Estados que no reciben bien a los migrantes y, en los que se justifican situaciones como las detenciones sin causa probable, y en que la causa real para la detención es “parecer latino”. Como ejemplo de lo anterior, el entrevistado se refiere a que, en estos Estados, el migrante puede ir manejando un carro cumpliendo todas

las reglas de tránsito y el carro en perfectas condiciones, pero lo detienen por verse como latino y así revisan su estatus migratorio, con el fin de detectar a los migrantes no autorizados.

Ahora bien, en relación con el tema de las políticas, es necesario aquí enfatizar en los programas sociales que se ofrecen para los migrantes. Desde la experiencia de los entrevistados, se concibe una opinión diferente respecto a las ayudas que el gobierno estadounidense brinda a los migrantes. Por ejemplo, desde la experiencia de Diana en ese país “cada quien es responsable de sí mismo”; ella plantea que pese a lo organizado que es el proceso migratorio, con frecuencia debe buscarse apoyo en terceros o en conocidos que orienten sobre las inquietudes y dificultades que vayan surgiendo, pues la otra alternativa es recurrir a agencias de inmigración que cobran altos honorarios por esos servicios. Adicionalmente, ella plantea que los migrantes no son objeto de ayudas estatales, a diferencia de los ciudadanos quienes evidentemente cuentan con ciertas ventajas. Para ella, el migrante debe luchar por sí mismo para solventar sus necesidades básicas y regularizar su situación.

Por su parte, David desde su experiencia de muchos años como ciudadano estadounidense, tiene una visión diferente frente al apoyo del estado. Para él resulta llamativo que en algún momento en que llevó a sus padres al país, ellos hubiesen sido objeto de ayudas estatales como salud, subsidios económicos, sin tener totalmente regularizada su situación y además sin pagar impuestos. A partir de esta situación, y de otras que él conoce, él considera que la política migratoria no es totalmente justa, pues a través de la misma se brindan ayudas a personas que, en su opinión, no hacen contribuciones económicas al país, lo cual pone en desventaja a personas que, como él, han contribuido durante largo tiempo. Igualmente considera que estos servicios sociales a migrantes no autorizados son objeto de abuso por parte de las personas, situación que, para él, justificaba algunas de las acciones de Trump.

Por su parte, Antonio considera que los migrantes si reciben ayudas, pero principalmente por la vía de los recursos federales y estatales transferidos a las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) y fundaciones que ayudan a la población en condiciones de precariedad. Señala además que estas entidades reciben también donaciones de personas privadas, aunque aclara que el trasfondo de estas donaciones es que, al hacerlo, pueden obtener reducciones en los impuestos. Ahora bien, este entrevistado se refiere a que la cobertura de servicios de estas organizaciones es muy amplia; ofrecen asesoría en todos

los aspectos y diversos servicios, pero también, expresa que muchas de las ayudas disponibles se pierden por falta de información. Como ejemplo, menciona a una mujer colombiana que conoce, quien paga por el jardín escolar para su hija \$700, mientras organizaciones como *Boys and Girls*³⁸ ofrecen el cuidado de los niños luego de la escuela e incluyen asesoría en las tareas, comida y actividades lúdicas con un costo mucho más bajo, pero ella no accede a esta organización pues desconoce que existe. Asimismo, menciona una organización que trabaja con mujeres que emigran desde Haití, a quienes les ofrecen clases de Creole, inglés y asesoría para llenar los documentos de inmigración.

Ahora, tal como se dijo, el conocimiento al que se refiere Diana es diferente pues más que a la globalidad de las políticas y programas se refiere a aspectos concretos de los trámites migratorios. En términos generales, destaca la organización y fluidez en las comunicaciones de los procesos migratorios, además valora que el gobierno les haya dado la oportunidad de estar en el país en condiciones regulares, a través de la solicitud de asilo, teniendo así la posibilidad de trabajar. De otro lado, ella resalta que desconocían las obligaciones que como migrantes tendrían, entre las cuales están que ella y su esposo deben tener un seguro de salud, tener permiso de trabajo actualizado y declarar impuestos. Ella destaca que lo último fue lo que les generó el mayor shock pues el primer año debieron pagar una alta suma de dinero, pero también señala que han ido aprendiendo qué deducciones pueden solicitar. Asimismo, ella hace referencia a cómo se han acercado al proceso de solicitud de asilo, asimilándolo desde los pasos que han realizado.

Finalmente, con respecto a la relación con el Consulado colombiano, tal como en los países anteriores, se encuentra en los entrevistados que esta relación se limita a asuntos administrativos. En términos de la opinión acerca de los procesos y programas, Antonio resalta que el consulado se ha modernizado, y actualmente, los trámites de cancillería y migración son incluso más fáciles que en Colombia, por lo que él prefiere realizarlos allá. Además, expresa que como en el Estado en que está hay tantos colombianos, el Consulado hace jornadas de trámites por diferentes zonas de la Florida, aproximadamente una vez al mes. Por su parte, Diana señala que su esposo ha ido solo una vez al Consulado para realizar

³⁸ Organización nacional de sedes locales que ofrece programas para niños y niñas luego del horario escolar (<https://www.bgca.org>)

un trámite para la visita de un familiar. Además, recuerda que han asistido a ferias que se realizan allí, por ejemplo, de oferta para la compra de vivienda en Colombia; de estas expresa que la ventaja que ofrecen es no tener que ir a Colombia para firmar documentos, aunque considera que los costos de los trámites y las propiedades son los mismos que en Colombia. Por su parte, David no da cuenta de relación alguna con el consulado colombiano, pues como se verá más adelante, él se ha alejado bastante de los asuntos relacionados con Colombia.

8.4.1.2. Percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas: migrante deseado-migrante riesgo

A continuación, el lector encontrará las características que, según los relatos de los entrevistados y el análisis de la normativa, califican a un migrante como deseado o como riesgo para Estados Unidos.

De acuerdo con Antonio, para la sociedad estadounidense son deseables los migrantes que constituyen mano de obra no calificada, pues esta realiza los trabajos que los estadounidenses no quieren hacer. En el caso específico de los refugiados, considera que su recepción ha estado condicionada al partido político en el poder. Esto lo plantea a partir de haber visualizado que, durante el gobierno de Obama, se abrió un cupo para la recepción de refugiados sirios, cupo que, una vez llegó al poder Trump fue cerrado. Es de recordar que, en la misma línea, el expresidente Trump se opuso a la entrada de más migrantes latinoamericanos, aduciendo puntualmente, que de dichos países emigraba, principalmente, población vinculada a la delincuencia, y otros problemas como el narcotráfico. Esto, de alguna manera ha contribuido a delinear el prototipo de “migrante ideal” para la sociedad estadounidense y, a su vez, a consolidar el imaginario del migrante del sur como migrante riesgoso.

En este sentido, David y Diana han adoptado bastante este prototipo de migrante, al considerar que el migrante ideal debe integrarse a la “cultura americana”; puntualmente, David plantea que, desde su experiencia, quienes más se rehúsan a integrarse a este país son los latinos, pues los asiáticos y europeos, se sienten “tan americanos como los americanos” (EUE2S3). Asimismo, manifiesta que, en la medida en que el migrante llega buscando nuevas oportunidades, debe ayudar a hacer grande el país y trabajar por él; especifica que el

migrante no debe llegar “como lo hacen muchos” a esperar que el gobierno los sostenga económicamente.

Por su parte, Diana expresa que el migrante ideal para Estados Unidos es quien no llega a interrumpir las rutinas, reglas y maneras en que se han organizado las cosas; o sea, que no irrumpen en el ambiente que los estadounidenses ya tienen creado, que sean personas responsables y respetuosas, que trabajen y no sean delincuentes. En una línea similar, para ella, el migrante ideal es el que deja en alto la imagen como colombiano, una persona que le aporte a la sociedad a la que está llegando, que sea productiva, que no genere cargos o dificultades sino que se sienta que está tranquilamente y aportando al ambiente, no interrumpiendo, que no sea una persona indeseable.

En términos de los requisitos para inmigrar, Antonio recuerda que no tuvo exámenes o revisiones de salud al salir de Colombia o llegar a Estados Unidos, sino que el examen médico lo presentó cuando solicitó hacerse ciudadano. Él aclara que el médico que examina, trabaja para el gobierno estadounidense y es autorizado por migración para hacer el examen, además, recuerda que una vez se tiene el resultado del examen global, este es incluido en el archivo de migración de cada individuo. Con respecto a este examen, tanto él como David, plantean que no es complejo, pero revisan varios aspectos como que el migrante cuente con las vacunas exigidas, además le realizan exámenes de laboratorio, sangre, rayos x, etc. En relación con este proceso, David aclara que más allá de lo que le soliciten o pregunten al migrante, el gobierno estadounidense tiene acceso a su información, no solo sobre la historia médica sino sobre la vida privada, por ejemplo, sobre infracciones, incluso mínimas, a la ley.

Ahora bien, esta referencia a los exámenes de salud coincide con lo establecido en la normativa acerca de los motivos de inadmisión. En la Ley de Nacionalidad e Inmigración (1952) se especifica que entre las razones para negar la admisión están los motivos relacionados con la salud, entre los que se cuentan no tener las vacunas exigidas, por ejemplo, contra las paperas, el sarampión y la hepatitis B. Asimismo, llama la atención el señalamiento, en la normativa, de que son inadmisibles, por una parte, quienes por tener un trastorno físico o mental representen una amenaza para sí mismos o para otros y, por otra, quienes son drogadictos. En relación con este tema, también se encuentra incluida en los

motivos de inadmisión, la posibilidad de ser una carga pública, y para evaluar esto consideran factores como edad, salud, recursos y situación financiera, y educación y habilidades.

A estos motivos relacionados con la salud se suman aquellos vinculados con la seguridad, cuya exposición en la normativa de este país es minuciosa. Puntualmente, en el desarrollo de esta se especifican las faltas y delitos que hacen que el migrante sea un peligro para la seguridad, así como las condiciones y excepciones en su aplicación. Para efectos del texto pueden pensarse estas faltas y delitos en cinco grupos: faltas a la legislación migratoria, delitos comunes, delitos relacionados con narcotráfico, lavado de dinero y terrorismo, delitos o actividades contra la estabilidad política de Estados Unidos, y actividades relacionadas con el totalitarismo y genocidio.

8.4.1.3. Percepciones sobre los migrantes en la sociedad receptora: discriminación y estereotipos

8.4.1.3.1. Discriminación hacia los migrantes

El presente apartado aborda la discriminación hacia los migrantes en Estados Unidos. En cuanto al tema se encuentran diversas opiniones en los entrevistados en este país: Antonio afirma que existe discriminación hacia los migrantes, David y Diana opinan que no.

Tal como se dijo, para Antonio hay discriminación en Estados Unidos, él afirma que el estadounidense promedio es racista y, le disgustan los migrantes porque asume que le están quitando el trabajo, además de que ignora muchos asuntos migratorios, por tanto, si un migrante tiene acento al hablar, inmediatamente, asume que es irregular. Hablando de esta discriminación Antonio afirma que en Estados Unidos solo hay dos escalas: se es o no se es blanco, y se considera que no “son blancos” los latinos, afroamericanos, asiáticos, etc. Además, señala que hay términos despectivos para referirse a las personas de acuerdo a sus nacionalidades: los chinos, japoneses, taiwaneses y coreanos entran en la categoría “taca-taca” o *Shrimp*, los “camarones”. Para los latinos el término es *Spic*, término “grotesco” para decirles cerdos, mientras que *Nigger* es la palabra ofensiva para referirse a los afroamericanos.

Desde su experiencia personal, afirma que, a pesar de esa discriminación, a él lo han recibido bien pues lo respetan mucho por su nivel educativo, de manera que así lo discriminan como latino, él está más calificado y eso en Estados Unidos tiene muchísimo respeto. Como ejemplo, señala que “pueden verlo como el más inmigrante de los inmigrantes, pero se refieren a él como Doctor”. No obstante, enfatiza que, a pesar de eso, como lo ha reiterado, un migrante siempre será un migrante y, en esta vía, habría que recordar aquí, su experiencia de discriminación en la empresa anterior, en la que, por ser migrante no pudo alcanzar un nivel más alto en la jerarquía corporativa, por ejemplo, como socio.

Por el contrario, David plantea que en ese país no hay discriminación en absoluto, que al americano no le importa si se es blanco, rojo, amarillo o morado, católico, musulmán o lo que sea; para él, en ese país lo que importa es que el migrante produzca dinero y que responda en el trabajo, si lo hace no hay problema. No obstante, aclara que esto es lo que el sintió por lo menos en California, donde desarrolló gran parte de su vida laboral. Por su parte Diana, expresa que no ha conocido ningún caso de discriminación hacia los migrantes. De hecho, sostiene que discriminar es sancionado, por ejemplo, si se vive una situación de discriminación en el trabajo puede asentarse una queja contra el empleador o quien haya discriminado.

De otro lado, es de señalar que Antonio además de referirse a la discriminación de los estadounidenses hacia los migrantes, da cuenta en su relato de las pugnas y segregación entre migrantes latinos en Estados Unidos, particularmente entre los cubanos y el resto de latinos. Él afirma que los migrantes latinos no quieren a los cubanos por las prebendas que estos tienen, basadas en la “Política de pies secos, pies mojados” (1995) por la que se les otorga residencia permanente, seguro médico, auxilios del gobierno, etc., sin mayor trámite (simplemente por ser exiliados cubanos), mientras que migrantes de otras nacionalidades no tienen estas prebendas. Él mismo cuestiona la justicia de esta política pues les basta llegar al país para tener su instalación resuelta, eso ha derivado, para él, en que, con excepciones, los cubanos no busquen progresar, ya que pueden quedarse viviendo de las ayudas del gobierno. Este reproche hacia los cubanos por parte de otros inmigrantes, es también alimentado por el hecho de que ellos mismos suelen no identificarse como latinos, sino como blancos y republicanos y se identifican plenamente con muchos de los planteamientos del presidente Trump.

Ahora bien, es de señalar que las discriminaciones entre migrantes no solo se originan en las diferencias entre las nacionalidades, sino en las diferencias de estatus migratorios. Como ejemplo, valga recordar que David y Antonio cuestionan que los migrantes no autorizados no paguen seguro de salud e impuestos, ya que a la larga terminan beneficiándose de las contribuciones de los demás, incluidos ellos como migrantes ya regularizados. Ambos consideran que esto genera una serie de problemáticas, pues en la medida en que se brindan incentivos para los migrantes no autorizados, esto genera que lleguen nuevas oleadas de migrantes que presionan los servicios sociales y hacen uso de bienes públicos, lo que deriva en incrementos en los impuestos.

8.4.1.3.2. Estereotipos sobre los colombianos

En relación con el tema de los estereotipos, se encuentra que estos coinciden con los hallazgos de Ecuador y Canadá, pues el estereotipo central es el del “colombiano como narcotraficante”. Ejemplo de esto, es que Antonio recuerda que en Oklahoma era común que le hicieran bromas preguntándole “¿a cómo el gramo de cocaína?”. Ante esto, como su área académica estaba relacionada con los transportes, desistió de pelear contra el estereotipo y se refería a su trabajo como de optimización de rutas para llevar cocaína a los Estados Unidos, como un “chiste”, y afirma que hizo esto pues no importaba que tratara de defenderse, de manera que lo hacía más por supervivencia. Asimismo, David hace referencia a que le hacían bromas en la oficina, le decían que ya que era colombiano si iba a visitar Colombia trajera drogas, a lo que él respondía que si fuera así no trabajaría para ganar lo que ganaba, pero respecto a esto, precisa que no se trataba de algo discriminatorio sino de “bromas”.

En la línea de las formas para tramitar ese estereotipo, Antonio cuenta como anécdota, que cuando vivió en un barrio peligroso en Chicago, recién llegado al barrio fue al supermercado y estaba muy cubierto, por lo que no se veían sus facciones latinas, y la persona que estaba adelante en la fila y el de la caja registradora hablaban sobre él en español; se preguntaban -quién era, de dónde salió-, sin saber que él entendía. Cuando él llegó a pagar, le preguntaron si hablaba español y al decir que si y que era colombiano asumieron que era peligroso y les generó miedo. El entrevistado recuerda que, desde ese episodio, cuando en el barrio se supo que era colombiano, le sucedieron cosas como que le arreglaron el carro gratis

porque era un honor arreglarle el carro al “colombiano”, y nadie nunca se metió con él, mientras que a su compañero que era estadounidense, le rompieron la ventana del carro, lo robaron, etc. De manera que él manifiesta que aprovechó ese estereotipo del “colombiano” a su favor, porque se asumía que todo colombiano era narcotraficante y peligroso lo que generaba miedo y lo protegía de posibles peligros.

8.4.2. Migrantes como sujetos del derecho: estrategias y ejercicio de ciudadanía

En términos de las acciones que los migrantes entrevistados han desarrollado para enfrentar las situaciones que se les han presentado se tienen: las estrategias individuales y colectivas, y el ejercicio de su ciudadanía.

8.4.2.1. Estrategias de los migrantes frente a los obstáculos en sus condiciones de vida

En las estrategias individuales se encuentran acciones precisas en relación con la instalación en ese país, como la realización de trámites y el acceso laboral. Se tiene, por ejemplo, a Antonio quien se encontró con la dificultad para conseguir trabajo, pues además de hallarse en la coyuntura de la reducción de visas de trabajo, nadie lo quería contratar porque tenía más calificaciones que quienes iban a ser sus jefes, por ende, era una competencia para ellos y además su salario debía ser superior. Su opción ante ese obstáculo fue aceptar un trabajo en una empresa en que su área de trabajo no existía y él fue contratado para crearla sin competir con las posibilidades de otros, afirma que:

La salida de esa adversidad... aceptar un trabajo en una empresa, entre comillas chiquita, en la cual no había ninguna perspectiva de progreso, sino que era simplemente un sitio para recibir un salario y ni siquiera había beneficios (EUE1S4).

Este mismo entrevistado asume hacer empresa en Estados Unidos una vez se retira de su último empleo, decisión orientada a mejorar sus condiciones, pero vinculada además con elementos subjetivos, pues su familia es de empresarios, por lo que él manifiesta que era una deuda que tenía consigo mismo. En la vía de hacer empresa, está también el caso de Diana quien, en el momento de las entrevistas, se encuentra en el desarrollo de su propio negocio.

Nuevamente, en cuanto a los trámites migratorios, Antonio señala que él mismo fue aprendiendo cómo hacerlos, además porque no sabía que tenía la posibilidad de recurrir a organizaciones. En su caso siguió las instrucciones que trae cada formulario, resaltando que es muy fácil diligenciarlos. Respecto a su experiencia, afirma que hubiera ahorrado mucho tiempo si hubiese ido a una de las ONGs que ha conocido.

Ahora bien, consistentemente con lo que se ha encontrado en Ecuador y Canadá, los migrantes entrevistados en Estados Unidos hacen referencia a las redes de apoyo en ese país. Diana relata que llegaron al proceso de asilo a través de la recomendación de alguien que conocieron en la empresa a la que llegaron a trabajar. Adicionalmente, esa persona tenía la experiencia y les indicó el paso a paso, al respecto, ella afirma que si bien puede conseguirse asesoría el costo es alto y es algo que cada quien puede hacer por sí mismo. Asimismo, señala que quien les consiguió el primer apartamento fue un amigo de su esposo que es *Realtor*. De manera similar, Antonio afirma que, aunque él no asistió a organizaciones que le ayudaran pues no las conocía, si encontró en su camino a personas que le ayudaron y apoyaron en asuntos como los que manejan las organizaciones no gubernamentales. Por su parte, David recuerda que cuando se enfrentó a un periodo de depresión en el trabajo en Estados Unidos, un amigo le enviaba clientes para que él trabajara de manera independiente y, en su caso, cabe recordar que en su instalación en ese país contó con el apoyo de la familia de su esposa.

8.4.2.2. Ejercicio de Ciudadanía

En este apartado se desarrollan los hallazgos en relación con los tres elementos analíticos propuestos por Barbero (2010): el estatus formal, la identidad y la participación política.

En relación con el estatus formal se encuentra que Antonio y David cuentan con el estatus formal de ciudadanos. Lo primero a resaltar es que Antonio plantea que ser ciudadano es un privilegio para el cual deben hacerse méritos; de manera que se trata de un privilegio que se obtiene, mas no un derecho que debe estar al alcance de todos.

Debe recordarse que su opinión, está mediada por su experiencia de obtención de ciudadanía por habilidades excepcionales, lo que le ahorró tiempo y trámites para obtener su estatus, y que ahora lo ubica en una posición privilegiada.

Especificando un poco más sobre el proceso de obtención de su ciudadanía, Antonio menciona que para el examen deben demostrarse conocimientos sobre el himno de Estados Unidos, el juramento a la bandera, las tres ramas del gobierno, el proceso de votación y los colegios electorales, que en Colombia no existen. Para la presentación de este examen, entregan un libro con todas las preguntas y en la entrevista le hacen 5 o 10 preguntas, por lo que este entrevistado lo califica de fácil, además, resalta que a él se le facilitó por su interés en el proceso de creación de las leyes en Estados Unidos. De otro lado, relata que una vez se hace ciudadano, le entregan el diploma que lo acredita como tal y él entrega su tarjeta de residente y, al salir, puede hacer su inscripción para votar, y en esta puede registrarse como republicano, demócrata, independiente o sin afiliación política.

Igualmente, Antonio resalta que ha obtenido ventajas al ser ciudadano, como que ahora se encuentra incluido en la categoría de minoría. De esta forma menciona que los servicios profesionales que ofrece en su condición de “empresario colombiano extranjero inmigrante” no los ofrece ninguna otra “minoría”. Así pues, su empresa califica como empresa de minorías, lo que le da prebendas, por ejemplo, el Estado se encarga de hacerle llegar información sobre oportunidades de capacitación o proyectos para presentarse. Además, en el momento de presentarse a una licitación para ser contratado por el Estado, puede obtener más puntos por ser minoría y estos puntos pueden incluso definir la asignación de un contrato. En la misma línea, plantea que pueden darse situaciones como que el gobernador de la Florida establezca que el 15% de todo el dinero que se contrata por el Estado se debe dirigir a empresas constituidas por minorías.

Con respecto al segundo aspecto, la participación, se encuentra que David y Diana no han participado de las elecciones en Colombia. Diana considerando el poco tiempo que lleva en ese país y entendiendo que su prioridad es definir su estatus migratorio. El caso de David es diferente, pues él plantea que no vota en las elecciones en Colombia dado que él vive y paga impuestos en ese país, y no considera adecuado intervenir en decisiones de un país del que se ha ido alejando y al que no hace aportes, en sus palabras “no se debe servir a dos amos”. Por su parte, Antonio tiene una postura diferente, al participar de los procesos electorales de ambos países. Él enfatiza que ejerce plenamente su derecho al voto dada su condición de ciudadano de ambos países. Respecto a las votaciones estadounidenses, manifiesta que el proceso es sencillo, pues una vez sale de la ceremonia de ciudadanía puede

registrarse o inscribirse por internet para participar en estas; frente al proceso electoral colombiano manifiesta que siempre lo realiza a través del consulado.

De otro lado, en relación con la participación no convencional es de resaltar que, en este país, ninguno de los tres entrevistados hace referencia a esta. Incluso, al ser interrogados sobre actividades de apoyo a otros migrantes o procesos políticos, niegan su participación.

Finalmente, en cuanto a la identidad, en referencia al sentido de pertenencia podría pensarse que en los tres entrevistados se encuentran tres posturas diferentes: en Diana, quien emigró más recientemente, se encuentra una identidad ligada a Colombia, aunque eso no excluye que valore positivamente aspectos de residir en ese país, así como que dé cuenta de aspectos negativos en Colombia. Por su parte, en Antonio podría hablarse de una identidad vinculada a los dos países, en él, como en Diana, se encuentra el reconocimiento de aspectos positivos y negativos en los dos países. Asimismo, se resalta que él hace referencia a que ejerce su derecho al voto en ambos países y tiene opiniones sobre ambos contextos políticos y sociales. En David, la situación es diferente, en él puede hablarse de un sentido de pertenencia estadounidense, aun cuando reside una parte del tiempo en Colombia, de hecho, él expresa explícitamente “yo sinceramente me siento más americano que colombiano” (EUE2S3), afirmación que se concreta, por ejemplo, en su renuencia a participar de las elecciones en Colombia, pues el país al que él le “sirve” es Estados Unidos.

8.5. Consideraciones Finales

A lo largo de este capítulo se han presentado los principales hallazgos sobre el derecho a la salud de Antonio, David y Diana, a través de su experiencia como migrantes en Estados Unidos. Según estos hallazgos, las condiciones de vida con las que cuentan los entrevistados en ese país son consideradas por ellos mismos, como mejores a las que pudieran tener en Colombia, por ejemplo, en relación con las oportunidades laborales, el nivel educativo, la percepción de seguridad y la atención en salud. Al respecto, debe aclararse que estas posibilidades han estado mediadas por su nivel de ingresos, así como por los esfuerzos propios e individuales de los migrantes.

Ahora bien, en relación con las condiciones que se vinculan con las oportunidades y obstáculos que se han presentado a los migrantes, se tienen elementos de los planos macro,

meso y micro. En este sentido, se incluyen en los elementos macro, las tendencias globales en políticas migratorias y sanitarias, y el contexto histórico de las políticas migratorias estadounidenses. En los elementos del plano meso se consideran la concreción de la orientación legislativa en materia migratoria y de salud, y los valores sociales asociados con la migración. Finalmente, para los elementos del plano micro se abordan las condiciones singulares de Antonio, David y Diana, en las que se contemplan las condiciones de su vida antes de su emigración, las circunstancias de emigración, las condiciones de vida actuales y, sus acciones como sujetos de derecho.

Así pues, el primer elemento del plano macro a desarrollar son las tendencias mundiales en políticas migratorias y sanitarias. Ahora bien, considerando que estas tendencias han sido presentadas en los dos capítulos anteriores, el presente se enfoca más bien en la posición en que Estados Unidos se ubica frente a estas.

Siguiendo esta propuesta, para iniciar habría que decir que Estados Unidos es el estandarte de la primera tendencia mundial en relación con las políticas migratorias, aquella que las orienta a la selectividad y securitización. Lo anterior, pues es justamente este país el que más reclama que se aborde la migración desde la perspectiva de la seguridad, justificándose en los sucesos del 11 de septiembre de 2001, en ese país. Este reclamo se origina en que, para ese momento, en Estados Unidos se argumentó que los terroristas pudieron ingresar al país debido a que los controles fronterizos no fueron eficaces, por lo tanto, se necesitaba reforzar estos controles y reformar las leyes (García, 2018; Márquez, 2003). Este panorama derivó en que, luego del 11S, la prioridad de la agenda estadounidense fuera la seguridad nacional (Ortega, 2017), contexto en el cual el foco de la política migratoria estadounidense pasó de los efectos económicos hacia la vinculación de la migración con el terrorismo internacional (Márquez, 2003).

Este cambio de foco se concretó en la creación de normativas como la Ley para el Control de la Inmigración, el Antiterrorismo y la Protección de las Fronteras (Border Protection, Antiterrorism, and Illegal Immigration Control Act) (2005), cuyos fines fueron fortalecer la seguridad fronteriza e interna, garantizar el cumplimiento de las leyes migratorias y criminalizar la migración irregular (Ortega, 2017). De acuerdo con Durand (2017), lo que subyace a esta ley es la equiparación entre la lucha contra el terrorismo y la

lucha contra la migración no autorizada, criminalizando a los migrantes. Asimismo, como se mencionó en el capítulo anterior, como resultado de este acontecimiento, Estados Unidos se esforzó en la creación, reorganización y reforzamiento de sus organismos de seguridad, política transversal que se ha mantenido a lo largo de los últimos años, independientemente del partido político en el poder. En tal sentido, vale recordar que el tema de la seguridad nacional y el control migratorio ha sido uno de los más mencionados por Trump, incluso desde sus promesas de campaña, como lo evidencian declaraciones como que “Un país fuerte y seguro necesita un sistema de inmigración fuerte y seguro” (White House, 2020).

Adicionalmente, debe anotarse que más allá de sus propios cambios, Estados Unidos presionó y condicionó, no solo a sus países vecinos (Canadá y México) sino a todos los países con los que tenía relación, para que concentraran sus esfuerzos en la garantía de la seguridad internacional. De manera que acabar con el terrorismo internacional se convirtió en el núcleo de la política exterior en este país, subsumiendo los temas comerciales y migratorios (Méndez, 2016). Además, habría que decir que no solo se trata del ejercicio de poder de este país hacia otros, sino que, desde su posición como “país de inmigrantes” sus posturas y decisiones en el ámbito migratorio marcan las tendencias a nivel mundial.

Ahora bien, es Estados Unidos también donde se encuentra uno de los más reconocidos movimientos de defensa y reivindicación de los derechos de los migrantes, que constituyen la segunda tendencia mundial en el ámbito migratorio. Es el movimiento de los *Dreamers*, que surgió en el contexto de la iniciativa del *Dream Act*³⁹ y se consolidó, como movimiento, en las marchas del 2006 en ese país, realizadas justamente contra la aprobación de la Ley para el control de la inmigración, el antiterrorismo y la protección de las fronteras de 2005, referida anteriormente (Durand, 2017). Como logros de este movimiento está el establecimiento del Decreto de Acción Diferida (Deferred Action for Childhood Arrivals, DACA) (2012), por parte del expresidente Obama, cuyo fin central era prevenir, o por lo menos diferir, la deportación de los jóvenes, hijos de migrantes no autorizados, que cumplían condiciones como haber ingresado al país antes de los 16 años. Asimismo, debe resaltarse que, a través de movilizaciones, este movimiento ha logrado evitar deportaciones de padres

³⁹ Este proyecto de ley que no fue aprobado buscaba reconocer derechos a jóvenes que habían llegado a Estados Unidos siendo niños aun cuando sus padres fueran migrantes no autorizados.

de *Dreamers* (Enríquez-Cabral et al., 2019). No obstante, debe anotarse que, en 2017, el presidente Donald Trump suspendió el programa DACA.

Siguiendo la línea de los capítulos anteriores, el segundo elemento del plano macro es el contexto histórico de las políticas migratorias estadounidenses. Lo anterior, pues, aunque la justificación del énfasis securitista puede situarse en los acontecimientos del 11 de septiembre, esto no quiere decir que antes de esta fecha los motivos de seguridad no se vincularan con las políticas migratorias. Además, como se ha dicho, aquellas tendencias que han marcado las políticas migratorias de los países en el pasado no desaparecen aun cuando se tomen énfasis diferentes.

Con respecto al tema, se encuentra que en los siglos XIX y XX se fomentaba la inmigración debido a su papel en el desarrollo económico de este país, pero, a su vez, se reconocía la importancia de controlarla. Así, desde la década de los 20', la política migratoria en este país, se caracterizó por promover la alternancia de periodos de inmigración y periodos de deportaciones masivas. Ya en el contexto de la segunda Guerra Mundial, justamente respondiendo a la demanda de mano de obra, se constituyó entre los gobiernos estadounidense y mexicano, el programa "Braceros", por el cual, mexicanos inmigraban para trabajar en Estados Unidos, principalmente para labores agrícolas. Este programa se desarrolló durante 22 años, pero no alcanzaba a cubrir la demanda de trabajadores por lo que, a la par, se daba migración no autorizada. Luego, debido a la recesión económica de los años 70, el Congreso estadounidense reconoció la necesidad de reformar las leyes migratorias, dando como resultado la Ley de Reforma a la Inmigración (IRCA) en 1986. Entre lo establecido en esta ley se incluyó la amnistía para que aquellos migrantes que estaban indocumentados pudieran regularizar su estatus migratorio, asimismo, se estipuló la prohibición de discriminación laboral por ser migrante (García, 2018).

De otro lado, en 1993, bajo el gobierno de Bill Clinton, se dieron políticas disuasivas de corte militar con acciones como la operación Guardián, dentro de la cual se inició la construcción del muro fronterizo Estados Unidos-México con el fin de detener la migración no autorizada. Asimismo, en 1996, el Congreso aprobó leyes represivas como la Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad del Inmigrante (IIRIRA) que buscaba que los migrantes no pudieran acceder a servicios sociales federales como asistencia médica

o alimentaria (García, 2018). Desde este contexto, que ya tiene como objetivo la restricción de la migración a ese país, se dieron los acontecimientos del 11 de septiembre que, como se presentó, derivaron en reformas migratorias enfocadas en medidas de control de la inmigración.

Ahora bien, más allá de estos hechos precisos, se considera aquí que el desarrollo de las políticas migratorias en este país puede vincularse con tres aspectos: una orientación pragmática, el establecimiento de leyes migratorias por parte de los Estados, en consonancia o no, con las leyes federales, y tendencias opuestas entre las orientaciones de los partidos demócrata y republicano.

Sobre la orientación pragmática, se encuentra que en Estados Unidos la elaboración de políticas migratorias se ha basado en un sistema pragmático, que responde a la búsqueda de equilibrio entre los intereses políticos y económicos de grupos hegemónicos, partidos y regiones (García, 2018). En relación con el segundo aspecto, debe anotarse que, a pesar de las orientaciones federales en las políticas, el contexto migratorio en ese país puede mostrar tensiones y fragmentaciones, pues los mismos estados pueden establecer leyes migratorias que sean más o menos restrictivas que las federales. El caso ejemplar es el de la Ley de Arizona, que, como ya se presentó, tiene como objetivos detener el ingreso de migrantes, obstaculizar su instalación y castigar a aquellos que los ayudan, cortando así sus redes y fuentes solidarias (García, 2018).

El tercer aspecto es la orientación de las políticas migratorias en vinculación con el partido político que ostente el poder en el país, tal como lo mencionó Antonio. Al respecto, habría que decir que autores como García (2018) plantean que independientemente del partido al que pertenezca el presidente, el factor decisivo al establecer las políticas migratorias es el pragmatismo ya mencionado. De esta manera, podría pensarse que la postura de los gobernantes hacia la migración no solo obedece a los valores intrínsecos del partido que se represente sino a factores externos como la relevancia del voto latino para alcanzar la presidencia, tal como sucedió en la elección de Barack Obama en 2012 (García, 2018; Méndez, 2016; Ortega, 2017).

En términos generales, los tres elementos mencionados configuran un escenario que se pudiera pensar general o transversal en la política migratoria estadounidense, es decir,

como elementos de trasfondo de dicha política. Sin embargo, estos mismos elementos posibilitan que la política migratoria sufra pequeños cambios según el momento económico y político del país.

En cuanto al tercer elemento del plano macro, la cercanía de la posición estadounidense con una de las tendencias globales en materia de salud, la salud como bien de mercado, es evidente. Este país es el prototipo de esta concepción de salud, de hecho, de la misma manera concibe lo relacionado con todos los derechos sociales. La concepción de la salud como bien de mercado se deriva en que esta se rija por los conceptos de libre elección y libre mercado, en que se reemplaza la categoría de usuario por la de cliente o consumidor (Iriart, 2016a). Al respecto, cabe recordar el énfasis de Diana al decir que: en ese país se accede a aquello que se pueda pagar. Ahora bien, esta posición es evidente incluso desde la forma de nombrar las opciones para contratar aseguramiento como “mercado de seguros” regido por las leyes de la oferta y la demanda, aun a pesar de regulaciones como las impuestas por la Ley del Cuidado de Salud Asequible (2010). Es justamente bajo esta idea de la salud como bien de mercado, que desaparece del panorama el papel del Estado como ente regulador y, aún más, como responsable; así, en este país, el Estado funge como responsable solo en programas como Medicare y Medicaid, eso sí, aclarando que estos programas se vinculan con acciones de “caridad” no de garantía de derechos.

Lo anterior, coincide con lo presentado por Arrieta (2016), quien hace referencia a cómo, en ese país la visión de la política social se da en dos caminos: el de los derechos obtenidos a través de contribuciones y el de la asistencia pública basada en la caridad. Esta visión es clara en la situación actual de ese país, pues el primer camino se concreta en la atención en salud desde el pago de un seguro de salud privado, y el segundo, en los programas de Medicare y Medicaid.

De otro lado, la segunda tendencia mundial en materia de salud: la salud como un derecho, no puede pensarse en Estados Unidos (Iriart, 2016a). Incluso, si hubiese que pensar la relación de este país con la idea de la salud como derecho, sería desde la oposición basada en los valores liberales. En este país, no hay lugar a pensar un sistema de salud o atención en salud que no se medie por los ingresos económicos o la caridad, apuesta que ha derivado en consecuencias negativas en términos de salud y atención en salud. Al respecto, Iriart (2016a)

desde su análisis del sistema de salud estadounidense plantea que los derechos en términos de la salud, que se pueden reclamar son derechos como consumidores, no como ciudadanos y, en esa medida, se originan en una compra mediada por el poder adquisitivo. Planteamiento que coincide con la experiencia de David, pues cuando le fue negada la autorización de su cirugía, debió recurrir a una reconsideración, basada en los servicios y condiciones incluidas en su seguro.

Pasando a los elementos del plano meso, el primer elemento a abordar es la implementación o concreción de la orientación legislativa en materia migratoria en Estados Unidos. Al respecto, habría que iniciar diciendo que, actualmente, podría pensarse en un momento de pugna entre tres posturas: los avances del gobierno de Obama, las derogaciones y retrocesos bajo el gobierno de Trump, y la perspectiva de lo que, a futuro, se dé bajo el gobierno de Biden, quien desde sus promesas de campaña propuso deshacer aquellas acciones en contra de los migrantes establecidas por Trump. Particularmente, sobre Trump, cuyas políticas están vigentes en el momento, habría que decir que desde su candidatura se refirió a la migración como un factor de riesgo que debía eliminarse, primordialmente, cuando se trataba de migraciones latinas, a las que más allá de cuestionar, criminalizó; al decir que quienes emigran desde países como México no son los mejores, sino aquellos que tienen problemas relacionados con droga, crímenes o delitos sexuales (Ayuso, 2016). De esta manera basó sus discursos en la imagen de los migrantes como “hombres malos” que bajo el gobierno anterior podían caminar libremente por las calles. En coincidencia con estas ideas, realizó acciones concretas como la extensión del muro fronterizo con México.

Así, las acciones de Trump, sumadas a tendencias anteriores, resultan en una política migratoria actual que podría caracterizarse como restrictiva, basada en la idea de que emigrar a ese país es un privilegio que debe restringirse a unos pocos; no en vano quienes emigran allí van “tras el sueño americano”. Expresión que parece desconocer las dificultades y obstáculos con los que se encuentran quienes llegan allí.

Adicionalmente, en la vía de lo presentado con respecto al 11 de septiembre, puede verse el énfasis en la construcción de la imagen del migrante como un riesgo de seguridad que debe evitarse, es seguramente en esa medida, que la normativa en migración ocupa una gran parte de su contenido en explicitar minuciosamente los actos, contrarios a la ley, que

hacen que un migrante sea inadmisibile. Ahora bien, a pesar de este énfasis en la seguridad, no puede olvidarse que el migrante para Estados Unidos, tal como para otros países, ha sido considerado también una amenaza cultural, propuesta que ha sido altamente difundida en ese país por Samuel Huntington⁴⁰ (2004) quien plantea que aquellos que llegan desde América Latina son una amenaza pues pueden fragmentar la cultura estadounidense en dos.

Ahora bien, ante este panorama antinmigrante, debe resaltarse también que, en oposición, se encuentran en ese país acciones de defensa de los derechos de los migrantes que buscan mitigar o directamente eliminar aquellas políticas. Como muestra de estas, se encuentran fallos judiciales en contra de decretos y proclamaciones del presidente Trump; algunos de estos fallos han sido originados en demandas ciudadanas, y otros han sido resultado de iniciativas del gobierno a nivel estatal. En este sentido, se encuentran esfuerzos de estados como California por incluir la protección a migrantes, en oposición a las orientaciones presidenciales; en estos esfuerzos se incluyeron, por ejemplo, beneficios para los *Dreamers* (EFE News, 2019). Mas, justamente en la medida en que se oponen a sus decisiones, el presidente Trump ha estigmatizado estos fallos, al declarar que obstaculizan el trabajo de agencias como el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas y llevan a que “delincuentes” puedan quedar libres y dañar a la comunidad (White House, 2019b).

Siguiendo con el segundo elemento del plano meso, a continuación, se desarrollan los aspectos relacionados con los valores sociales asociados a la migración.

Al respecto, hay tres asuntos centrales a señalar, primero, a excepción de Antonio, los entrevistados refieren que allí no se da discriminación contra los migrantes, referencia contraria a la opinión general. La referencia que hacen los entrevistados, está vinculada seguramente a la posición y condiciones que tienen en Estados Unidos, pues por su nivel educativo, empleo, estatus migratorio y circunstancias de emigración (aspectos todos abordados en los elementos micro) puede suceder que no se hayan enfrentado a situaciones de discriminación. Además, es de resaltar que cuando han recibido comentarios ligados con estereotipos los califican de bromas.

⁴⁰ Politólogo estadounidense, reconocido por sus posturas nativistas. Fue miembro del Consejo de Seguridad Nacional de la Casa Blanca y la Comisión para relaciones entre Estados Unidos y Latinoamérica.

Ahora bien, como se dijo, la opinión de Antonio difiere, en tanto él sí da cuenta de discriminación, no solo la vivida por él en la empresa en que trabajó anteriormente, sino en términos generales cuando afirma que el estadounidense es racista y además presume que todos los migrantes son “ilegales”. Asimismo, en su relato él manifiesta que, en ese país, ser migrante condiciona los empleos y condiciones a las que se pueda acceder. Él se refiere a esto como la regla de la mano derecha, según la cual los migrantes llegan para cubrir aquellos trabajos que los estadounidenses no quieren hacer, por ejemplo, los que implican esfuerzo físico o exposición a condiciones climáticas difíciles. De esta manera, trabajos como cortar el pasto o arreglar techos, cuyo pago además es del salario mínimo, generalmente se destinan a los extranjeros, incluso a aquellos que son calificados.

Un segundo asunto, es que la discriminación real u objetiva y simbólica en este país es más evidente contra los migrantes no autorizados, primordialmente, como se reflejó en el relato de los entrevistados, se les califica de carga para los demás, y se asume que por ser no autorizados no aportan a la sociedad en términos económicos, por ejemplo, en impuestos, por lo que no serían merecedores de beneficios. En este sentido, también son excluidos de los programas de asistencia y salud, como mecanismo para desalentar la llegada de nuevos inmigrantes no autorizados al país. Ahora bien, es de anotar que la suposición de que no aportan en términos económicos a la sociedad es, en muchos casos, errónea, de hecho, en algunos casos contribuyen a salud y el valor de sus contribuciones es más alto que el gasto de los servicios médicos que usan (Arrieta, 2016).

El tercer asunto, es que, a diferencia de lo que sucede en Canadá y Ecuador, aquí cualquier actitud discriminatoria a nivel de la sociedad en general, puede pensarse que coincide con la posición gubernamental explícita o implícita. En esta medida, autores como García (2018) y Márquez (2003) señalan que las leyes establecidas luego del 2001, además de implicar control de la migración, exacerbaban actitudes xenófobas en grupos de la sociedad estadounidense. Además, como se ha señalado, la posición del presidente Trump es evidentemente antimigrante y, en esa medida, no solo coincide con los sentimientos de alguna parte de la población, sino que los permite y los promueve. Posición paradójica en un país que se reconoce como una nación de inmigrantes, en la que finalmente entonces, los inmigrantes son pensados más como una amenaza que como una posibilidad.

Pasando al siguiente elemento, la concreción del derecho a la salud en este país, como se dijo anteriormente, no podría hablarse en realidad de que se concrete en un derecho, por el contrario, se trata de un mercado de seguros en que el acceso a salud está mediado por el poder adquisitivo. Lo que redundaría en que este país promueva inequidades en salud, pues la salud como mercancía tiene como consecuencia que la capacidad de pago sea el primer criterio de elegibilidad (Rosales, 2020) y de exclusión, llegando incluso a que Estados Unidos sea el único país desarrollado que no ofrece seguro de salud a todos sus ciudadanos. Justamente, el objetivo inicial de la Ley de Cuidado en Salud Asequible (2010) era cambiar esta situación y avanzar, en términos de cobertura, con mecanismos como la expansión del programa Medicaid, propuesta que fue declarada inconstitucional y, por tanto, no fue incluida en la reforma (Arrieta, 2016).

Adicionalmente, habría que señalar otro asunto central en la atención en salud en este país: los costos. Estos, según Iriart (2016a), además de ser altos, son calculados luego de la atención en salud, así no puede saberse de antemano cuáles serán los costos de los procedimientos; de manera que el usuario solo conoce el costo de la atención una vez le llega la factura. Además, es de aclarar que aun cuando se cuente con un seguro de salud, una parte del costo de atención es trasladado al usuario por rubros como deducibles, copagos, etc., tal como lo relató Diana. Justamente, en relación con los costos, habría que resaltar otro asunto importante en este país, es que, si bien los entrevistados valoran positivamente la tecnología de los procedimientos de salud, estos no son asequibles a todos, pues a pesar de que se den los avances, estos son comercializados a altos costos que los seguros se niegan a pagar y que las personas, de gasto de su bolsillo no pueden asumir.

Es en este contexto en que se inserta la atención en salud para migrantes, en relación con la cual habría que subrayar aquí un debate central en torno a la atención en salud en ese país, y los avances logrados con la Ley de Cuidado en Salud Asequible (2010): el hecho de que esta siga excluyendo a los migrantes no autorizados, quienes además de ser excluidos de la legislación federal de salud, enfrentan los efectos negativos de la política migratoria y de los tipos de empleo donde comúnmente se insertan (Rosales, 2020). Esta exclusión del sistema de salud, se da, pues en general, así tengan poder adquisitivo no cuentan con un número de seguridad social para acceder a un seguro de salud privado, y en el caso de que no tengan recursos, tampoco pueden acceder a Medicare ni Medicaid. Ahora bien, este ha

sido un punto álgido en ese país (Arrieta, 2016), vinculado, seguramente, no solo al debate por la salud para migrantes no autorizados a nivel mundial sino a la representatividad en cifras, aportes y problemáticas de estos migrantes en Estados Unidos.

Estos han sido los elementos del plano meso en migración y salud en Estados Unidos, con base en los cuales puede concluirse que la concreción es coherente con la ley, en tanto se encuentra una política migratoria selectiva y securitista que se concreta en restricciones hacia los migrantes, y una actitud general de recelo hacia ellos. Asimismo, en materia de salud, se tiene la salud pensada como bien de mercado que da lugar a una atención en salud de alto costo, mediada por seguros por ingresos o caridad, y un Estado que regula algunos aspectos, pero deja lo esencial sujeto a las leyes del mercado. Además, que cuando ha buscado regular o extender beneficios sociales, como en el intento del expresidente Obama, se encuentra con obstáculos que limitan cualquier avance.

Ahora bien, en interacción con los elementos del plano macro y meso, están los elementos del plano micro, correspondientes a los aspectos singulares de los entrevistados. A continuación, se abordan los siguientes elementos de este plano: aspectos de la vida previa al proceso migratorio, circunstancias de emigración y condiciones de vida actuales.

En relación con los aspectos de la vida previa al proceso migratorio, en los entrevistados, con algunos matices, se encuentran condiciones de vida similares. Los tres tienen un nivel educativo profesional, y en el caso de Diana y Antonio, este nivel es de posgrado. Con respecto a su nivel educativo habría que decir que este, de acuerdo con los entrevistados, les hubiera permitido alcanzar unas buenas condiciones de vida en Colombia, aunque como señala David, su migración les abre la posibilidad de acceder a oportunidades que en Colombia no existen. Asimismo, según el relato de los entrevistados, tendría que pensarse que sus condiciones de vivienda, ingresos económicos, etc., en Colombia eran, en la actualidad o en la proyección a futuro, buenas.

Las condiciones de vida mencionadas se vinculan con el segundo elemento del plano micro: las circunstancias de emigración. En estas circunstancias se tiene la motivación para emigrar y el estatus migratorio. Con respecto a la primera, se encuentran en los tres entrevistados diversas motivaciones, en el caso de Antonio una motivación primordialmente académica, justamente en la vía de alcanzar un nivel educativo de doctorado. En David y

Diana se encuentran particularidades en esta motivación: David es el único de los migrantes cuya motivación es sentimental, en tanto emigró para establecerse con su pareja. Por su parte, Diana es la única que refiere emigrar como parte de su proyecto de vida, de hecho, manifiesta además que su idea, si no se instala definitivamente en ese país, es emigrar hacia otro.

Por otra parte, habría que decir que, al considerar estas motivaciones, a primera vista, difieren de aquellas que se han pensado motivaciones predominantes en la migración sur-norte: la motivación económica y emigrar huyendo de la violencia. No obstante, al ahondar en las experiencias migratorias de los entrevistados se encuentra que Antonio y David, enfatizan que allí se han encontrado con oportunidades, a nivel académico y laboral, que no habrían encontrado en Colombia. Por su parte, Diana reitera como, para ella, emigrar ha derivado en la posibilidad de vivir tranquila en un lugar donde se respeta el espacio del otro, situación contraria a la vivida por ella en Colombia por el ejercicio de poder de los miembros de bandas criminales (BACRIM) en barrios de la capital antioqueña. Así, finalmente, su migración le dio la posibilidad de alejarse de situaciones de violencia, así no haya sufrido grandes actos como secuestros o masacres.

En cuanto al estatus migratorio, en los tres entrevistados se encuentran condiciones regulares. Con dos situaciones particulares a señalar, primero, el caso de Antonio, quien obtiene su ciudadanía en condiciones privilegiadas, pues ser ciudadano por habilidades especiales implica que para Estados Unidos sus aportes son sobresalientes. De otro lado, está la situación de Diana y su esposo, quienes ingresan como turistas y, al momento de decidir su estancia en el país, recurren a la figura del asilo, particularmente, ella como beneficiaria de su esposo. Adicionalmente, en relación con este tema, es de anotar que ninguno de los tres entrevistados da cuenta de dificultades en su proceso de migración, lo que puede explicarse porque, como ya se ha señalado, los tres casos cuentan con unas condiciones ventajosas de edad, salud, educación e ingresos, etc., en el momento de su emigración.

El siguiente elemento a considerar son las condiciones de vida actuales, en estas, en coherencia con lo encontrado hasta ahora, se encuentra que los entrevistados cuentan con unas condiciones de vida adecuadas, en términos de empleo, vivienda, ingresos y atención en salud. Ahora bien, los hallazgos dejan ver diferencias entre estas condiciones de vida originadas en aspectos como el nivel educativo y tiempo de emigración de los entrevistados.

Así, Diana quien es la migrante más reciente en ese país, da cuenta de que su proceso de instalación, en términos de definir su estatus migratorio y establecerse en un empleo estable, aún está en desarrollo. A diferencia de David y Antonio quienes ya se encuentran totalmente instalados en ese país. Asimismo, se tiene que, Antonio quien tiene el nivel educativo más alto de los tres, tiene unas condiciones de vida más privilegiadas, además estas condiciones no se limitan a las circunstancias materiales sino a la posición de respeto en ese país, pues como él mismo lo dice “ser doctor” es un factor diferencial.

Ahora bien, más allá de estos asuntos, en términos de los aspectos micro que se han pensado en este trabajo como las singularidades de los migrantes, habría que resaltar la posición de David y Antonio frente a otros migrantes que tienen condiciones precarias, particularmente, los migrantes no autorizados. Lo anterior, pues en sus relatos se reitera el cuestionamiento a que se otorguen ayudas o subsidios a estos migrantes, desde el argumento de la falta de justicia de esto. Pues los migrantes no autorizados se perciben como aquellos que no aportan al país, pero se llevan los beneficios construidos con base en las contribuciones de los estadounidenses y de los migrantes autorizados.

Pasando a otro elemento del ámbito micro, se tienen las acciones de los migrantes entrevistados como sujetos de derecho, estas acciones contemplan las estrategias individuales y colectivas, y el ejercicio de su ciudadanía.

Con respecto a las estrategias individuales, en los entrevistados se destacan aquellas que contribuyen al acceso laboral, en estas se encuentra la estrategia de David al enviar hojas de vida en inglés a empresas en las que, por su área de estudio, podía emplearse. Asimismo, está la validación realizada por Diana para obtener la licencia y ser autorizada para ejercer su profesión allí. Por otra parte, aquí podría situarse la posición de Antonio frente a las situaciones de discriminación cotidiana, como aquellas con las que se encontró en Chicago. Cabe recordar, que él decidió aprovechar el estereotipo sobre los colombianos como modo para protegerse a sí mismo. Esta estrategia es llamativa porque a nivel individual, él sacó ventajas de una situación que, para los colombianos como colectivo, es negativa.

En las estrategias colectivas, los entrevistados, en consonancia con los hallazgos de los otros dos países, mencionan la recurrencia a redes. Por ejemplo, David llegó a instalarse con la familia de su esposa, y Antonio, se refiere a la ayuda que recibió de personas que se

encontró en su camino de instalación. En el caso de Diana y su esposo, es a través de la red de amigos de su esposo que acceden a su primer trabajo y primera vivienda. Adicionalmente, ella enfatiza la importancia que ha tenido para ella haber emigrado con su esposo, pues ambos pasan el mismo proceso y se apoyan el uno al otro. De esta manera, a través de los relatos de los entrevistados se destaca de nuevo el apoyo social como un factor protector en la migración (Zarza y Sobrino, 2007; Rojas, 2008).

En cuanto a los tres elementos de análisis del ejercicio de ciudadanía: el estatus formal, la identidad y la participación política se destacan los siguientes aspectos:

En relación con el estatus formal de ciudadanos, es de resaltar el señalamiento de Antonio sobre que ser ciudadano es un privilegio no un derecho, expresión que deja ver cómo, para él, la ciudadanía que, en la opinión general, puede considerarse alcanzable para todos, no lo es, al contrario, es o debería ser, una ganancia para quienes han cumplido con aportes y contribuciones al país.

Con respecto a la identidad, los entrevistados muestran diversidad de posiciones. De estas es llamativa la posición de David, pues difiere de la encontrada en los migrantes entrevistados en los tres países. Aún más es una posición particular si se piensa que David desarrolla parte de su vida en Estados Unidos y parte en Colombia. Al respecto, habría que decir que, para él, su compromiso con Estados Unidos como el país que le ha dado oportunidades que, de otra manera no hubiera tenido, es la base de este “sentirse americano”.

Finalmente, este país también muestra diferencias en la participación política, en relación con los hallazgos de los otros dos países, puntualmente, en la no convencional, en la que se encuentra que ninguno de los entrevistados da cuenta de procesos de participación en relación con los migrantes u otras causas sociales. Ahora bien, esta ausencia de participación no puede pensarse desvinculada al contexto del país que, como se ha dicho, se basa en los valores liberales en que el individualismo es central y, como tal, es promovido y aceptado.

Para cerrar este capítulo, luego del análisis, puede concluirse que las condiciones de vida de los migrantes en este país están relacionadas, principalmente, con el poder adquisitivo que tengan, lo que no ha sido un problema para los entrevistados, pero si para muchos de los migrantes que llegan a ese país y no pueden acceder a condiciones de vida básicas. Asimismo, llama la atención que en un país como Estados Unidos que, en la opinión general, es una

sociedad abiertamente racista y discriminatoria, los entrevistados no se refieren a esto. Muy seguramente en la línea de que piensan esas afectaciones desde sí mismos, con las condiciones de empleo, nivel educativo y de ingresos que ellos tienen y no ubiquen su mirada en aspectos más amplios en el plano social. Estos aspectos, dejan una gran conclusión con respecto a la experiencia de los migrantes: esta se vincula directamente con las condiciones del país al que llegan, no solo en aspectos materiales, sino en los valores que predominan en cada sociedad.

9. Discusión

Para empezar esta discusión es necesario recordar que los capítulos de resultados, correspondientes a cada uno de los países de análisis, se construyeron con base en las siguientes categorías: migrantes colombianos en los países de destino: perfil, expectativas y experiencia de migración; contextos normativos en movilidad humana y salud; derecho a la salud de migrantes colombianos en cada país; y migrantes colombianos: ¿Sujetos del Derecho a la Salud?. Es justamente, con base en los principales resultados encontrados transversalmente en estas categorías que se desarrollará el texto a continuación.

En tal sentido, frente a la primera categoría que aborda a los migrantes colombianos en los países de destino, habría que señalar que los migrantes entrevistados muestran diversidad de vivencias, originadas en las diferencias entre ellos. De estas diferencias se toman como ejes para discutir la categoría: el género, las condiciones de emigración como el estatus migratorio y la motivación para emigrar, y las condiciones previas a la migración.

En relación con el primer eje, el análisis de las diferencias de género se ha tornado importante en el ámbito migratorio debido a la “feminización de la migración”, esto es, la tendencia a que cada vez más, las mujeres asuman un proyecto migratorio propio. Sobre este tópico, en la presente investigación se encontró que, a excepción del caso de Alejandra (Ecuador), las demás mujeres participantes emigraron con sus parejas o familias. En el caso de Diana, por consenso con su pareja, y en el caso de Irene, por motivos de seguridad de su esposo. No obstante, eso no implica que ellas no tengan un proyecto migratorio propio, tal es el caso de Diana, quien emigra en compañía de su pareja, pero su decisión obedece a que el deseo de emigrar hacia parte de su proyecto de vida, incluso antes de conocer a su pareja.

Ahora bien, como se presentó en el planteamiento del problema de investigación, las diferencias de género se han considerado como un factor que deriva, para las mujeres migrantes, en peores condiciones laborales, de salud, exposición a violencias, etc. (Gomes, 2006; Lázaro-Castellanos y Jubany-Baucells, 2012; Morales et al., 2010; Ortega y Ospina, 2012; Parella, 2007; Zavala y Rojas, 2005). Sobre el tema, la presente investigación evidencia que efectivamente hay diferencia en los ámbitos de desempeño laboral, de manera que, en ocasiones, aún estos ámbitos conservan la línea de los roles de género establecidos: las mujeres desempeñándose en ámbitos de limpieza y cuidado, tal como Irene y su hija, y los

hombres ubicados en empleos que implican esfuerzos físicos, por ejemplo, la construcción (Aldaz y Eguía, 2015). Ahora bien, es de señalar que a pesar de que hombres y mujeres se inserten en ámbitos laborales diferentes, esto no necesariamente corresponde con diferencias en la estratificación laboral, pues ambos trabajos: doméstico y construcción, se ubican en la base de esta estratificación. Por ende, tales empleos pueden tener condiciones laborales diferentes entre ellos, pero no necesariamente las de uno son peores que las de otro. No obstante, debe resaltarse que lo anterior no contradice de ninguna manera, que ser mujer migrante no implique una mayor exposición a situaciones como el acoso o explotación sexual, independientemente del ámbito o estrato laboral en que se desenvuelva.

Así pues, con base en los hallazgos de esta investigación, puede afirmarse que si bien el género tiene, sin duda, un papel importante respecto a las condiciones de vida que logran establecer los migrantes, es necesario que se considere en relación con otros factores como los propuestos en el segundo eje: las condiciones de emigración. Esto, pues la conjugación de ambos factores tiene como consecuencia que las condiciones de hombres y mujeres migrantes terminen siendo mejores o peores, tal como ejemplifican las experiencias de Alejandra y Jorge (ambos migrantes en Ecuador). En este caso, si bien ella es mujer, ha encontrado mejores condiciones en el país de destino, debido a que contaba con unas mejores condiciones previas, como que su migración fue regular y su motivación académica, lo que además le permitió acceder al mercado laboral en ese país. Por el contrario, Jorge emigró a causa del conflicto armado colombiano, con un bajo nivel educativo previo, y bajo una condición migratoria irregular, asuntos estos dos últimos que, como han señalado diferentes autores, se asocian con trabajos informales y precarios, incluso a largo plazo y aun cuando los migrantes logren regularizar su estatus (Goldring y Landolt, 2011). Asimismo, se exponen a abusos y explotación por parte de sus empleadores (Morey, 2018) y enfrentan también abuso y acoso de las autoridades al considerarlos infractores de la ley.

De otro lado, las condiciones de emigración también contemplan las motivaciones para emigrar, primordialmente, desde las diferencias entre quienes emigran “voluntariamente”⁴¹ y quienes emigran forzosamente. Al respecto, los resultados de esta

⁴¹Autores como Pereda et al., (2008) plantean que “Desde el punto de vista de los países de la periferia, la emigración por motivos económicos es consecuencia en la mayoría de los casos de la desigualdad internacional

investigación evidencian, en quienes emigraron voluntariamente, la preminencia de las motivaciones económicas y académicas, en las que la decisión se tomó en pos de encontrar mejores condiciones educativas, laborales o económicas. Es de anotar que la predominancia de la motivación económica ha sido planteada en las teorías sobre las causas de la migración (Micolta, 2005) y ha sido identificada como una de las razones que más impulsan la emigración sur-norte (Castles, 2000; CEPAL, 2008; OIM, 2013a; Pellegrino, 2000; Tapinos, 2000; Urzúa, 2000).

En cuanto a las migraciones forzosas, se encuentra que quienes se ven obligados a emigrar de esta manera tienen más afectaciones en sus condiciones materiales, emocionales y de salud, pues se enfrentan a los traumas, sufrimientos y efectos de las situaciones que los llevaron a emigrar, que contemplan incluso impactos en su salud, como los que refiere Irene. Asimismo, debe señalarse que la condición de refugiados, que en muchos casos es la asignada en los lugares de destino a quienes son migrantes forzosos, tiene como consecuencia que sean más discriminados (Chalén, 2011) pues, tal como señalan los entrevistados en los tres países, el estatus de refugiados los sitúa en la posición de ser migrantes no deseados. Adicionalmente, la posición de los países de destino incluye, en ocasiones, el desarrollo de estrategias para que no puedan ingresar a sus territorios, calificando inclusive sus solicitudes de fraudulentas o injustificadas (Castles, 2003).

No obstante, debe precisarse que, a pesar de compartir el mismo estatus, las experiencias de quienes ostentan el estatus de refugiados no son homogéneas, tal como lo evidencian los relatos de Irene, Jorge y Diana. Desde las diferencias, puede plantearse que quien emigra en medio de un programa de asilo, a pesar de tener dificultades, tiene mejores posibilidades que quien emigra “pasando la frontera” clandestinamente; pues mientras el primero recibe acompañamiento y ayuda, por lo menos en su instalación inicial, el segundo, debe hacer acopio de los recursos que tenga y emprender el camino para llegar al otro país,

existente y, en ese sentido, se puede hablar de un exilio forzoso (p. 22), además, como se vio en este trabajo, emigrar no corresponde al deseo o proyecto de vida del migrante. No obstante, equiparar las migraciones económicas causadas por desigualdades con las migraciones forzadas, debe reconsiderarse, pues, en el primer caso puede pensarse en un condicionante, más o menos fuerte de la decisión de emigrar. Mientras en el segundo caso, se trata de que a raíz de una amenaza o ataque vivido por el migrante en su país de origen, este no tiene más alternativa que salir del país. Así, podría pensarse que las migraciones voluntarias se orientan a la sobrevivencia en términos económicos o a la mejora de condiciones de vida, mientras las migraciones forzadas se originan en la necesidad perentoria de salvar la vida.

y una vez allí, hacer la solicitud de refugio, arriesgándose a la posibilidad de que le sea negada. Asimismo, se encuentran diferencias por las disposiciones legales de los países de destino; así, mientras en Canadá se cuenta con un subsidio condicionado a no trabajar, en Estados Unidos quienes solicitan asilo se encuentran con la posibilidad, casi obligatoriedad, de trabajar para garantizar su sustento económico.

Adicionalmente, se encuentran diferencias entre los refugiados que llegan a los países del norte y quienes llegan a los países del sur. Al respecto, en coincidencia con lo encontrado en esta investigación, autoras como Riaño (2007) plantea que quienes solicitan refugio en el norte son, predominantemente, de clase media y alta, con formación profesional y de procedencia urbana. Por su parte, quienes buscan refugio en los países del sur emigran desde las periferias y son víctimas directas de acciones de grupos armados al margen de la ley.

Ahora bien, en relación con el tercer eje, las condiciones previas a la migración, de acuerdo a los hallazgos de esta investigación cabe destacar lo que podría pensarse como un “espiral de precariedad”. Esto es, las condiciones de vida precarias en los países de destino, pueden estar vinculadas con condiciones precarias de emigración, pero estas, a su vez, pueden vincularse con condiciones precarias de vida en Colombia. Como muestra de esto, peores niveles educativos, que pueden ser los alcanzados en Colombia, pueden contribuir a peores condiciones en la migración. A esto, habría que sumar que un bajo nivel educativo puede además derivarse de falencias en otras áreas sociales. En términos generales, desde lo dicho, puede considerarse que las condiciones de vida previas a la migración y las circunstancias en que se da el proceso migratorio se vinculan, de manera decisiva, con las condiciones de vida a las que los migrantes pueden acceder en sus países de destino.

Para cerrar el abordaje de la primera categoría, es de resaltar que aunque las condiciones abordadas se encarnan en individuos particulares, no están separadas de la sociedad y de las políticas nacionales y mundiales, lo anterior, pues tanto la sociedad como las políticas establecen qué se valora, como ejemplo, cuál es el nivel educativo que puede dar lugar a ciertas garantías o privilegios. En una línea similar, el estatus migratorio no es un absoluto, por ejemplo, la irregularidad no es un estatus estable, puede variar hasta regularizarse, pero en todo caso estará siempre relacionado con aquellas poblaciones migrantes deseables o no para los países (Domenech, 2011). Además, las restricciones en las

políticas migratorias pueden derivar en corrientes migratorias irregulares, y los procedimientos administrativos y requisitos para cumplir con una migración regular y para ser incluido en el cuerpo social son también matizados por las políticas y apuestas de los países. Aspecto este último, que da pie al abordaje de la segunda categoría en esta discusión.

En relación con la segunda categoría de resultados: los contextos normativos en movilidad humana y salud, de acuerdo con la comparación entre los tres países se encuentran diferencias en el énfasis de la legislación migratoria y de salud y el posicionamiento de los países en el ordenamiento mundial.

En primer lugar, la legislación migratoria y de salud de los tres países tiene un énfasis diferente: en Ecuador una legislación basada en los derechos, y en Canadá y Estados Unidos, aunque con matices diferentes, una orientación hacia la gestión del proceso migratorio.

Así pues, en Ecuador se encuentra una legislación cuyo énfasis, al menos conceptual, es con base en los derechos, y dentro de la cual se resalta el derecho a migrar. Cabe anotar que dicha legislación es producto de un proceso de cambio político desde el 2007, con la llamada Revolución Ciudadana, vinculada con cambios en otros países de Latinoamérica como Venezuela y Bolivia. La idea general de estos cambios era virar hacia políticas progresistas, con la recuperación del papel del Estado en el bienestar social y la lucha contra la desigualdad y pobreza causadas por las políticas neoliberales del Consenso de Washington (Peña y Ubasart-González, 2013). Como se presentó en el capítulo referido a Ecuador, estos objetivos se plasmaron en la Constitución de Montecristi (2008) que contempla las bases de cambio del modelo neoliberal a uno de bienestar (Minteguiaga y Ubasart-González, 2015).

Ahora bien, esta postura de Ecuador es representativa, pues es el primer y único país en proponer el derecho a migrar y establecer la igualdad de derechos entre los nacionales y las personas en movilidad humana. No obstante, los hallazgos sobre Ecuador también evidencian que los desarrollos normativos deben acompañarse de la concreción real de las políticas. Lo anterior, pues indudablemente, la propuesta normativa ecuatoriana podría tener grandes implicaciones para los migrantes, sin embargo, debido a los recursos económicos, de desarrollo, cultura política e infraestructura, el país no ha podido realizar su propuesta a cabalidad. Como ejemplo, tal como lo reiteró Alejandra en su relato, los migrantes se encuentran aún con abundantes obstáculos burocráticos para realizar trámites como la

regularización o la obtención de la visa laboral. Esta situación se agravó además con la llegada masiva de nacionales venezolanos a ese país, pues esta puso a prueba y desbordó la capacidad ecuatoriana para garantizar el derecho a migrar, llegando incluso a que, bajo el gobierno de Lenin Moreno, presidente de la nación, se hayan introducido restricciones a los flujos migratorios de venezolanos (Ramírez et al., 2019), todo esto contradiciendo abiertamente el espíritu de la Constitución.

Un panorama similar, se encuentra en las políticas de salud. En estas, la intención de la legislación es garantizar un derecho integral a la salud, con un sistema de salud universal y gratuito, entre otras medidas. En esta vía, el país ha podido avanzar, por ejemplo, en la atención gratuita en salud, de la que pueden disfrutar los migrantes sin barreras de costos o documentación. No obstante, no ha logrado una reforma integral del sistema de salud, así que este aún es fragmentado y conserva tendencias del neoliberalismo como la focalización de los programas (Minteguiaga y Ubasart-González, 2013), además, presenta serias dificultades como las demoras en la atención en salud.

De otro lado, como se mencionó antes, el segundo énfasis en la legislación migratoria es aquel representado por la gestión u operación de la migración, énfasis presente en Canadá y Estados Unidos, y el cual se vincula con una perspectiva de la migración relacionada con los intereses estratégicos de los países. Esto se concreta, por ejemplo, en la selectividad en las políticas migratorias que se orienta, como puede abstraerse de los relatos de los entrevistados, en seleccionar a aquellos migrantes que representan beneficios, en términos productivos o reproductivos, para los países de destino. Tal como señalan Ramírez y Lozano (2017, p. 114), esta selectividad es impulsada por los países del norte global que “buscan “reclutar a ‘los mejores y más brillantes’, es decir, a trabajadores con determinadas habilidades, formados en áreas del conocimiento y/o niveles de especialización específicos”.

Ahora bien, como se dijo, a pesar de que compartan este énfasis, las legislaciones en Canadá y Estados Unidos muestran diversos matices: En coincidencia con su posición histórica como Estado de bienestar, además con los recursos para hacerlo, en Canadá se encuentran unas políticas migratorias que si bien priorizan la obtención de beneficios para el país, establecen además mecanismos de inclusión social para los migrantes como las ayudas que refirieron los entrevistados o programas para adquirir la competencia en el idioma

contribuyendo a su inserción laboral. Además, en coherencia con su postura como país multicultural intenta condenar la discriminación, aunque esta sigue presentándose contra poblaciones como los migrantes o las primeras naciones. En cuanto a la salud, su afán por el bienestar se traduce en un sistema de salud universal y público al que, en teoría, puede acceder toda la población. Se afirma que en teoría, pues existen requisitos que afectan el acceso de los migrantes a este como el tiempo mínimo de residencia en las provincias.

Por su parte, en coherencia con su posición como Estado liberal, capitalista y militarista por excelencia, Estados Unidos muestra diferencias con respecto a las posturas migratorias y de salud de los dos países anteriores. Así, las políticas migratorias de este país son reconocidas por su restrictividad y óptica securitista, con mecanismos como la militarización de las fronteras y la construcción de muros fronterizos. Ahora bien, es también de aclarar que la radicalización de estas orientaciones puede matizarse de acuerdo al partido político que ostente el poder en el país. En términos de las consecuencias en las vidas de los migrantes, es reconocido a nivel mundial que su énfasis en la seguridad y control ha derivado en el aumento de la migración irregular con resultados que incluyen la muerte de migrantes que buscan llegar a sus fronteras para cruzarlas. Asimismo, ha redundado en la exclusión de los migrantes de los sistemas de beneficios, como los programas de asistencia alimentaria o el acceso a Medicaid (Thayer, 2016), de manera que los migrantes pueden aportar económicamente al país pero no obtener garantías de este. De otra parte, la concreción de un liberalismo individualista en este país se refleja en la manifestación de los entrevistados acerca de que el Estado no dispone ayudas para ellos como migrantes, pues desde su punto de vista, la sobrevivencia se trata de que cada quien, aun en circunstancias inequitativas, garantice sus condiciones de vida con las oportunidades que encuentre en el país.

En segundo lugar, habría que decir que los tres países difieren además en su posicionamiento en el ordenamiento mundial: Canadá y Estados Unidos, países del norte global, cuentan con más margen de acción frente a las tendencias mundiales predominantes, de manera que incluso pueden influirlas con sus propios ideales. Como ejemplo, es desde Estados Unidos que se exige el enfoque de seguridad sobre las migraciones que ha derivado en una tendencia a la securitización y criminalización de la migración. Por otra parte, está Ecuador, país del sur global, que desde esta posición no cuenta con el mismo poder que los países norteamericanos para influir en las políticas migratorias o de salud a nivel mundial.

La tercera categoría de resultados corresponde al Derecho a la salud de migrantes colombianos en los países de destino, y contempla, a su vez, tres ítems: los Determinantes sociales de la salud para los migrantes colombianos, su derecho a la atención en salud, y sus Condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud, los tres ítems circunscriptos a sus países de destino. Como se presentó en los capítulos de resultados, este abordaje obedece a que el derecho a la salud es un derecho integral que incluye el derecho a la atención en salud y los factores determinantes básicos.

Para este abordaje integral se tomaron como guía la Observación General Número 14 (ONU, 2000) y el Modelo de determinantes sociales de la salud (OMS, 2009). En ambos acercamientos se propone que la salud no se limita a la atención en salud, sino que involucra diversos elementos; para la Observación, estos elementos incluyen aspectos como la alimentación y el agua potable (ONU, 2000) y para el modelo de determinantes, asuntos que van desde los contextos políticos hasta aspectos individuales a nivel psicológico (OMS, 2009). Ahora bien, cabe anotar que dentro de este abanico de posibles determinantes, los entrevistados aluden puntualmente a tres aspectos que competen a circunstancias materiales de vida según el Modelo de determinantes sociales de la salud (OMS, 2009): el empleo, la vivienda y la violencia y delincuencia, dando cuenta de que son estos ámbitos los que ellos consideran centrales en su proceso de instalación en los países de destino.

En términos de los aspectos a destacar, habría que decir que, si bien se señalan los tres aspectos, cobra notoriedad el empleo, debido a que este opera como mediador del acceso a otros determinantes como salud, jubilación y vivienda, y es también un índice de la integración de los migrantes en las sociedades (Ramírez y Lozano, 2017). Adicionalmente, un empleo estable puede permitir el acceso, al final del ciclo laboral, a una jubilación, de manera que no se trata solo de una garantía actual sino en el futuro.

Ahora bien, en relación con lo hallado en esta investigación, muchos migrantes se enfrentan con dificultades en el acceso al ámbito laboral. Estas dificultades los llevan a insertarse en ocupaciones de menor calificación y prestigio y que no son deseadas por los nacionales, por ende, son más precarias, desreguladas e inestables (Canales, 2006; Pereda et al., 2008). De acuerdo con autores como Morales et al., (2010) y Ortega y Ospina (2012) esto se debe, en parte, a que los migrantes se ven abocados a aceptar los trabajos que los

nacionales no desean hacer, particularmente, trabajos que comprometen esfuerzos físicos, tal como lo señala también Antonio en su relato.

Se da de esta manera una estratificación ocupacional basada en la segregación de la mano de obra migrante: se les excluye de determinadas ocupaciones y se propende por su concentración en ocupaciones con menores requerimientos de cualificación y, por ello, mayor inestabilidad dentro del mercado de trabajo, mientras los nacionales se encuentran distribuidos de manera más homogénea en la estructura de ocupaciones (Aldaz y Eguia, 2015). De acuerdo con Peña (2016), esta estratificación se basa en variables como el lugar de origen y la ascendencia. Sobre dicha estratificación puede decirse que opera a partir de medidas concretas, tales como los obstáculos en la homologación de estudios y las exigencias de experiencia laboral previa en los países, lo que dificulta la inserción de los migrantes en estratos más altos.

Ahora bien, esta estratificación implica que a los migrantes les correspondan ocupaciones vinculadas con actividades de reproducción social y servicios personales, que responden a las necesidades de quienes están en los estratos ocupacionales más altos y tienen mayor poder adquisitivo para demandar servicios personales, tales como el mantenimiento del hogar o cuidado de los hijos (Canales, 2017). Muestra de esto es la inserción laboral de mujeres migrantes en el trabajo doméstico, tal como fue referenciado en los relatos.

Sobre el tema, es necesario reflexionar además que esta inserción implica, en muchos casos, la sobrecualificación, por la cual personas con altos niveles de cualificación se desempeñan en ocupaciones de bajo nivel, que los enfrentan a la subvaloración y desperdicio de sus saberes y capacidades (Neira, 2015). Ante esta situación, cabe interrogarse por el efecto que tiene para un sujeto abandonar los beneficios simbólicos como el reconocimiento que traen algunas ocupaciones, pero además, lleva a la pregunta por los cambios de vocación que esta puede implicar, pues no se trata sólo de desenvolverse en otro nivel o ámbito laboral, sino que las elecciones del ámbito laboral que deben abandonar, corresponden, en muchas ocasiones, a las aspiraciones y vocaciones de los migrantes. No se trabaja solo por el sustento, el trabajo es, en muchos casos una forma de realización, de ser desde el hacer.

Por otra parte, acerca de estas desigualdades en el ámbito laboral, es necesario precisar que, aunque las condiciones del migrante afectan su inserción y condiciones

laborales, estas no son el único factor, hay otros factores que se vinculan con esta condición y pueden agravar las dificultades de los migrantes en este ámbito. En estos cabe resaltar el estatus migratorio irregular, que deriva en empleos precarios e informales, sin aseguramiento en salud, incluso con abusos por parte de sus empleadores pues no solo pueden despedirlos sino también reportarlos por su condición de irregularidad. Además, según los hallazgos de esta investigación, debe considerarse como otro factor, el nivel educativo, este es de gran peso en la inserción laboral, pues quienes tienen mejores niveles de cualificación muchas veces logran una mejor inserción laboral. Es por esto, que varios de los migrantes decidieron realizar estudios en los países de destino.

En relación con el ámbito de la vivienda, en Canadá y Estados Unidos, el factor central que condiciona el acceso de los migrantes a vivienda son los ingresos económicos. Los migrantes enfatizan en los altos costos de vida de estos países, adicionalmente, cuando se disponen a alquilar una vivienda deben depositar un monto adicional que corresponde a una garantía por el inmueble. Un panorama diferente se encuentra en Ecuador, allí, la mayor dificultad que encuentran los migrantes para alquilar vivienda es la discriminación hacia los colombianos. En Ecuador la nacionalidad colombiana es un factor para que no se les arriende, hallazgo coincidente con el estudio realizado por Ospina et al., (2012) también en ese país. Sobre este veto, habría que decir que evidencia que aun en países en que no existen discriminaciones abiertas contra el derecho a la vivienda para los migrantes, como algunas leyes y normativas que han sido señaladas por la OIM (2005, 2013), los migrantes pueden encontrarse con graves restricciones para alquilar y adquirir vivienda debido a la percepción negativa que, de ellos, tienen las sociedades de destino.

El tercer y último determinante mencionado por los migrantes es la violencia y delincuencia, sobre este los entrevistados, en general, se refieren a una sensación de seguridad en los países de destino. Es de destacar que es un aspecto que los migrantes valoran como una gran mejora producto de su emigración. Lo anterior sucede, como se ha reiterado en este trabajo, no solo en los casos de quienes emigran forzosamente del país huyendo de situaciones de violencia sino de otros migrantes para quienes, a pesar de que ese no haya sido el motivo de emigración, es un gran beneficio de los países en que residen donde no tienen que enfrentar violencias como las que se han hecho cotidianas en el país.

El segundo ítem del derecho a la salud de los migrantes colombianos, es el derecho a la atención en salud. En términos generales, según lo hallado en este trabajo los migrantes se encuentran con algunas mejoras en la atención en salud respecto a Colombia, estas originadas en las condiciones propias de cada país, como son, por ejemplo, la atención gratuita en Ecuador o la disponibilidad de avanzada tecnología en Estados Unidos. Pero asimismo, se encuentran también con las barreras en la atención en salud que enfrenta la población en general, más las barreras particulares originadas en su condición de migrantes. Es en estas últimas en las que se enfatizará en este apartado, considerando la pregunta por la forma cómo ser migrante afecta diferencialmente el derecho a la atención en salud. Al respecto, con base en los hallazgos, los migrantes se enfrentan primordialmente a dos tipos de barreras: el acceso diferencial a los servicios según el aseguramiento en salud y las barreras derivadas de las diferencias culturales, particularmente el idioma.

Sobre la primera, en los tres países de análisis puede hablarse de un acceso diferencial a los servicios de salud marcado por el tipo de aseguramiento al que pueda accederse, bien sea este público o privado, ambos en múltiples opciones. En esa medida se trata de una barrera financiera e institucional en el acceso a servicios de salud (Rojas, 2008; Ruiz y Briones-Chávez, 2010; Torres y Garcés, 2013). Ahora bien, aunque este acceso diferencial evidentemente puede darse para toda la población de los países, también es cierto que se basa en factores que son sensibles en el caso de los migrantes tales como el tipo de empleo, los recursos económicos con que se cuente, y el tiempo de residencia y documentación.

Como ejemplo de lo anterior, el tipo de empleo y los recursos económicos operan como factores para la población en general, pero, como se ha presentado en este trabajo, ser migrante puede afectar negativamente el tipo de empleo al que puede accederse y las condiciones laborales. En este sentido, si se tienen trabajos precarios, muy seguramente estos no garantizarán ningún tipo de aseguramiento en salud, mientras si cuentan con trabajos estables o con mejores condiciones, estos garantizan no solo el aseguramiento propio sino el de sus parejas, mecanismo del que hacen uso dos de las migrantes entrevistadas. Adicionalmente, habría que decir que la garantía que da el empleo no se refiere solo a contar con un aseguramiento básico sino con servicios adicionales que son cubiertos por el sector privado o incluso por un seguro privado independiente.

De otro lado, es claro que el empleo al que pueda accederse se vincula con los recursos económicos que pueden obtenerse y estos pueden permitir mejorar las condiciones de aseguramiento, por ejemplo, adquirir un seguro si el empleo no lo cubre, adquirir un seguro privado, o adquirir servicios adicionales no cubiertos por el seguro básico dado por el empleador. Por el contrario, en casos como los de trabajadores independientes, la ausencia o inestabilidad de los ingresos claramente se convierte en un obstáculo para acceder a cualquier tipo de aseguramiento. Esto, a pesar de que se supone que la atención en salud, como parte del contenido mínimo esencial del derecho a la salud, debería ser independiente de los recursos económicos con que se cuente (Echeverry, 2006).

En cuanto a la segunda barrera en el acceso a los servicios, las diferencias culturales, en coincidencia con los antecedentes investigativos, los entrevistados de Estados Unidos y Canadá destacan las diferencias en el idioma, que, siguiendo la propuesta de Zarza y Sobrino (2007), se constituyen en una barrera estructural en la atención en salud (Rojas, 2008; Ruiz y Briones-Chávez, 2010; Torres y Garcés, 2013). Adicionalmente, se encuentran señalamientos de los entrevistados en Estados Unidos sobre situaciones concretas que evidencian las diferencias culturales, por ejemplo, se refieren a la frialdad del personal de salud en su relacionamiento con ellos como pacientes.

Países como Estados Unidos y Canadá han buscado alternativas para esta situación con mecanismos como la presencia de traductores en los servicios de salud. No obstante, como se presentó, estas medidas han estado sujetas a las voluntades políticas. Adicionalmente, debe reconocerse que un abordaje que contemple los idiomas de los migrantes es un asunto complejo, en tanto, en países como Canadá y Estados Unidos esta población cubre personas de numerosas nacionalidades e idiomas. Dicho esto, es indudable que la importancia del idioma en la atención en salud amerita esfuerzos en pos de garantizar la comprensión. Lo anterior, considerando que el idioma es central en varios de los momentos y procesos de la atención médica, por ejemplo, entender las directrices médicas es vital para obtener resultados idóneos de los tratamientos, incluso para garantizar la seguridad de los pacientes. Asimismo, debe pensarse que dificultades en la comprensión de los signos referidos por los pacientes puede derivar en obstáculos y errores en el diagnóstico, pues aun en países como Estados Unidos en que la tecnología es un gran apoyo en el diagnóstico, la referencia hablada del paciente sigue siendo importante.

Finalmente, sobre este ítem, cabe recordar que, a pesar de la complejidad de las barreras, propender por su eliminación es importante en tanto el sistema de salud puede operar como un mitigador o un potenciador de las inequidades en salud (Hernández y Jiménez, 2009) y, dadas las barreras anteriores, la inclusión por medio del idioma podría ser un mitigador de inequidades.

El tercer ítem en esta categoría corresponde a las Condiciones de salud, enfermedad y aseguramiento en salud de los migrantes. Sobre el tema, algunos antecedentes investigativos sostienen que la salud de los migrantes es peor que la de la población del país de acogida (Dias et al., 2013; Rojas, 2008). Otros estudios, coinciden en esa afirmación pero plantean que las afectaciones en salud son diferentes de acuerdo a factores como el género, nivel educativo y aspectos socioeconómicos (Agudelo-Suárez et al., 2009; OIM, 2006a). Así mismo, autoras como Hernández y Jiménez (2009) postulan que no es la condición migrante sino la posición socioeconómica el factor que genera las dificultades de salud.

Al respecto, de acuerdo con los hallazgos de esta investigación, habría que recordar que en el análisis de los aspectos de vida de los migrantes debe considerarse la interrelación de varios factores. En esta medida, las condiciones de salud de los migrantes no solo se vinculan con ser migrantes, habría que considerar otros aspectos como la posición socioeconómica y el nivel educativo. Aunque, cabe precisarse que esto no niega que ser migrante tenga consecuencias en la salud, por ejemplo, desde el, ya mencionado, acceso diferencial a aseguramiento en salud.

En este sentido, puede afirmarse que las condiciones de salud de los migrantes están vinculadas, principalmente, con las condiciones de vida con que cuentan en sus destinos, por ejemplo, en el ámbito laboral. También es claro que se vinculan estrechamente con las circunstancias materiales y proceso salud-enfermedad previos a la migración, y en ocasiones a las circunstancias mismas que llevaron a la migración, como en el caso de Irene al relatar sus dificultades en salud originadas en el trauma del exilio. De manera, que, tal como se dijo, las afectaciones en salud no solo obedecen a la condición migrante, sino a las condiciones de instalación en los países de destino y a las circunstancias en que emigraron. De hecho, habría que decir que, los entrevistados que cuentan con condiciones de vida privilegiadas, referencian incluso mejoras en su salud, por ejemplo, porque un empleo estable o

independiente, una buena remuneración y una jornada laboral flexible, les permite realizar actividades que contribuyen a su salud, como la práctica de un deporte. Hasta acá la discusión sobre la categoría del derecho a la salud de los migrantes.

La siguiente categoría de resultados es Migrantes colombianos en los países de destino: ¿Sujetos del Derecho a la Salud?, categoría que corresponde a la consideración de que los migrantes no son seres “sufrientes” e “inermes” frente a los contextos normativos. En esa medida se trabajaron: la percepción de los migrantes frente a la gestión migratoria, las percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas: migrante deseado-migrante riesgo, los sentimientos de las sociedades frente a migrantes, las estrategias que usan los migrantes para responder a los obstáculos que encuentran en el acceso a sus condiciones de vida, y su ejercicio de ciudadanía.

En primer lugar, la percepción de los migrantes frente a la gestión migratoria da cuenta de la posición de los migrantes frente a los contextos normativos migratorios. Sobre esta posición cabe resaltar que es diferente en cada uno de los migrantes, y esa diferencia parte de su interés, experiencia y nivel de conocimiento sobre los contextos.

Frente a este último aspecto, habría que decir que algunos tienen un conocimiento abstracto que involucra, por ejemplo, las tendencias políticas de los países, y otros, un conocimiento más concreto y operativo que concierne a asuntos como los trámites y procesos migratorios que enfrentan en el día a día, pero que también se encuentran vinculados con el contexto político vigente. Ahora bien, con base en este conocimiento, cada uno de los entrevistados emite su evaluación del contexto normativo. En esta evaluación valoran positivamente, por ejemplo, la existencia de programas de “recepción” para los migrantes en Canadá, así como la organización de los procesos administrativos en Estados Unidos. Por el contrario, los migrantes en Ecuador valoran negativamente la arbitrariedad en los procesos migratorios, la desinformación y los obstáculos para la regularización del estatus migratorio.

Un aspecto que resaltan varios de los entrevistados al referirse a la gestión migratoria es la ausencia del Estado colombiano para ellos como migrantes, incluso se refieren a que el Estado colombiano los ha abandonado. Sobre esta sensación de abandono por parte del Estado colombiano habría que resaltar que, paradójicamente, uno de los ejes y motivos para la creación del programa “Colombia nos une” fue fortalecer los vínculos con los colombianos

en el exterior (OIM, 2013b). En la misma lógica, lo que aquí se encontró es que la mayoría de las veces la relación de los migrantes con el consulado colombiano en sus países de destino suele limitarse a algunos aspectos administrativos, como la renovación del pasaporte. En esta vía, los migrantes consideran ideal que el consulado asumiera un papel más activo, por ejemplo, en la creación y difusión de redes de trabajo en Colombia para aquellos que desean retornar al país, así como el fortalecimiento del sentido identitario.

En segundo lugar como parte de la categoría se realizó la aproximación a las percepciones sobre los migrantes “objeto” de las políticas: migrante deseado-migrante riesgo. Acerca de estas percepciones, en términos generales se halló, tal como plantean autores como Ramírez y Lozano (2017) y Canales (2017) que los migrantes deseados por los países son los que responden a las necesidades productivas y reproductivas de los países. En el primer caso, como mano de obra libre de inversión y, en el segundo caso, como compensación de las necesidades demográficas presentes en países cuyas pirámides poblacionales se están invirtiendo, es decir, que presentan baja tasa de natalidad y más población en edad de jubilación, lo que además redundaría en que los aportes a los sistemas de seguridad social se reducen y, por consiguiente, se necesitan migrantes para compensarlos.

Ahora bien, la otra cara de la moneda es la representada por el migrante “riesgoso” y/o “improductivo”, quien es rechazado por los países de destino. Como se evidenció con el análisis de las legislaciones migratorias, el migrante representa un riesgo en términos de seguridad, salud o sostenibilidad de los sistemas de protección social. Para detener el ingreso de estos migrantes, los países establecen requisitos de inmigración que operan como filtros que permiten detectarlos, así como acciones concretas como el reforzamiento y vigilancia constante de las fronteras.

Sobre este tema, habría que decir que los hallazgos coinciden con el planteamiento de Pozniac (2009) en relación con las narrativas hegemónicas sobre los migrantes, sobre las cuales cabe anotar que no se trata solo de discursos externos sobre los migrantes, sino que también han sido incorporadas y reproducidas por ellos mismos. La primera de estas narrativas, es la de “activos y costos”, según la cual, el migrante es un bien, un “activo” que contribuye al crecimiento económico, un migrante que responde a necesidades de los países en el ámbito productivo. Este elemento se encuentra en vinculación, con la segunda narrativa:

“ética de los migrantes” que califica a los migrantes como buenos y malos, apelativos que como se acaba de decir, adoptan los mismos migrantes: los buenos, tal como señalan los entrevistados, son aquellos migrantes que se enfocan en trabajar, adaptarse y “aportar” al país de destino, y los malos, contemplarían, por ejemplo, a aquellos de mal comportamiento o que representan solo una carga y no un aporte para los sistemas sociales.

El tercer ítem de esta categoría es el de Sentimientos de las sociedades frente a migrantes. Este apartado responde al reconocimiento de que no solo las políticas de inmigración y atención sanitaria son relevantes para el bienestar de los migrantes, sino que son también importantes los sentimientos contrarios a la inmigración (Valle et al., 2020). Lo anterior teniendo en cuenta que la discriminación es uno de los principales generadores de estrés para los migrantes (Collazos et al., 2008; Torres y Garcés, 2013; Zuazo y Etxebeste, 2008). Al respecto, es de señalar que estos sentimientos se interrelacionan de diversas maneras con las normativas de los países en materia migratoria. En efecto, en Canadá se encuentran políticas migratorias y de salud enfocadas en el bienestar de la población, y vinculadas, además, con un Estado y una sociedad que se proponen a sí mismas como multiculturales y no discriminadoras, a pesar de que se presenten situaciones de discriminación contra los migrantes, como las descritas por los entrevistados. Pero de otro lado, se tiene el caso de Ecuador, país en el que el progresismo de las políticas migratorias y sanitarias se contradice con la resistencia de la sociedad hacia los migrantes.

En relación con el tema, se encuentra que la discriminación contra los migrantes se da en los tres países, discriminación que opera a través de una separación binaria, “ellos-nosotros”, en la que tal como señala Durand (2017) los pueblos definen su identidad frente a la de otros, que consideran diferentes. Pero además de considerarlos diferentes, esta diferencia, en muchas ocasiones, se concibe en términos de inferioridad, derivando en desigualdad, exclusión y discriminación (Salgado, 2003). Este ellos-nosotros se manifiesta en la distinción nacional-no nacional, en la forma blanco-no blanco, que no se basa solo en un color de piel, sino en la conjunción de una serie de características que contemplan el fenotipo, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el país de origen, la cultura, entre otros. Ahora bien, esta discriminación no es solo un asunto simbólico sino que sus consecuencias se concretan en obstáculos en el ámbito laboral y la vivienda, como los ya mencionados.

Aquí es de resaltar que, exceptuando Antonio, los entrevistados en Estados Unidos, afirman que, en ese país, no hay discriminación contra los migrantes. No obstante, es de conocimiento general la actitud hostil de gran parte de la sociedad estadounidense hacia ellos. Adicionalmente, los mismos entrevistados hacen referencia a bromas basadas en los estereotipos sobre los colombianos, y al respecto, autores como Garduño (2010) sostienen que las bromas y sarcasmos son una de las expresiones de la discriminación. De otro lado, debe considerarse además que la jerarquía de los grupos sociales no se evidencia solamente en situaciones de discriminación puntuales, sino en los grupos a los cuales se les permite, o por lo menos facilita, acceder al poder. Así, tanto en Canadá como en Estados Unidos quienes pueden llegar a hacer parte de cuerpos de poder como el parlamento son, en su mayoría, “blancos”.

Hasta aquí, se ha dado cuenta de cómo la condición migrante implica una discriminación, en la lógica de la diferencia entre nacionales y no nacionales. Sin embargo, debe añadirse que la discriminación no es igual para todos los migrantes; como se presentó, se agudiza por el origen de los migrantes. De manera que como señala Balibar (2006, como se citó en Barbero, 2010) la categoría de extranjero no es homogénea y, en esa heterogeneidad, de acuerdo a su origen, los migrantes serían catalogados como más extranjeros, “más extraños”, incluso enemigos. Es en este sentido que la discriminación contra los migrantes se agrava con base en la jerarquización sur y norte global, y en su nacionalidad.

Con respecto a la jerarquización sur y norte global, la discriminación recae, principalmente sobre quienes emigran sur-norte. Hay, en general, un imaginario del migrante del sur como migrante riesgoso, por el que se le asocia con la delincuencia, violencia, problemas sociales, carga y acciones fraudulentas. Estas asociaciones responden a un orden jerárquico interestatal, en que las fronteras centrales ya no son entre naciones sino entre el norte y el sur (Pereda et al., 2008), desde el que se ve a los migrantes del sur como intrusos que invaden y contaminan los países del norte (Salgado, 2003).

De otro lado, se encuentra también la referencia de los entrevistados sobre la identificación de los migrantes latinos con la irregularidad, así como con condiciones de subdesarrollo en sus países, con vidas primitivas y precarias. Estas últimas correspondientes

a los imaginarios según los cuales la cultura del norte es progresista y moderna, frente a la del sur, que es primitiva (Rivera, 2001). De manera que habría que pensar que estas identificaciones posiblemente reflejen que las desigualdades entre los países del norte y del sur, son encarnadas por los migrantes “llevan la desigualdad en sus maletas” y tienen consecuencias en sus experiencias de migración y en las posibilidades para su integración social, económica, etc. en las sociedades.

Ahora bien, aquí debe pensarse la situación de los colombianos en Ecuador, pues aunque esta es una migración sur-sur, operan los mismos mecanismos discriminatorios. Lo anterior, podría obedecer a los estereotipos sobre los colombianos, pero también, sitúa la necesidad de considerar “el valor” de la nacionalidad en las migraciones. Esto es, que si bien Ecuador y Colombia comparten condiciones, historias, contextos y dificultades, al ser Colombia el país expulsor hacia Ecuador, ser colombiano se califica como menos valioso que ser ecuatoriano, de manera que el valor de la nacionalidad va ligada a la posición de la nación, constituyéndose una especie de norte-sur dentro del mismo sur. Así, tal como plantean Pereda et al., (2008, p. 17), en las migraciones sur-sur hay “países de la periferia que son importantes punto de llegada de inmigrantes, desde una periferia aún más ‘pobre’”. En relación con esto, precisamente, uno de los énfasis del expresidente ecuatoriano Rafael Correa, con respecto a la migración de sus connacionales, era que la migración es un resultado del fracaso del modelo neoliberal de algunos países, sentido en el cual, las emigraciones masivas vienen de Estados fallidos y débiles.

Por otra parte, en cuanto a la agudización de la discriminación por la nacionalidad, en el caso preciso de los migrantes colombianos, se ve que esta se origina en los estereotipos sobre ellos, primordialmente, en relación con el narcotráfico y la prostitución. Asimismo, como ya se dijo, se evidenció como estos tienen consecuencias en sus condiciones de vida, en tanto limitan, incluso, sus posibilidades de conseguir empleo y vivienda. Adicionalmente, son motivo de agobio y sentimientos de temor para los migrantes, tal como lo reitera Jorge en su relato.

Para finalizar este aspecto, cabe anotar que si bien se plantea la discriminación como una respuesta de las sociedades de acogida, esta no es ajena a los mismos migrantes, de manera que se presenta también lo que podría pensarse como discriminación intramigrante,

esta originada en condiciones diferenciales como la etnia y la clase social, así como el estatus migratorio. Como ejemplo, desde el último, los migrantes regulares consideran que los migrantes irregulares no son iguales a ellos y no deberían ser merecedores de ningún tipo de beneficio por parte de los países de destino.

Pasando a otro tema, la segunda parte de esta categoría se refiere a las Estrategias que usan los migrantes para responder a los obstáculos que encuentran en el acceso a las condiciones de vida ideales, y de su Ejercicio de ciudadanía.

Con respecto a las estrategias, en el nivel individual, es de resaltar que, en consonancia con la centralidad del ámbito laboral en las vidas e inserción social de los migrantes, estas estrategias se orientan, primordialmente, a resolver la consecución de empleo, en vinculación, claro está, con la obtención de recursos económicos. En estas estrategias pueden identificarse dos vías: por una parte, los migrantes se comprometen con el mejoramiento de sus niveles de cualificación; por ejemplo, aquí se encuentran la homologación de títulos académicos, los procesos de capacitación y el perfeccionamiento del idioma. Por otra parte, se encuentra la asunción de proyectos económicos independientes. De acuerdo a los hallazgos, estos puede obedecer a diferentes motivaciones: pueden ser una alternativa cuando por bajos niveles de cualificación o falta de documentación los migrantes no pueden obtener trabajos, caso en el cual pueden encontrarse proyectos enfocados en las ventas. De otro lado, en casos en que hay niveles de cualificación altos, los proyectos independientes se orientan a lograr mayores grados de libertad e independencia en sus condiciones laborales, es el caso de Irene quien recalca que tener su propia clínica le ha permitido trabajar a su ritmo.

De otro lado, en cuanto a las estrategias colectivas, justamente, uno de los aspectos que cobran importancia en la instalación de los migrantes es la constitución de núcleos de apoyo social, asunto descrito por autores como Rojas (2008) y Zarza y Sobrino (2007). Sobre el apoyo social, habría que decir, que en coincidencia con lo planteado por los autores, las entrevistadas que emigraron en pareja o familia, se refieren al valor, en términos emocionales, del apoyo que representan sus parejas y familias como su red social más inmediata. De otro lado, en relación con el apoyo social fuera de la familia, este se constituye por otros migrantes colombianos y de otras nacionalidades, así como nacionales que han

conocido en ámbitos educativos o laborales. Ahora bien, los migrantes resaltan este apoyo como un subsanador de las dificultades que encuentran en los determinantes sociales de la salud, dificultades que van desde el desconocimiento hasta situaciones de discriminación. Asimismo, cabe resaltar que en términos de apoyo social se establece lo que podría denominarse “cadenas de apoyo” en las que el mismo migrante que ha recibido el apoyo de otros, ayuda a migrantes llegados más recientemente o que tienen condiciones más precarias.

En cuanto al ejercicio de ciudadanía de los migrantes, en este texto se ha reiterado que, desde la propuesta de análisis de Barbero (2010) este incluye el estatus formal, la identidad (sentido de pertenencia) y la participación. Esta reiteración con el fin de enfatizar que ser ciudadano no se limita a un estatus jurídico desde el reconocimiento de un Estado. A pesar de este señalamiento, justamente, desde los relatos de los entrevistados, puede abstraerse que, para ellos, la ciudadanía se concibe casi siempre como un estatus legal y, a pesar de que dan cuenta de otros aspectos como la participación política, solo la vinculan a la ciudadanía en términos del ejercicio del voto.

Dicho esto, en relación con el estatus formal como primer elemento de análisis, habría que destacar la percepción que muestran algunos entrevistados sobre la obtención de la ciudadanía: la primera, la percepción de que la ciudadanía es un privilegio que se gana u obtiene y no un derecho. Aquí habría que considerar que si se es nacional de un país, en general, nacer en el territorio es suficiente para obtener la ciudadanía, pero, en el caso de los migrantes, deben pasar por un proceso en el cual demuestran que cumplen con las condiciones para ser merecedores de ese estatus, en esa medida, efectivamente, se trata de un privilegio no de un derecho para los migrantes. Ahora bien, habría que pensar desde los planteamientos de Sassen (2003), que estas condiciones se vinculan aun con una visión de la ciudadanía ligada a la fidelidad a un Estado que garantice el bienestar, mas que a la perspectiva de esta como un estatuto efectivo. Adicionalmente, cabe recordar que estas condiciones no son gratuitas sino que responden a la necesidad de, si se quiere, filtrar las solicitudes de naturalización de los migrantes y, de esa manera, propender además por procesos de asimilación identitaria (Barbero, 2010).

La segunda percepción es la de la ciudadanía como una forma “de asegurar” su posición en el país; esta percepción parte de pensar que la posición de los migrantes en los

países de destino está sujeta a las voluntades políticas, contextos y coyunturas de estos países, lo que ya los haría estar en diferente situación que los nacionales. Esta posición, sujeta a los vaivenes, se ha evidenciado en situaciones como el establecimiento de políticas regresivas bajo el Gobierno de Stephen Harper en Canadá o de Donald Trump en Estados Unidos, así como en las medidas de emergencia del gobierno ecuatoriano en la coyuntura de la migración venezolana.

En cuanto a la identidad como segundo componente de la ciudadanía, es de recordar que esta hace referencia a la pertenencia a la comunidad a través de la apropiación de sus valores (Barbero, 2010). Con base en esto, la identidad es un elemento muy relacionado con los procesos de aculturación de los migrantes propuestos por Berry (2006). Ahora bien, tal como sobre los procesos de aculturación, sobre los cuales se cuestiona el papel de las sociedades de acogida, aquí habría que preguntarse sobre las dificultades que genera el rechazo de las sociedades en la construcción de una identidad nacional correspondiente con el país de destino. Esto es, tal como lo refiere Irene, como migrante se encuentra con dificultades para considerarse canadiense contra un discurso que le recuerda abiertamente que no lo es.

Particularmente, en el caso de los entrevistados, podría decirse que su sentimiento de pertenencia hacia el país en que residen es diverso, en tanto puede encontrarse quienes se refieren a una identidad más vinculada a los países de destino, mientras otros muestran una relación transnacional entre los dos países, aun cuando la manera en que se relacionan con cada país es diferente.

Pasando al siguiente elemento de análisis del ejercicio de ciudadanía, se encuentran obstáculos en la participación política de los migrantes. Estos obstáculos incluyen la prohibición explícita de participación en ciertos asuntos políticos de los países expresada en algunas legislaciones, estas prohibiciones incluyen limitaciones en procesos electorales o de movilización política, entre otros. Pero además, en algunos casos en que los migrantes tenían una vida política previa, aparecen aquí como consecuencias de emigrar, la pérdida de espacios y redes de participación. Adicionalmente, la dinámica misma de la migración lleva a que la vida de muchos migrantes se centre en la resolución de las necesidades propias de la sobrevivencia y, en esa lógica, no disponen de tiempo para construir o unirse a procesos

participativos en sus países de destino o de origen. De manera pues que, en términos generales, debe considerarse que emigrar ha ido en detrimento de los procesos de participación política de los migrantes entrevistados, aunque sea de manera implícita.

Ahora bien, habría que señalar además que lo anterior lleva a que los migrantes tengan una ciudadanía desigual pues al afectarse las posibilidades de participación, se afecta la posibilidad de ser sujetos de derecho ¿De qué manera pueden pensarse la garantía de derechos si no hay posibilidades de deliberar o participar en procesos que involucran su vida? Además, que su participación sea limitada, se constituye en una forma de inexistencia y exclusión, y tal como señala Beca (2019), la titularidad de los derechos políticos es condición de una vida digna.

Con base en lo anterior, es de considerar entonces que si bien la ciudadanía puede ser concebida por los migrantes como una forma de aseguramiento y garantía de su condición, no representa la garantía definitiva de la obtención de derechos, es así pues, necesaria más no suficiente para alcanzar la igualdad de derechos.

Para finalizar esta discusión, es de resaltar la vasta diversidad de experiencias de los migrantes colombianos en sus países de destino. Esta diversidad originada en que la migración es un fenómeno que involucra seres humanos insertos en un momento histórico y un contexto socioeconómico y político específico, elementos todos que se conjugan en cada experiencia de manera diferente y que, en el caso de esta investigación, se analizan a la luz del derecho a la salud. Es en este sentido que se ha reiterado que el análisis de este derecho implica pensar las interrelaciones de elementos de los planos macro, meso y micro. De esta manera, ha quedado también evidenciado que definir las vivencias de los migrantes bajo una categoría migrante homogénea oculta una gran gama de variables que contribuyen a que los resultados de la migración sean peores o mejores, sin que esto implique desconocer que, de acuerdo a los migrantes, hay factores que resaltan como diferenciales, por ejemplo, en el caso de esta investigación el país al que se emigra, el recibimiento de las sociedades, el estatus migratorio y la motivación para emigrar.

10. Conclusiones

La presente tesis se desarrolló desde la pregunta por el derecho a la salud de los migrantes colombianos en Ecuador, Canadá y Estados Unidos. El abordaje de dicha pregunta se realizó con base en los relatos de siete migrantes colombianos residentes en los países de análisis. Los hallazgos, en cada uno de los países, han sido presentados en los capítulos precedentes, de manera que en el presente capítulo se desarrollan las conclusiones del trabajo con la siguiente estructura: los principales hallazgos sobre el derecho a la salud de los migrantes, los aportes de la investigación para la salud pública, y recomendaciones para futuras investigaciones.

10.1. Principales Hallazgos Sobre El Derecho A La Salud De Los Migrantes

Para comenzar este apartado, los hallazgos de la investigación permiten afirmar que los migrantes entrevistados no disfrutaban de un derecho a la salud completo, integral, que abarque todos los componentes que han sido definidos en los pactos internacionales y que les permita, en el sentido más amplio alcanzar “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que permita vivir dignamente” (ONU, 2000, p. 1), situación que no está por demás señalar, posiblemente, no alcanzan tampoco algunos de los nacionales de los países que han sido analizados. Ahora bien, en el caso de los migrantes, que no alcancen el disfrute pleno del derecho obedece, principalmente, a su condición de migrantes, condición que con frecuencia tiende a situarlos en una posición social inferior que a los nacionales de cada uno de los países y, en esa medida, afecta las posibilidades de acceder al nivel más alto que este derecho podría alcanzar en los países de análisis. Al respecto, cabe precisar que esta afirmación se refiere a sus países de residencia actual, pues, se encuentra, consistentemente, que pese a dicho posicionamiento social, sus condiciones en esos países suelen resultar mejores de las que podrían encontrar en Colombia.

Ahora bien, de acuerdo con los resultados de la investigación, el hecho de que ser migrante afecte su derecho a la salud se relaciona con aspectos económicos, sociales, políticos y culturales en niveles macro, meso y micro. Dichos aspectos fueron abordados a través de los contextos normativos en migración y salud de los países, las respuestas de las

sociedades hacia los migrantes, el derecho a la salud de los migrantes (desde los elementos propuestos por la Observación Número 14), y los migrantes como sujetos de derecho.

En este orden de ideas, lo primero a decir, con respecto a los contextos normativos en migración y salud de los países de análisis, es que en ambos ámbitos, migración y salud se presentan unas tendencias globales predominantes que se constituyen también en un contexto para las propuestas de los países. Estas tendencias globales representan visiones en constante pugna, que corresponden, en el caso de la migración, con una tendencia hegemónica que aboga por la comprensión de la migración desde una óptica restrictiva, en la que emigrar es un privilegio al que no deben acceder todos pues no todos lo merecen. Esta postura es objetada por una segunda tendencia que defiende emigrar como un derecho global, y por tanto un derecho de cualquier persona de cualquier país. En la confrontación entre estas dos posturas, claramente, la primera es la dominante simbólica y empíricamente.

Asimismo, sobre la salud se tienen dos posturas opuestas, por una parte, la concepción de la salud como bien de mercado, vinculado con el poder adquisitivo a nivel individual, y por otra, la propuesta de la salud como un derecho, perspectiva que, desde los derechos sociales, económicos y culturales, implica considerarlo como un derecho universal, integral y no ligado a estatus social o capacidad económica.

Como se dijo, las anteriores tendencias operan, si se quiere, como un contexto para los ámbitos locales correspondientes a los tres países de análisis de esta investigación. En el caso de Estados Unidos, se encontró una posición cercana a las tendencias hegemónicas: la salud como un bien de mercado y la migración con una óptica restrictiva, justificada por el país, en motivos de seguridad. Para Ecuador, por el contrario, se encontró una perspectiva política progresista, al menos en el plano normativo, con base en la cual, tanto la migración como la salud se conciben como derechos. Finalmente, en Canadá predomina una orientación selectiva en la migración, que responde a sus necesidades estratégicas como Estado. Por su parte, aunque no explícita una concepción sobre el derecho a la salud, su política en salud y su concreción en el sistema de salud público se inclinan hacia esta tendencia.

Ahora bien, no basta lo dicho para comprender los contextos normativos; debe considerarse además que estos son, en su base, discursos que pueden o no ejecutarse de acuerdo a su propósito, y por tanto, es necesario contemplarlos en conjunción con las

posibilidades y condiciones de concreción en cada país. En este orden de cosas, en Estados Unidos tanto su visión securitista de la migración como su énfasis en la salud como bien de mercado encuentran su concreción efectiva en un país que, en su construcción como Estado, ha privilegiado los valores liberales, los cuales se han traducido en un mercado individualismo. Adicionalmente, este país cuenta con los recursos políticos, económicos y tecnológicos para ejecutar su visión en unas fronteras físicas y simbólicas, cada vez más reforzadas y un mercado de seguros de salud de alto costo y gran inversión tecnológica. En cuanto al caso de Canadá, su contexto normativo actual guarda relación con su trayectoria como Estado de bienestar social, además, el país cuenta con suficientes recursos para garantizar el bienestar de su población. Caso contrario, el de Ecuador, en que se presenta una evidente brecha discursiva y de implementación de sus contextos normativos. Estas brechas vinculadas con asuntos del orden político como la reciente inestabilidad política en ese país, y asuntos del orden económico, como la ausencia de recursos e infraestructura para cubrir las necesidades de la población.

Con respecto al segundo aspecto abordado en la investigación: la respuesta de las sociedades hacia los migrantes se encontró que, en los tres países, los migrantes se encuentran con situaciones de discriminación que evidencian una desigualdad entre los migrantes y los nacionales de los países.

Esta discriminación se relaciona con la difusión del migrante como amenaza para las sociedades de destino, que es usada como argumento para rehusarse a su integración a la sociedad. Esta imagen se ha construido desde varios frentes: primero, relacionando a los migrantes con enfermedades contagiosas y crónicas, o con problemas sociales, como la violencia, el alcoholismo, la venta y consumo de drogas y la prostitución, entre otros. Segundo, responsabilizándolos por el detrimento de los sistemas de salud y protección social de los países de destino. Tercero, planteando que despojan a los nacionales de sus oportunidades de empleo, educación o ayudas sociales. Asimismo, los hallazgos evidenciaron que estas situaciones de discriminación se originan en su condición migrante y se agudizan por ser migrantes del sur y por ser colombianos.

De otro lado, se evidenció que esta desigualdad que viven los migrantes condiciona, como se ha dicho, su derecho a la salud en su visión integral que involucra los determinantes sociales y los bienes y servicios de salud.

Sobre los determinantes sociales de la salud, es de destacar que los siete entrevistados centraron su relato en tres determinantes correspondientes, según el modelo de la OMS (2009) a circunstancias materiales de vida: el empleo, la vivienda y la seguridad. Particularmente, los migrantes dieron cuenta de dificultades en las condiciones de empleo y vivienda; estas dificultades vinculadas, por una parte, con su condición migrante -aún más si se trata de migraciones forzadas o estatus migratorios irregulares-, por otra parte, con los recursos económicos propios. Sobre lo anterior, cabe recordar los casos en que por situaciones de discriminación no obtienen empleo, como le ha sucedido a Jorge en Ecuador, o cuando no se les permite ascender a los más altos niveles en la jerarquización laboral, como lo relató Antonio en Estados Unidos. De otro lado, los recursos económicos cobran importancia en Canadá y Estados Unidos, en que los migrantes refieren altos costos de vida que, en ocasiones, restringen sus posibilidades, por ejemplo, en la selección de las condiciones y ubicación de su vivienda.

En cuanto al acceso de los migrantes a los bienes y servicios de salud, como la atención en salud es de subrayar que, en términos generales, los entrevistados valoran positivamente algunos aspectos de estos. No obstante, con base en sus relatos, debe concluirse que su acceso a los mismos es, en promedio, inferior al de los nacionales debido a que, además de las dificultades que enfrentan los nacionales de los países para este acceso, los migrantes se encuentran con unas barreras particulares precisamente por su condición. De estas barreras se destacan dos: la primera es la desigualdad en las posibilidades para el aseguramiento en salud, originadas en la ausencia de un empleo estable, ingresos económicos, documentación o el tiempo de residencia requerido.

A propósito del aseguramiento en salud, habría que señalar además que en los tres países, es el aseguramiento privado la vía para una mejor atención en salud. No obstante, debe considerarse que el aseguramiento privado afecta las posibilidades del derecho a la salud. Esto, pues se liga necesariamente con el poder adquisitivo de los individuos, por ende, se trata más de un privilegio para aquellos que, al tener mayores ingresos, muy seguramente,

cuentan además con condiciones privilegiadas en otros ámbitos como la alimentación, vivienda, educación, etc. Al respecto, cabe aclarar que la existencia de un sector privado no es negativa *per se*, pues puede operar como un sistema complementario al sistema público, por ejemplo, cuando la prestación de los servicios a través de establecimientos privados mejoran la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud. Pero, de acuerdo a lo encontrado en esta investigación, se trata más bien de un sector privado que compite por recursos con el sector público, dejando en diversas condiciones de desventaja al último. Lo que deriva incluso en que los sujetos mismos aboguen con frecuencia por la desaparición del sector público y el establecimiento pleno del privado.

La segunda barrera son las diferencias culturales, particularmente en el idioma, que derivan en que los migrantes se enfrenten a ser atendidos en un idioma que no comprenden, lo que en algunos casos desanima la búsqueda de atención, o una vez allí hace que se den barreras comunicativas con implicaciones que pueden ser diagnósticas y de tratamiento.

Para cerrar este apartado, habría que hacer dos acotaciones más: primera, la importancia de la sensación de seguridad como un cambio positivo al emigrar, particularmente, en migrantes colombianos debido al contexto del país en que aparecen situaciones de violencia a nivel macro y micro. La segunda acotación es que al emigrar a otros países, particularmente, aquellos que difieren geográfica, cultural y socialmente, los migrantes pueden encontrarse con numerosas diferencias, mas no toda diferencia se configura en una desigualdad. Aquí se tienen dos situaciones, la primera, cuando no se torna en desigualdad, por ejemplo, como en el caso de las diferencias en el clima que requieren un proceso de adaptación por parte de los migrantes pero no se constituyen en desigualdades. La segunda situación es cuando se tornan en desigualdad, es el caso del idioma, pues más allá de las dificultades que enfrentan los migrantes para comunicarse, las diferencias en el idioma se han tomado con frecuencia como rasgo distintivo para identificar a quien no es nacional de los países y, esta identificación tiene como consecuencia que sean discriminados. A los migrantes se les censura por hablar español en sus países de destino, o se les maltrata cuando lo hacen, lo que ha resultado en que incluso algunos migrantes deciden no usar su lengua o no transmitirla a sus hijos (Calleja, 2005).

En este orden de ideas, el siguiente aspecto a abordar es el que corresponde a los migrantes como sujetos de derecho, que considera los aspectos particulares de los migrantes y su ejercicio de ciudadanía. De los principales hallazgos sobre los aspectos particulares de los migrantes, puede subrayarse la diversidad de condiciones encontradas en los migrantes entrevistados; esta diversidad en términos de género, nivel educativo, estado civil, condiciones socioeconómicas, motivaciones para emigrar y estatus migratorio. Como resultado de esta heterogeneidad, es necesario considerar el impacto que las condiciones particulares de los migrantes tienen en sus condiciones de vida en los países de destino.

Ahora bien, de las características mencionadas, en consonancia con los resultados de investigación, habría que resaltar el impacto generado por las diferencias en: el nivel educativo, las motivaciones para emigrar y el estatus migratorio. El primero de ellos, el nivel educativo, muestra que quienes tienen un nivel más alto (obtenido en Colombia o en el país de destino) tienen mejores condiciones de vida, debido a que este nivel educativo contribuye a que tengan mejor acceso y condiciones laborales. Asimismo, contribuye a que sus aportes sean reconocidos por las sociedades de destino.

Con respecto a las motivaciones para emigrar, se resalta que, aunque las motivaciones de los migrantes entrevistados son plurales, predomina la migración por motivos económicos. Lo anterior vinculado a las condiciones colombianas, como la ausencia de posibilidades laborales, pero además, a que los países de destino, como Canadá, requieren e incentivan la migración de quienes representen capital humano (Ramírez y Lozano, 2017). También habría que acotar que las motivaciones para emigrar pueden ser múltiples y cambiantes en cada migrante, como ejemplo, Alejandra (Ecuador) quien emigra inicialmente por oportunidades académicas y luego, emigra de nuevo, esta vez en busca de oportunidades laborales y para establecerse con su pareja.

Sobre las motivaciones, cabe anotar además que, en términos generales, migraciones forzadas, es decir, las que se dan cuando quienes emigran lo hacen bajo situaciones como amenaza o violencia directa (Villa, 2011), derivan en condiciones más difíciles en la instalación en los países de destino. De otro lado, sobre esto es necesario precisar que la motivación forzosa no necesariamente corresponde con un estatus de refugiado en los países de destino, tal como lo evidencia la experiencia de Jorge (Ecuador) quien huye de Colombia

debido al conflicto armado pero, por desconocimiento, no solicita el estatus de refugiado al ingresar a Ecuador. Asimismo, se encuentra el caso de Diana (Estados Unidos) quien emigra con su pareja motivada por un deseo propio y es, en su instalación en Estados Unidos, en que decide junto con su pareja solicitar el asilo como una alternativa para permanecer en el país.

En lo relativo al estatus migratorio, en consistencia con lo establecido por estudios previos, es notable el hecho de que la migración irregular condiciona negativamente las posibilidades de los migrantes, pues se encuentran con dificultades en las condiciones laborales, de vivienda y de salud, entre otras. Además se enfrentan con situaciones de violencia, abuso, y constante temor a ser expulsados de los países de destino. Adicionalmente, sobre el estatus migratorio irregular se advierte que su abordaje es crítico para los países de destino, aunque evidentemente este énfasis no obedece a la intención de mitigar las dificultades que viven estos migrantes, sino a la creación de mecanismos para impedir, detectar y expulsar a los migrantes en situación de irregularidad.

En última instancia, de la heterogeneidad de los migrantes, puede destacarse que las condiciones de vida, previas a la migración, se vinculan, en muchas ocasiones, con las circunstancias en que se da el proceso migratorio así como con las condiciones de vida a las que los migrantes pueden acceder en sus países de destino. Como se ha reiterado en este texto, condiciones precarias previas pueden desembocar en migraciones forzadas o irregulares, y con ello, en pocas posibilidades de acceso a bienes y servicios en los países de destino.

Siguiendo el orden desarrollado en los resultados de esta investigación, el aspecto final de los hallazgos atañe al ejercicio de ciudadanía de los migrantes, cuyo análisis, se desarrolló desde los elementos propuestos por Barbero (2010): el estatus formal, la identidad y la participación.

En relación con el estatus formal, es de resaltar que los entrevistados conciben la ciudadanía, primordialmente, enfocada a este elemento. Es en esa medida que la consideran, por ejemplo, como un privilegio que les otorga el país de destino o como una forma de asegurar su permanencia en esos países. Asimismo, desde esta perspectiva, en general, los relatos evidencian una concepción de su ciudadanía restringida a los aspectos administrativos

asociados con la obtención del estatus, esto es, la solicitud, el cumplimiento de requisitos y la ceremonia de obtención de la misma.

A propósito de la identidad, se encuentra que esta se liga al país de destino, en aquellos casos, en que se siente que es ese país el que dio las oportunidades, y que tal vez, en ese sentido, se le debe lealtad. No obstante, condiciones como la migración forzada pueden derivar en identidades marcadas por la nostalgia de Colombia, aunque esto no implica negar la importancia del país de destino. Ahora bien, en relación con la identidad, debe decirse que aparecen también reclamos a los países de destino para ser reconocidos como perteneciente a los mismos. Un caso en que se combinan ambas situaciones es el de Irene quien recalca que ella y su familia “también son canadienses”, pero también un reclamo hacia Colombia pues los migrantes resienten el abandono del Estado colombiano, como si ya no pertenecieran a este.

En cuanto a la participación política, en términos generales, se encuentra que los migrantes ven afectadas negativamente sus posibilidades de participación a diferente nivel o diferentes esferas. Lo anterior por varias razones, entre las que se cuentan: prohibiciones expresas en los contextos normativos, como es el caso de Ecuador que prohíbe a los visitantes temporales inmiscuirse en asuntos de la política interna del país (Ley Orgánica de Movilidad Humana, 2017). También están las limitaciones impuestas por las necesidades diarias en los países de destino, como la necesidad de sobrevivir que menciona Irene, por la cual, quienes emigran deben dedicar su tiempo y esfuerzos a garantizar el sustento económico. Adicionalmente, el mismo cambio de país deriva en que, en ocasiones, quienes contaban con redes y espacios de participación en Colombia, los hayan perdido.

10.1. Aportes De La Investigación Para La Salud Pública

El presente apartado propone algunos aportes que, desde el proceso y contenido de la investigación, podrían hacerse a la salud pública.

En cuanto al proceso de investigación, el primero de los aportes es la aproximación metodológica con la que se desarrolló esta investigación. Puntualmente, en lo referido a esta investigación, acercarse al derecho a la salud de los migrantes desde los relatos de los entrevistados permitió comprender este derecho en sus dimensiones e interrelaciones con

aspectos de las políticas, las sociedades y las situaciones cotidianas. Así pues, cabe resaltar del método la posibilidad de abordar lo individual y lo social, así como los análisis de los entrevistados mismos acerca de ambos niveles. Lo anterior, en tanto, en sus relatos, los entrevistados dieron cuenta de sus condiciones previas y actuales, sus experiencias personales y las de otros migrantes, aspectos sociales y políticos, pero además de sus propias construcciones y análisis sobre las situaciones, y sus causas y consecuencias en cada país.

Asimismo, desde el abordaje metodológico, está el reconocimiento del valor de la experiencia de los sujetos en el discernimiento del fenómeno migratorio, por ejemplo, los relatos de los entrevistados permitieron acercarse a la experiencia cotidiana vivida en torno a su llegada e instalación en un nuevo contexto, y las oportunidades y vicisitudes para rehacer su vida en este. Adicionalmente, se encuentran sus experiencias en los sistemas de salud de esos países y las barreras en la atención en salud. Al respecto, debe decirse que la importancia de acercarse a las experiencias de los sujetos no se limita a esta investigación, sino al abordaje de otros fenómenos en salud, pues, como se señaló en el planteamiento del problema de investigación, la salud pública ha privilegiado el estudio e intervención de la salud excluyendo la subjetividad de los sujetos (Ayres, 2005; Granda et al., 1995; Samaja, 2004), en esa medida, investigaciones como esta, responden al llamado a que los abordajes investigativos contemplen al sujeto que “encarna” los fenómenos.

De otro lado, es importante recordar también que este abordaje narrativo se realizó en conjunción con el análisis crítico de discurso de algunos documentos, lo que permitió acercarse a la comprensión de los contextos en que se vivían las experiencias relatadas por los migrantes. Adicionalmente, de este análisis crítico queda como aprendizaje la importancia de considerar las políticas no solo en su contenido sino desde otros elementos como sus sujetos de enunciación. En este caso tales sujetos son Estados cuya historia, ideales, valores, posición geopolítica, coyunturas políticas y posibilidades económicas y sociales se plasma en esas legislaciones.

En este orden de ideas, este trabajo de investigación aporta al conocimiento del fenómeno migratorio desde la salud pública, desde la particularidad del análisis y presentación de los aspectos del orden macro, meso y micro involucrados en el fenómeno,

pensados además de manera interrelacionada. Es de anotar que este análisis corresponde a perspectivas señaladas por autores de la salud pública como Castellanos (1998).

En términos del contenido, la investigación contribuye al estudio del fenómeno migratorio desde el conocimiento del contexto particular de las migraciones sur-sur, que, como se vio en los antecedentes de investigación, han tenido un crecimiento significativo ante las restricciones en las migraciones sur-norte, sin que ese crecimiento haya redundado aún en el ámbito investigativo, en el que se han estudiado, predominantemente, las migraciones sur-norte. Adicionalmente, se contribuye a la investigación en el caso de migrantes colombianos que se enfrentan a situaciones particulares, como aquellas vinculadas con los estereotipos sobre el país.

Por otra parte, el abordaje del derecho a la salud, con las particularidades que este toma en la población migrante, es un aporte a la salud pública, pues aunque este derecho es un objeto de la salud pública, de acuerdo a los antecedentes investigativos es un área en que aún se encuentra poca investigación, particularmente, desde el abordaje metodológico biográfico narrativo. Adicionalmente, el estudio de la población migrante en particular evidenció las formas concretas en que este derecho se ve afectado por motivos como nacionalidad, etnia, nivel socioeconómico, empleo o aseguramiento, que derivan en una garantía “inferior” de dicho derecho.

Es en esta lógica que esta investigación reitera la necesidad de reflexionar una y otra vez, la referencia de la salud pública a su objeto: la salud de la población. Los resultados de esta investigación muestran de nuevo cómo el concepto de población no cubre a seres humanos homogéneos en realidades unidimensionales. Además, tal como ha señalado Navarro (1998) el concepto de población no es apolítico, por el contrario, está construido alrededor de relaciones de poder que llevan, como se presentó, a que por ejemplo, quienes nacen en el norte global sean una “mejor” población o por lo menos merecedores de más garantías a nivel mundial. Esto implica que en la investigación y en la intervención desde la salud pública se hace necesario considerar los aspectos, dimensiones y formas como se constituyen las poblaciones particulares que se abordan.

Como ejemplo, en relación con el derecho a la salud de los migrantes, podría aludirse al planteamiento de Morey (2018), al decir que la salud pública tiene el deber de proteger la

salud de todos rompiendo las paredes formadas por un ambiente de políticas antinmigrantes, desde el reconocimiento de que estas políticas son formas de racismo estructural que van en contra de la valoración de la salud para todos. Asimismo, debe tener en cuenta el impulso mundial hacia la consideración de la salud como un bien de mercado, que se evidenció, por ejemplo, en el reclamo a sistemas de salud públicos como el canadiense por orientarse a lo privado.

En este sentido habría que pensar que intervenciones limitadas a servicios de salud, sin considerar los contextos a nivel global y local, si bien son necesarias, muy seguramente, no son suficientes, pues estos servicios de salud se vinculan con estos contextos y con otros determinantes sociales como el empleo, de manera que, como se vio, son solo una parte de las afectaciones que tienen los migrantes.

10.2. Recomendaciones Para Futuras Investigaciones

Para finalizar se proponen algunas líneas de análisis para futuras investigaciones. En primer lugar, es pertinente ahondar en lo relacionado con las migraciones sur-sur, pues desde lo encontrado en esta investigación quedan interrogantes, por ejemplo, sobre las causas de la discriminación y rechazo hacia quienes emigran desde y hacia países del sur global, aun cuando se comparten contextos históricos, sociales, económicos y culturales entre ambos países. En particular, podría profundizarse sobre el posicionamiento de la nacionalidad como un sistema de jerarquización de los migrantes, como lo evidenciaron los relatos de los entrevistados al plantear que migrantes del norte tienen mejores posibilidades.

En esta misma vía, podría pensarse la nacionalidad y la jerarquización sur y norte global, en relación con los marcadores sociales de género, etnia y clase; por ejemplo, en posibilidades de abordajes desde la interseccionalidad.

Se considera importante también, insistir en la consideración de las condiciones previas a la migración y lo que se denominó aquí “espiral de precariedad”, lo anterior debido a que al abordar asuntos relacionados con los migrantes, se ha puesto el foco en las experiencias y condiciones luego de la emigración, pero considerar las condiciones que antecedían a este momento permite abstraer cómo las condiciones de vida previas de los

migrantes pueden restringir sus posibilidades, llegando incluso a convertirse en un determinante de la salud en sí mismas.

Para cerrar este trabajo, habría que decir que la salud de los migrantes es un asunto complejo de abordar para la salud pública, pero, en esa medida, es justamente un recordatorio de que los asuntos relacionados con la salud no pueden pensarse o comprenderse desde una sola perspectiva, sino que tal como lo propone la salud pública alternativa implican aspectos tanto del orden macro, como del meso y del micro. En ese sentido, no se trata, por ejemplo, en el caso de los migrantes solo de un asunto de regularidad o de documentación, sino de sistemas clasificatorios que derivan en exclusiones y disparidades en la salud de las poblaciones. Esto no solo en términos del análisis del fenómeno sino de las posibilidades de intervención; en ambas líneas, es necesario partir del reconocimiento de que en los fenómenos se conjugan de diversas maneras los planos macro, meso y micro, lo que implica además, admitir las limitaciones y posibilidades que intervenciones conjugadas o limitadas tienen en cada uno de los planos.

Referencias

- Abarca, G. y Carreño, M. (2014). Inmigración y salud mental infanto-juvenil: análisis de los artículos publicados en revistas nacionales de Psicología durante el periodo 2003-2013. *SUMMA psicológica*, 11(2), 45-56. <https://doi.org/10.18774/448x.2014.11.190>
- Acero, M., Caro, I., Henao, L., Ruiz, L. y Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: Postura Oficial y Perspectivas Críticas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(supl 1), 103-110. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13309/14432>
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de salud mental* (21), 39-52.
- Achotegui, J. (2007). La relación asistencial con inmigrantes y otros grupos con estrés crónico y exclusión social: la relación terapéutica extendida o ampliada. *Norte de salud mental* (27), 17-30.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *ZERBITZUAN* (46), 163-171. [http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Migracion y salud mental.pdf](http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Migracion%20y%20salud%20mental.pdf)
- Achotegui, J., Morales, M. M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J. V., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A. y Borrell, C. (2009). Revisión sistemática sobre la prevalencia de patologías mentales en inmigrantes en España. *Norte de salud mental* (35), 50-55.
- Achotegui, J., Morales, M. M., Cervera, P., Quirós, C., Pérez, J. V., Gimeno, N., Llopis, A., Moltó, J., Torres, A. y Borrell, C. (2010). Características de los inmigrantes con síndrome de estrés crónico del inmigrante o síndrome de Ulises. *Norte de salud mental*, 8(37), 23-30.
- Acosta y Freier, (2015). Turning the Immigration Policy Paradox Upside Down? Populist Liberalism and Discursive Gaps in South America [¿Darle la vuelta a la paradoja de la política de inmigración? Liberalismo populista y brechas discursivas en América del Sur]. *International Migration Review*, 49(3). 659-696. <https://doi.org/10.1111/imre.12146>
- Actis, W., de Prada, M. A. y Pereda, C. (2000). *Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos. Una visión de las migraciones desde España*. Universitat de València, Patronat Sud-Nord.
- Adhanom, T. (18 de septiembre de 2017). *La cobertura sanitaria universal es posible*. Recuperado el 20 de septiembre de 2017 de <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/keynote-address-un-general-assembly-side-event-on-universal-health-coverage>
- Agar, L., Delgado, I., Oyarte, M. y Cabieses, B. (2017). Salud y migración: análisis descriptivo comparativo de los egresos hospitalarios de la población extranjera y chilena. *OASIS* (25), 95-112. <https://doi.org/10.18601/16577558.n25.06>

- Agudelo, A. (2013). *Dispositivos de seguridad que de la actualización del miedo en el estado contemporáneo*. CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/posgrados/20131205121855/Agudelo.pdf>
- Agudelo-Suárez, A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., Vives-Cases, C., García, A.M., García-Benavides, F., Ruiz- Frutos, C., López-Jacob, M.J., Porthé, V. y Sousa, E. (2009). Proceso migratorio, condiciones laborales y salud en trabajadores inmigrantes en España (proyecto ITSAL). *Gac. Sanit.*, 23(SUPPL. 1), 115–21. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.007>
- Alonso, J. A. (2004). *Emigración, pobreza y desarrollo*. Los libros de la Catarata / Comunidad de Madrid.
- Alba, F. y Leite, P. (2004). Políticas migratorias después del 11 de septiembre: los casos del TLCAN y la UE. *Migración y Desarrollo* (2), 4-20. <http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/ve2/2.pdf>
- Aldaz, L. y Eguía, B. (2015). Inmigración y mercado de trabajo: nichos laborales por género y nacionalidad en España. *Revista de Estudios Sociales* (54). <http://dx.doi.org/10.7440/res54.2015.05>
- Alizal del, L. (2014). Reseña. El estado de bienestar ante la globalización: El caso de Norteamérica. Ilán Bizberg y Scott B. Martin. *Revista mexicana de sociología*, 76(1), 145-148. <http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/43678/39589>
- Alpízar, L. y Bernal, M. (2003). La Construcción Social de las Juventudes. *Última década*, 11(19), 105-123. <https://ultimadecada.uchile.cl/index.php/UD/article/view/56547/59854>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2014). *Migración y derechos humanos: mejoramiento de la gobernanza basada en los derechos humanos de la migración internacional*. Edición del autor. <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/MigrationHRimprovingHRReportSpt.pdf>
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2020). *Ecuador*. ACNUR. Recuperado el 17-10-2020 de <https://www.acnur.org/ecuador.html>
- Álvarez, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (17), 69-79. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2657>
- Ángel, D. y Herrera, J. (2011). La propuesta hermenéutica como crítica y como criterio del problema del método. *Estudios filosóficos*, (43), 9–29. https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudios_de_filosofia/article/view/11565/10543

- Arango, J. (1985). Las Leyes de las Migraciones de E. G. Ravenstein, cien años después. *Revista Española de Investigaciones Sociales (REIS)*, (32), 7-26.
- Arango, J. (2000). Enfoques conceptuales y teóricos para explicar la migración. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, (165), 33-47.
- Arango, J. (2003). La explicación teórica de las migraciones: luz y sombra. *Migración y desarrollo*, (1), 1-30.
- Arango, J. (2007). Migraciones internacionales en un mundo globalizado. *Vanguardia Dossier*, (22), 6-15.
- Aráoz, R. A. (2012). *Orígenes, historia y desarrollo de la investigación narrativa*. Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento. "IICC". Documento de trabajo Noviembre/2012. http://iicc.website/wp-content/uploads/2017/09/Alejandro_Araoz_origenes_historia_y_desarrollo.pdf
- Arce, C. (2018). Migraciones, derechos humanos y vulnerabilidad. *Revista de Fomento Social*, 73(1), 115–140. <https://doi.org/10.32418/rfs.2018.289.1437>
- Arendt, H. (1951/1988). *Los orígenes del totalitarismo* (Trad. G. Solana). Grupo Santillana de Ediciones, S. A.
- Arias-Cardona, A.M. & Alvarado-Salgado, S.V. (2015). Investigación narrativa: apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos. *Revista CES Psicología*, 8(2), 171 -181. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3022/2427>
- Arrieta, A. (2016). Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 23, 3-30. <https://doi.org/10.1016/j.rlds.2016.08.001>
- Asamblea general de las Naciones Unidas (1948). Declaración de derechos humanos. Recuperado el 20 de marzo de 2017 de <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Asociación Médica Mundial. (Octubre 2013). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Atienza, J. (2007). Las migraciones del siglo XXI. *Documentación Social. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada* (147), 27-44.
- Atkinson, P. & Coffey, A. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Universidad de Antioquia.
- Ayres, J. R. M. C. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde [Hermenéutica y humanización de las prácticas de salud]. *Ciencia & saude Colectiva*, 10(3), 549-560. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300013>

- Ayuso, S. (2016). *Lo que Trump dijo y lo que ahora dice sobre inmigración*. Recuperado el 2 de abril de 2020 de https://elpais.com/internacional/2016/08/25/estados_unidos/1472083886_633546.html
- Barbero, I. (2010). *Hacia modelos alternativos de ciudadanía: un análisis sociojurídico del movimiento sin papeles* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad del País Vasco.
- Beaudoin, A. (2016). Propaganda, ventaja competitiva y seguridad nacional: elementos para una contextualización crítica del multiculturalismo canadiense. *NORTEAMÉRICA*, 11(2), 85-105. <https://doi.org/10.20999/nam.2016.b004>
- Beca, J. (2019). Ciudadanía y migración. ¿Son compatibles?. *Estudios constitucionales, Santiago*, 17(2), 193-224. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002019000200193>.
- Benhabib, S. (2005). *Los Derechos de los Otros. Extranjeros, residentes y ciudadanos*. Gedisa.
- Benhabib, S. (2006 [1992]). Introducción: Ética comunicativa y reivindicaciones por razones de género, comunidad y posmodernismo. En: S. Benhabib. *EL Ser y el Otro en la ética contemporánea. Feminismo, comunitarismo y posmodernismo*, (pp. 13-32.) (G. Zadunaisky. Trad.). Gedisa.
- Benítez, R. y Rodríguez, C. (2006). Seguridad y fronteras en Norteamérica: Del TLCAN a la ASPAN. *Frontera norte*, 18(35), 07-28. <https://doi.org/10.17428/rfn.v18i35.1035>
- Bernasconi, O. (2011). Aproximación narrativa al estudio de fenómenos sociales: principales líneas de desarrollo. *Acta Sociológica* (56), 9-36. <http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.28611>
- Berry, J. (2006). Context of acculturation. En D. L. Sam & J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 27-42). Cambridge University Press.
- Bhatia, V. (2010). Social Rights, Civil Rights, and Health Reform in Canada [Derechos sociales, derechos civiles y reforma sanitaria en Canadá]. *Governance*, 23(1), 37-58. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2009.01466>
- Blanco, C. (2000). *Las migraciones contemporáneas*. Alianza editorial.
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos*, 24(67) 135-156. <https://argumentos.xoc.uam.mx/index.php/argumentos/article/view/278/277>
- Bolívar, A. (2002). “¿De nobis ipsis silemus?”: Epistemología de la investigación biográfico-narrativa en educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 4(1). <http://redie.uabc.uabc.mx/vol4no1/contenido-bolivar.html>
- Bolívar, A. & Domingo, J. (2006). Biographical-narrative Research in Iberoamerica: Areas of Development and the Current Situation [La investigación biográfica y narrativa en

- Iberoamérica: Campos de desarrollo y estado actual]. *Forum: Qualitative Social Research*, 7(4), Art. 12. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/161/356>
- Bolívar, A., Domingo, J. y Fernández, M. (1998). *La investigación biográfico–narrativa en educación. Guía para indagar en el campo*. Grupo FORCE y Universidad de Granada, y Grupo Editorial Universitario.
- Bolívar, A., Domingo, J. y Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico narrativa en educación. Enfoque y metodología*. La muralla.
- Boto, A. (2011). La estructura del sistema sanitario canadiense y el debate sobre los derechos de acceso en Quebec. *Revista de Administración Pública*, (184), 307-323. <https://recyt.fecyt.es/index.php/RAP/article/view/40454>
- Bourdieu, P. (2011). La ilusión biográfica. *Acta Sociológica*, (56), 121 – 128. <http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.24484938e.2011.56.29460>
- Boys & Girls Clubs of America. (s.f.). Local Clubs [Clubes locales]. Boys & Girls Clubs of America. Recuperado el 01-10-2019 de <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-54350027>
- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013, 31(Supl 1), 13-27. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>
- British Broadcasting Corporation. (30 September 2020). *Joyce Echaquan: Outcry in Canada over Treatment of Dying Indigenous Woman* [Joyce Echaquan: Clamor en Canadá por el trato a una mujer indígena moribunda]. BBC News. Recuperado el 10-10-2020 de <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-54350027>
- Burgos, M. y Parvic, T. Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Rev Bras Enferm, Brasília*, 64(3): 587-591. <http://reben.com.br/revista/es/artigos-2/?volume=64&ano=2011&numero=3&item=25>
- Cabieses, B. y Tunstall, H. (2012). Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American “brain drain”? [Trabajadores de la salud inmigrantes en Chile: ¿Hay una "fuga de cerebros" hacia América?]. *Rev. Panam. Salud Pública*, 32(2), 161-167. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000800012>
- Calleja, A. (2005). La discriminación a los mexicanos en Estados Unidos. *El Cotidiano* (134), 89-94.
- Campbell, D., O'Neill, B., Gibson, K. y Thurston, W. (2015). Primary healthcare needs and barriers to care among Calgary's homeless populations. [Necesidades de atención primaria de salud y barreras para la atención entre las poblaciones sin hogar de Calgary]. *BMC Fam. Pract.*, 16, Art. 139. <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-015-0361-3>

- Canadian Institutes of Health Research. (2005). *Best Practices for Protecting Privacy in Health Research* [Mejores prácticas de CIHR para proteger la privacidad en la investigación de la salud]. Public Works and Government Services Canada. https://cihr-irsc.gc.ca/e/documents/et_pbp_nov05_sept2005_e.pdf
- Canadian Institutes of Health Research, Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada & Social Sciences and Humanities Research Council of Canada. (2014). Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans [Declaración de política del Tri-Council: Conducta ética para la investigación que involucra a seres humanos]. Edición del autor. https://ethics.gc.ca/eng/documents/TCPS_2-2014_FINAL_Web.pdf
- Canadian Patient Safety Institute. (Febrero 9 2018). *Canadian Patient Safety Institute 2018 – 2023. Business Plan* [Instituto canadiense de seguridad del paciente 2018-2023. Plan de negocios]. Recuperado el 10 de junio de 2020 de <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Patient-Safety-Right-Now/Documents/2018-2023%20Business%20Plan.pdf>
- Canadian Institute for Health Information (2020). *How Canada Compares: Results From the Commonwealth Fund's 2019 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians*. CIHI. https://secure.cihi.ca/free_products/CMWF-2019-chartbook-en.pptx
- Canales, A. (2006). *Panorama actual de las migraciones en América Latina*. Universidad de Guadalajara y Asociación Latinoamericana de Población.
- Canales, A (2017). Migración y trabajo en Estados Unidos. Polarización ocupacional y racialización de la desigualdad social en la postcrisis. *REMHU - Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, 25 (49), 13-34. <http://remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/711>
- Carbonell, M. (2005). *Breves reflexiones sobre los Derechos Sociales*. En *Los Derechos Económicos, sociales y culturales* [ponencia]. Seminario Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Tratelolco, México.
- Carey, D., Herring, B. y Lenain, P. (2009). *Health Care Reform in the United States* [Reforma de la atención en salud en Estados Unidos]. Documentos de trabajo del Departamento de Economía de la OCDE, (665). <https://doi.org/10.1787 / 227104360465>
- Castellanos, P. L. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales. En J. M. Martínez Navarro, P. L. Castellanos y P. Mermet, *Salud Pública* (pp. 81-97). Mc Graw Hill.
- Castelló, V. (2008). Las migraciones desde una perspectiva histórica. *Revista de treball, economia i societat*, (49), 9-13. http://www.ces.gva.es/sites/default/files/2018-03/art1_34.pdf
- Castles, S. (2000). Migración internacional a comienzos del siglo XXI: tendencias y problemas mundiales. *Revista internacional de ciencias sociales*. UNESCO (165),

- 17-32. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/165-fulltextspa165.pdf>
- Castles, S. (2003). *La política internacional de la migración forzada*. (Trad. L. Moran). Migración y desarrollo. <http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/ve1/StephenCastles.pdf>
- Castles, S. y Miller, M. (2004). *La era de la migración. Movimientos internacionales de la población en el mundo moderno*. Zacatecas: Miguel Ángel Porrúa.
- Castro-Buitrago, E. J., Restrepo-Yepes, O. C. y García-Matamoros, L.V. (2007). Historia, concepto y estructura de los derechos económicos, sociales y culturales. *Estud. Socio-Juríd.*, (9), 77-108. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/457/399>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (4 de junio de 2014). *Mission, Role and Pledge* [Misión, rol y compromiso]. Recuperado el 13 de mayo de 2019 de <https://www.cdc.gov/spanish/acercacdc/mision.html>
- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (s.f.). *Promoción de la salud de los refugiados*. Recuperado el 12 de abril de 2020 de <https://www.acf.hhs.gov/orr/programs/refugees/preventive-health>
- Ceriani, P. (2011). Luces y sobras en la legislación migratoria latinoamericana. *Nueva Sociedad*, (233), 68-86. <https://nuso.org/articulo/luces-y-sobras-en-la-legislacion-migratoria-latinoamericana/>
- Chalén, J. (2011). *Abusos de derechos humanos de inmigrantes colombianos en Quito* [Tesis, Universidad Internacional del Ecuador]. <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/304/1/T-UIDE-0283.pdf>
- Chávez, A.M., Macías, L. F., Palatto, H. y Ramírez, L. (2004). Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 27(2), 15-20. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/991/989
- Clarke, J. (2016). *Difficulty accessing health care services in Canada* [Dificultad para acceder a los servicios de atención médica en Canadá]. Recuperado el 20 de septiembre de 2020 de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-624-x/2016001/article/14683-eng.pdf?st=Hp4hMch1>
- Coello, C. (31 de octubre de 2017). *Advierten que el sistema de Medicina Prepagada está en riesgo de colapsar. La nueva normativa entró en vigencia en octubre de 2016*. Recuperado el 10 de abril de 2018 de <https://www.edicionmedica.ec/secciones/empresas/advierten-que-el-sistema-de-medicina-prepagada-est-en-riesgo-de-colapsar-91192>
- Cohen, J. M. (2004). *Historia y ética de la investigación de temas Humanos*. Recuperado el 10 de abril de 2017 de <https://www.citiprogram.org/members/index.cfm?pageID=125>

- Colombia nos une. (2017). *Ejes de trabajo*. Recuperado el 18 de marzo de 2017 de <http://www.colombianosune.com/index.php/ejes/servicios>
- Colombia nos une. (30 de octubre de 2020). *Atención y orientación en salud para colombianos en más de 20 ciudades del mundo*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de <http://www.colombianosune.com/index.php/noticia/atencion-y-orientacion-en-salud-para-colombianos-en-mas-de-20-ciudades-del-mundo>
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonín, M. y Tomás-Sábado, J. (2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 307-315. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1613.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2008). *América Latina y el Caribe: migración internacional, derechos humanos y desarrollo*. Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2535/1/S2008126_es.pdf. 20/10/2018.
- Comisión Española de Ayuda al Refugiado. (2019). *Una mirada hacia el sistema de asilo canadiense*. https://www.cear.es/wp-content/uploads/2019/09/ResumenEjecutivo_InformeCanad.pdf
- Comité Directivo de la Iniciativa Conjunta de Salud para las Personas Migrantes, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Inclusión Explícita de Salud en el Pacto Mundial para una Migración Segura, Ordenada y Regular. Propuesta de acción*. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.
- Comité para la protección de los sujetos humanos Universidad de California, Berkeley. (2013). *CPHS Guidelines – Subject Recruitment*. Universidad de California, Berkeley. 4p.
- Comité para la protección de los sujetos humanos Universidad de California, Berkeley. (2016a). *CPHS Guidelines – Data Security*. Universidad de California, Berkeley. 5p.
- Comité para la protección de los sujetos humanos Universidad de California, Berkeley. (2016b). *CPHS Guidelines – Internet-Based Research*. Universidad de California, Berkeley. 8p.
- Constitución de la República del Ecuador [Const]. 20 de octubre de 2008 (Ecuador).
- Contreras, M. A. (2001). Ciudadanía, pluralidad y emancipación: perspectivas democráticas de un debate en ciernes. *Cuadernos del Cendes* 18(48), 1-41. <https://publicaciones.hegoa.ehu.es/registros/author/2753?print=1>
- Cornejo, M. (2006). El Enfoque Biográfico: Trayectorias, Desarrollos Teóricos y Perspectivas. *Psykhe*, 15(1), 95-106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000100008>.

- Cornejo, M., Mendoza, F. y Rojas, R. (2008). La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. *Psyche*, 17(1), 29-39. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282008000100004>
- Corporación Vamos Mujer y Ruta Pacífica de las Mujeres. (2008). *Las mujeres tejemos sueños y esperanzas planetarias*. Corporación Vamos Mujer. http://vamosmujer.org.co/sitio/images/pdfs/mujeres_de_negro.pdf
- Correa, R. (1999). La aproximación biográfica como una opción epistemológica, ética y metodológica. *Proposiciones*, 29, 35-44.
- Cortés, F. (2001). El proyecto político democrático y la cuestión de los derechos humanos sociales. En M. Alonso & J. Giraldo (Eds.), *Ciudadanía y derechos humanos sociales* (pp. 59–99). Escuela Nacional Sindical.
- Currea-Lugo, V. (2010). *Salud y neoliberalismo*. Colección BIOS Y OIKOS. <https://victordecurrealugo.com/wp-content/uploads/2018/07/Salud-y-Neoliberalismo-1.pdf>
- Czaika, M. & de Haas, H. (2011). *The effectiveness of immigration policies. A Conceptual Review of Empirical Evidences* [La efectividad de las políticas de inmigración: una revisión conceptual de la evidencia empírica]. Working Papers, Paper 33. Instituto Internacional de Migración. <https://heindehaas.files.wordpress.com/2015/05/czaika-and-de-haas-2011-imi-wp33-the-effectiveness-of-immigration-policies-a-conceptual-review-of-empirical-evidence.pdf>
- Daniels, N. (2001). Justice, Health, and Healthcare. *The American Journal of Bioethics*, 1(2), 2-16.
- Delgado, M. C. (2012). El reverso de la ciudadanía tradicional: la centralidad desentrañada. *Revista Sociedade e Estado*, 27(1), 137-164. <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/5642/5135>
- Denis, J., Lamothe, L., Langley, A. y Stephane, G. (2010). Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública. *Rev. Salud pública*, 12(1), 105-122. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/issue/view/3145>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2008). *DANE. Estimación de migración 1973 - 2005*. DANE.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos (2009). *Parte 46. Protección de los sujetos humanos en la investigación*. En *Código de Reglamentos Federales*. Recuperado el 18 de marzo de 2017 de <https://archive.hhs.gov/ohrp/espanol/45cfr46.htm>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos. (2020). *Departamento de Salud y Servicios Humanos*. Recuperado el 10 de marzo de 2019 de <https://www.usa.gov/espanol/agencias-federales/departamento-de-salud-y-servicios-humanos>

- Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia. (2009). *Documento CONPES 3603 de 2009*. Recuperado de <http://www.cancilleria.gov.co/colombia/migracion/conpes>. 18/03/2017.
- Desmarais, D. (2009). El enfoque biográfico. *Cuestiones Pedagógicas*, (20), 27-54. <https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/9891/8652>
- Dias, S., Gama, A. y Martins, M. O. (2013). Health Status and Preventative Behaviors of Immigrants by Gender and Origin: A Portuguese Cross-Sectional Study [Estado de salud y comportamientos preventivos de inmigrantes por género y origen: Un estudio portugués transversal]. *Nurs Heal Sci.*, 15(3), 309–17. <https://doi.org/10.1111/nhs.12032>
- Díaz, A. y McLaughlin, J. (2016). Vulnerabilidad estructural y salud en los trabajadores agrícolas temporales en Canadá. *ALTERIDADES*, 26(51), 85-95. <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/871/782>
- Domenech, E. E. (2011). Crónica de una “amenaza” anunciada. Inmigración e ‘ilegalidad’: visiones de Estado en la Argentina contemporánea. En B. Feldman-Bianco, L. Rivera-Sánchez, M. I. y Villa, C. Stefoni (Comps.), *La Construcción del sujeto migrante en América Latina: Prácticas, representaciones y categorías* (pp. 31-77). Flacso/Clacso/Universidad Alberto Hurtado. <https://www.aacademica.org/eduardo.domenech/22.pdf>
- Dominguez-Bernita, E., Flores-Balseca, C. y Pacherras-Seminario, S. (2017). Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Dom. Cien.*, 3(2). 921-935. <https://doi.org/10.23857/dc.v3i2.460>
- Durand, J. (2017). La inmigración como amenaza en Estados Unidos. En J. Arango, R. Mahía, D. Moya y E. Sánchez-Montijano (Eds.). *La inmigración en el ojo del huracán». Anuario CIDOB de la Inmigración 2017* (pp. 32-49). Barcelona Centre for International Affairs. <https://doi.org/10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2017.32>
- Durand, J. y Massey, D. (2003). *Clandestinos. Migración México – Estados Unidos en los albores del siglo XXI*. Universidad Autónoma de Zacatecas y Miguel Ángel Porrúa.
- Echeverry, E. M. (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 24(número especial), 80-95. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/26483/20779624>
- EFE News (7 de noviembre de 2019). *California se muestra optimista de cara a la vista sobre DACA en el Supremo*. Recuperado el 2 de abril de 2020 de <https://www.efe.com/efe/usa/inmigracion/california-se-muestra-optimista-de-cara-a-la-vista-sobre-daca-en-el-supremo/50000098-4105796>
- Emanuel, E. (2003). *¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos, pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas Programa Regional de Bioética, Serie Publicaciones-2003*. Programa Regional de Bioética,

- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. <http://www.hsjd.cl/web/wp-content/uploads/Requisitos-eticos-para-la-Investigacion-de-Exequiel-Emanuel.pdf>. 18/03/2017
- Enríquez-Cabral, M., Burgueño, N. y García, I. (2019). La lucha por la inclusión a través de la Dream Act y el DACA: Desafíos de integración educativa y social de familias de estatus migratorio mixto en Phoenix, Arizona. *Espacio Abierto*, 28(1), 1-27. <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/29675/30563>
- Espinosa V, Acuña C, De la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*, 41(e96), art. 1. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34061/v41a962017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Estados Unidos de Norte América. Instituto Nacional de Salud. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. (2017). *Informe Belmont. 1979*. Recuperado el 18 de marzo de 2017 de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Esteban-Guitart, M. y Vila, I. (2015). The Voices of Newcomers. A Qualitative Analysis of the Construction of Transnational Identity [Las voces de los recién llegados: un análisis cualitativo de la construcción de la identidad transnacional]. *Psychosocial Intervention*, (24), 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.01.002>
- Fajardo, M., Patiño, M. y Patiño, C. (2008). Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Revista iberoamericana de psicología: Ciencia y tecnología* (1), 39-50. <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/article/view/rip.1104/114>
- Fajardo, G. y Olivares, R. (2010). La atención a la salud en Canadá. Una perspectiva. *Altepepaktli*, 6(11), 54-59. <https://biblat.unam.mx/hevila/Altepepaktli/2010/vol6/no11/6.pdf>
- Figuroa-Saavedra, M. (2009). Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Comun. Soc* (12), 149-175. <http://www.comunicacionysociedad.cucsh.udg.mx/index.php/comsoc/article/view/1643/1440>
- Filici, V. (25 de mayo de 2019). *Reception* [Recepción]. Recuperado el 18 de abril de 2020 de <https://www.filici-immigration.com/es/canada-se-ve-forzado-a-suspender-la-lista-de-paises-de-origen-designados/>
- Forti, S. (2010). La privatización de la salud y la defensa del sistema público en Québec, Canadá. *Medicina Social*, 5(2), 171-177. <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/445/877>

- Fortier, C. (2012). *Decolonizing Borders: No One is Illegal Movements and Anticolonial Struggles from within the Nation-State* [Descolonizando fronteras: Movimiento Nadie es ilegal y luchas anticoloniales desde dentro del Estado-nación]. http://www.yorku.ca/raps1/events/pdf/Craig_Fortier.pdf
- Franco-Giraldo, A. (2019). La salud pública en discusión. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 37(1), 15-28. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n1a04>
- Fraser, N. (2000). Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento. *New Left Review*, (4), 55-68.
- Fraser, N. (2001). *Redistribución, reconocimiento y participación: hacia un concepto integrado de la justicia*. World Culture Report. UNESCO. MundiPrensa.
- Fraser, N. (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, 4(6), 83-99.
- Freier, L. (2013). *Open Doors (for almost all): Visa Policies and Ethnic Selectivity in Ecuador* [Puertas abiertas (para casi todos): políticas de visas y selectividad étnica en Ecuador]. Working Paper 188. Centre for Comparative Immigration Studies. https://ccis.ucsd.edu/_files/wp188.pdf
- Freitas de, M. H. (2013). Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi [Relaciones entre la religiosidad y la salud mental en inmigrantes: implicaciones para la práctica psi]. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 18(3), 437-444.
- Frenk, J. (1991). *La nueva salud pública. Teoría y práctica de la salud pública*. OPS. Resumen Escuela de Salud Pública, La Habana, 1992.
- Gañán, J. (2014). Derecho a la salud y Mercado. Casos Colombia y Latinoamérica. *Estudios de Derecho*, 71(157), 131-155. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/red/article/view/21660/17849>
- García, I. (2018). Perspectivas de una reforma migratoria que regularice a indocumentados mexicanos, en el contexto político actual de Estados Unidos. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 27(53), 46-76. <https://dx.doi.org/10.20983/noesis.2018.1.3>
- García, R. y Munita, H. (2016). La narrativa como método desencadenante y producción teórica en la investigación cualitativa. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (34), 155-178. <https://dx.doi.org/empiria.34.2016.16526>
- Garduño, E. (2010). Multiculturalismo, prejuicio y discriminación. Baja California: una historia de xenofobia y exclusión. En A. Navarro y C. Vélez, *Racismo, exclusión, xenofobia y diversidad cultural en la frontera México-Estados Unidos* (pp. 25-62). Universidad Autónoma de Baja California.
- Gastaldo, D y Mckeever, P. (2000). Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética?. *Índex de Enfermería*, 28-29. http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_9-10.php

- Gaviria, M. (2012). *Pluralidad Humana en el Destierro. Tejido de la memoria singular de cuerpos vividos en el destierro en Colombia* [Tesis de doctorado, Centro de estudios avanzados en niñez y juventud, Universidad de Manizales – CINDE]. http://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/bitstream/handle/20.500.12746/362/501Gaviria_LondonMarthaBeatriz2012.pdf?sequenceisAllowed
- Gilbert, I. (2007). *Legitimizing Neoliberalism Rather than Equality: Canadian Multiculturalism in the Current Reality of North America* [Legitimar el neoliberalismo en lugar de la igualdad: el multiculturalismo canadiense en la realidad actual de América del Norte]. Norteamérica: *Revista Académica del CISAN-UNAM*, 2(1), 11-35. <http://ru.micisan.unam.mx:8080/bitstream/handle/123456789/19888/N02-01-011.pdf?sequence=1>
- Gmail. (2017). *Política de privacidad*. Recuperado el 10 de abril de 2017 de <https://www.google.com/intl/es/policies/privacy/>
- Gobierno de Estados Unidos. (2018). *Jubilación y Seguro Social*. Recuperado el 10 de octubre de 2020 de <https://www.usa.gov/espanol/jubilacion>
- Gobierno de Estados Unidos. (2020a). *Seguros de salud*. Recuperado el 31 de marzo de 2021 de <https://www.usa.gov/espanol/seguros-de-salud#item-211627>
- Gobierno de Estados Unidos, (2020b). *Cobertura para los inmigrantes que están legalmente en el país*. Recuperado el 10 de noviembre de 2020 de <https://www.cuidadodesalud.gov/es/immigrants/lawfully-present-immigrants/>
- Goldring, L. y Landolt, P. (2011). Atrapados en la matriz trabajo-ciudadanía: los efectos duraderos del estatus legal precario en el trabajo de los inmigrantes de Toronto. En S. M. Lara, J. Pantaleón y M. Sánchez (coords.), *Hacia el otro norte: mexicanos en Canadá* (pp. 43-74). CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20150312050236/HaciaElOtroNorte.pdf>
- Gomes, A. (2006). Algunas consideraciones acerca del trabajo y de la salud de las mujeres Latino Americanas en su proceso migratorio. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho* (14), 1-18. <https://www.uv.es/cefd/14/gomessouza.pdf>
- Gómez, J. A. (2010). *La migración internacional: teorías y enfoques, una mirada actual*. *Semestre Económico*, 13(26), 81-99. <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/266/249>
- González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, (7), 77-97. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8477/9121>
- González Núñez, D. A. (2005). *Migrating Latinas and the Grief Process* [Migrantes latinas y el proceso de duelo] [Tesis de Maestría, Universidad Brigham Young]. <https://scholarsarchive.byu.edu/etd/760/>

- Government of Canada. (2004). *Mandato de la Agencia de Servicios Fronterizos de Canadá*. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.cbsa-asfc.gc.ca/agency-agence/menu-eng.html>
- Government of Canada. (25 de mayo de 2010). *Canadiense de Seguridad del Paciente (CPSI)*. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/quality-care/patient-safety/canadian-patient-safety-institute-cpsi.html>
- Government of Canada. (29 de junio de 2015). *Calidad de la asistencia sanitaria*. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/quality-care.html>
- Government of Canada. (23 de agosto de 2016). *Tarjetas sanitarias*. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-cards.html>
- Government of Canada. (2020a). *Guaranteed-income-supplement: Overview* [Suplemento de ingresos garantizados: descripción general] Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.canada.ca/en/services/benefits/publicpensions/cpp/old-age-security/guaranteed-income-supplement.html>
- Government of Canada. (2020b). *Old-age-security: Overview* [Seguridad para la vejez: descripción general]. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.canada.ca/en/services/benefits/publicpensions/cpp/old-age-security.html>
- Government of Canada. (2020c). *Agencia de Salud Pública de Canadá*. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.canada.ca/en/public-health.html>
- Government of Canada. (2020d). *Metas de cobertura de vacunación y metas de reducción de enfermedades prevenibles por vacunación para 2025*. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization-vaccine-priorities/national-immunization-strategy/vaccination-coverage-goals-vaccine-preventable-diseases-reduction-targets-2025.html>
- Granda, E. (2009). *Salud y vida*. Vol. 2. Noción.
- Granda, E., Artuduanga, L. A., Castillo, H., Herdoiza, A., Merino, C. y Tamayo, C. (1995). El sujeto y la acción en la salud pública. *Educ Med Salud*, 29(1), 1-19. <https://www.paho.org/Spanish/EMS/19761.pdf>
- Greenhalgh, T., Russell, J., & Swinglehurst, D. (2005). Narrative methods in quality improvement research. *Quality & Safety in Health Care*, 14(6), 443–449.
- Grisales, A. (2006). *La hermenéutica filosófica y las ciencias*. Cuadernos filosóficos – literarios No 14. Universidad de Caldas.

- HealthSherpa. (2020). *Medicare*. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.healthsherpa.com/medicare>
- Heredia, C. (27 de Junio de 2019). *Latinos que no hablan inglés enfrentarían problemas para acceder a servicios de salud si Trump suaviza regla sobre idiomas*. Recuperado el 05 de octubre de 2020 de [https://cnnespanol.cnn.com/2019/06/27/latinos-que-no-hablan-ingles-enfrentarian-problemas-para-acceder-a-servicios-de-salud-si-trump-suaviza-regla-sobre-idiomos/](https://cnnespanol.cnn.com/2019/06/27/latinos-que-no-hablan-ingles-enfrentarian-problemas-para-acceder-a-servicios-de-salud-si-trump-suaviza-regla-sobre-idiom/)
- Hernández, C. y Jiménez, D. (2009). Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gac. Sanit.* 23(Supl 1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.009>
- Herrera-Lasso, L. y Artola, J.B. (2011). Migración y Seguridad: dilemas e interrogantes. En N. Armijo (Ed.), *Migración y Seguridad: nuevo desafío en México* (pp. 11-34). CASEDE. <https://www.casede.org/PublicacionesCasede/MigracionySeguridad/cap1.pdf>
- Hicks, L. (2004a). *Consentimiento Formulado – SBE*. Recuperado el 4 de abril de 2017 de <https://www.citiprogram.org/members/index.cfm?pageID=122>
- Hicks, L. (2004b). *El Reglamento Federal – SBE*. Recuperado el 4 de abril de 2017 de <https://www.citiprogram.org/members/index.cfm?pageID=122>
- Hicks, L. y Simmerling, M. (2004). Investigación Internacional – SBE. Recuperado el 4 de abril de 2017 de <https://www.citiprogram.org/members/index.cfm?pageID=122>
- Huntington, S. P. (2004). *Who are We? The Challenges to America's National Identity* [¿Quiénes somos? Los desafíos para la identidad nacional de Estados Unidos]. Simon & Schuster.
- Immigration, Refugees and Citizenship Canada (2019). *Programa de Refugiados Patrocinados por el Gobierno. Reasentamiento de Refugiados en Canadá. Información Importante*. Ministro de Inmigración, Refugiados y Ciudadanía. https://www.canada.ca/content/dam/ircc/migration/ircc/english/pdf/pub/gar_spanish.pdf
- Instituto Fraser. (25 de abril de 2017). *Complementary and Alternative Medicine: Use and Public Attitudes 1997, 2006, and 2016* [Medicina complementaria y alternativa: uso y actitudes públicas 1997, 2006 y 2016]. Recuperado el 22 de septiembre de 2020 de <https://www.fraserinstitute.org/studies/complementary-and-alternative-medicine-use-and-public-attitudes-1997-2006-and-2016>
- Iniciativa Global para el Patrocinio de Refugiados. (2020). ¿Qué es el patrocinio comunitario?. Recuperado el 10 de junio de 2020 de <https://refugeesponsorship.org/es/guia?chapter=1&area=2§ion=2>
- Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos y Organización Internacional para las migraciones. (2016). *Migración, derechos humanos y política migratoria*. IPPDH y

- OIM. <http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2017/02/Migración-derechos-humanos-y-política-migratoria.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019). *Registro Estadístico De Camas y Egresos Hospitalarios 2019*. Recuperado el 10 de junio de 2020 de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2019/Presentacion%20ECEH_2019.pdf
- Iñiguez, L. (2006). El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica. En L. Iñiguez (Ed.), *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. (pp. 83-124). Universitat Oberta de Catalunya.
- Iriart, C. (2016a). El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades (Parte I). *Saúde em Redes*, 2(1), 07 - 21 http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/article/view/665/pdf_26
- Iriart, C. (2016b). El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades (Parte II). *Saúde em Redes*, 2(2), 125 - 139 http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/article/view/711/pdf_30
- Ivers, N., Brown, A. y Detsky, A. (2018). Lessons From the Canadian Experience With Single-Payer Health Insurance: Just Comfortable Enough With the Status Quo [Lecciones de la experiencia canadiense con el seguro médico de pagador único: lo suficientemente cómodo con el status quo]. *JAMA Intern Med*, 178(9):1250-1255. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3568>
- Jansà, J. M. y García, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit*, 18(Supl), 207-213. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-13062528>
- Jensen, M. (2008). Inmigrantes en Chile: La exclusión vista desde la política migratoria chilena. En Rodríguez-Vignoli, J. (Coord.), *Temáticas migratorias actuales en América Latina: remesas, políticas y emigración, ALAP*. Trilce.
- Jiménez Barbosa, W., Granda Kuffo, M., Ávila Guzmán, D., Cruz Díaz, L., Flórez Parra, J., Mejía, L., & Vargas Suárez, D. (2017). Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. *Universidad Y Salud*, 19(1), 126-139. <https://doi.org/10.22267/rus.171901>
- Keisler-Starkey, K. & Bunch, L. (septiembre 2020). *Percentage of People by Type of Health Insurance Coverage: 2019* [Porcentaje de personas por tipo de cobertura de seguro médico: 2019]. Recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/visualizations/2020/demo/p60-271/figure1.pdf>
- La Spina, E. (2019). Categorías de exclusión en el acceso a la asistencia sanitaria de las personas migrantes en Canadá: una perspectiva comparada. *Revista de Derecho Político*, (105), 197-224. <https://doi.org/10.5944/rdp.105.2019.25271>

- Lavoie, J., Gervais, L., Toner, J., Bergeron, O. y Thomas, G. (2011). *The Aboriginal health legislation and policy framework in Canada* [La legislación y el marco de políticas de salud aborígenas en Canadá]. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.nccih.ca/docs/context/FS-HealthLegislationPolicy-Lavoie-Gervais-Toner-Bergeron-Thomas-EN.pdf>
- Lázaro-Castellanos, R. y Jubany-Baucells, O. (2012). Mujeres de origen inmigrante: cuerpos y subjetividades en movimiento. *Ra Ximhai*, 8(1), 169-180. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rxm/article/view/30571/28390>
- Ley N° 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 6 de septiembre de 2006. D. O. 46.383.
- Ley 23 de 1982. Sobre derechos de autor. 28 de enero de 1982. D. O. 35.949.
- Ley Canadiense de Derechos Humanos de 1985/2017. Una ley para extender las leyes en Canadá que proscriben la discriminación. 1982.
- Ley constitucional de 1982. 17 de abril de 1982. Anexo B de la Ley de Canadá de 1982 (Reino Unido) 1982, c. 11.
- Ley de ciudadanía de 1985/2017. Una ley que respeta la ciudadanía. 1985. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-29/20171011/P1TT3xt3.html>
- Ley de cuidado de salud asequible de 2010). PUBLIC LAW 111–148. Marzo 23 de 2010. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>
- Ley de documentos de viaje de 2005. De los documentos de viaje. 11 de abril de 2005. Registro Oficial 562
- Ley de Extranjería de 2004. Codificación de la ley de extranjería. 04 de noviembre de 2004. Registro Oficial 454. <https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2015/09/LEY-DE-EXTRANJERIA-CODIFICACION.pdf>
- Ley de Inmigración y Nacionalidad de 1952. Título 8 del Código de Estados Unidos. <https://www.uscis.gov/es/leyes-y-politicas/legislation/ley-de-inmigracion-y-nacionalidad>
- Ley de Inmigración y Protección de los Refugiados de 2001/2018. 2001. <https://laws.justice.gc.ca/PDF/I-2.5.pdf>
- Ley de Migración de 2005/2014. Codificación de la ley de migración. 12 de abril de 2005. Registro Oficial 563. <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/LEY%20DE%20MIGRACION.pdf>
- Ley de Migraciones N° 25.871 de 2004. Ley de migraciones. Diciembre 17 de 2003. https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_migraciones_argentina.pdf
- Ley de Naturalización de 1976. Ley de naturalización no. 276. Abril de 1976. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0064.pdf>

- Ley de Reconciliación del Cuidado de la Salud y la Educación de 2010. Un acto Disponer la reconciliación de conformidad con el Título II de la resolución concurrente sobre el presupuesto para el año fiscal 2010 (S. Con. Res. 13). Marzo 30 de 2010. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ152/pdf/PLAW-111publ152.pdf>
- Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad Migratoria de 1996. 30 sept 1996. 104–828. <https://www.congress.gov/104/crpt/hrpt828/CRPT-104hrpt828.pdf>
- Ley de Salud de Canadá de 1985/2017. Una ley relacionada con las contribuciones en efectivo de Canadá y relacionada con los criterios y condiciones con respecto a los servicios de salud asegurados y los servicios de atención médica extendidos. 1985.
- Ley de seguridad social de 2001. 30-nov-2001. Registro Oficial Suplemento 465.
- Ley estatutaria 1581 de 2012. Ley de habeas data. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Octubre 17 de 2012. D. O. No. 48.587. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html
- Ley Orgánica de movilidad de 2017. 31 de enero de 2017. Registro Oficial N° 938. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/10973.pdf>
- Ley Orgánica de Salud de 2006. 22 de diciembre de 2006. Registro Oficial Suplemento 423. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Ley Orgánica para el Fomento Productivo, atracción de Inversiones, Generación de Empleo y Estabilidad y Equilibrio Fiscal de 2018. 21 de Agosto 2018. Registro Oficial No. 309. <https://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/Ley-Org%C3%A1nica-para-el-Fomento-Productivo-Atracci%C3%B3n-de-Inversiones-Generaci%C3%B3n-de-Empleo-y-Estabilidad-y-Equilibrio-Fiscal.pdf>
- Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica de 2016. 13 de octubre de 2016. Registro Oficial N° 863. <https://humana.med.ec/archivos/varios/LEY-ORGANICA-MEDICINA-PREPAGADA.pdf>
- Ley para el control de la inmigración, el antiterrorismo y la protección de las fronteras de 2005. HR4437. 6 de diciembre de 2005. <https://www.congress.gov/bill/109th-congress/house-bill/4437>
- Leyva, G. (2012). La Hermenéutica clásica y su impacto en la epistemología y teoría social hoy. En E. de la Garza Toledo y G. Leyva (Coords.), *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 134-198). Fondo de Cultura Económica.
- Lie, R. (2000). *Human Rights, Equity and Health Sector Reform* [Derechos humanos, equidad y reforma del sector salud]

- Lucas de, F. J. (2009). Inmigración, diversidad cultural, reconocimiento político. *Papers*, 94, 11-27. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v94n0.687>
- Lucio, R., Villacrés, N. y Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53 (2), 177-187. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5039/4865>
- Mallimaci, F. y Giménez, V. (2006). Historia de vida y métodos biográficos. En I. Vasilachis Gialdino, (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 175- 212). Gedisa.
- Marinas, J. M. y Santamaría, C. (1993). *La Historia Oral: Métodos y Experiencia*. Debate.
- Márquez, H. (2003). La política antiinmigrante después del 11 de septiembre. *Migración y Desarrollo*, (1), Art. 6. <https://estudiosdeldesarrollo.mx/migracionydesarrollo/wp-content/uploads/2018/11/1-9.pdf>
- Marshall, T. H. y Bottomore, T. (1998). *Ciudadanía y clase social*. Alianza editorial.
- Martín, L. (2006). El análisis crítico del discurso. Fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En L. Iñiguez (Ed.). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. (pp. 157-191). Universitat Oberta de Catalunya.
- Martín, L. y Wittaker, R (eds.) (1998). *Poder decir o el poder de los discursos*. Madrid: Arrecife.
- Martínez, A. (2004). *Internet Based Research* [Investigación basada en internet]. Recuperado el 20 de abril de 2017 de <https://www.citiprogram.org/members/index.cfm?pageID=122>
- Martínez, M. (2011). La Metodica de las Historias-de-Vida en Alejandro Moreno. *Interacción y perspectiva*, 1(2), 105-124. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/484/483>
- Massey, D., Arango, J., Graeme, H., Kouaouchi, A., Pellegrino, A. y Taylor, J. (1993). Teorías de migración internacional: una revisión y aproximación. *Population and Development Review*, 19(3), 431-466. <http://dx.doi.org/10.2307/2938462>
- Massey, D., Durand, J. y Malone, N. (2009). *Detrás de la trama. Políticas migratorias entre México y Estados Unidos* (Colección América Latina y el Nuevo Orden Mundial). Miguel Ángel Porrúa, UAZ, Cámara de Diputados LIX Legislatura.
- Massey, D., Goldring, L. y Durand, J. (1994). Continuities in Transnational Migration: An Analysis of Nineteen Mexican Communities [Continuidades en migración transnacional: Un análisis de diecinueve comunidades mexicanas]. *American Journal of Sociology*, 99(6), 1492-1533.
- McAfee. (2017). *McAfee Total Protection*. Recuperado el 20 de abril de 2017 de https://www.mcafee.com/consumer/es-co/store/m0/catalog/mtp_521/mcafee-total-protection.html?pkgid=521

- Mejía, W. (2012). Colombia y las migraciones internacionales. Evolución reciente y panorama actual a partir de las cifras. *Rev. Inter. Mob. Hum. Brasilia*, 20(39), 185-210. <http://remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/337/304>
- Méndez, M. (2016). La reforma migratoria en estados unidos: perspectivas de cambio y continuidad. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 145-167. <https://doi.org/10.15359/rldh.extraordinario2016.6>
- Micolta, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Trabajo Social* (7), 59-76. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8476>
- Mill, J. (1994). *Utilitarianism on Liberty. Considerations on representative government*. Everyman.
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. (2018). *Agenda de política exterior 2017 – 2021*. https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2018/01/agenda_politica_2017baja.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Modelo de atención Integral del sistema Nacional de salud*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía para promoción y conformación de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos*. Recuperado el 10 de abril de 2017 de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/Gu%3%ADa-conformaci%C3%B3n-de-CEISH-MSP.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Dirección de Inteligencia de la Salud. (s.f.). *Prioridades de investigación en salud, 2013-2017*. Recuperado el 8 de marzo de 2017 de <https://healthresearchweb.org/?action=download&file=Prioridades20132017.pdf>
- Ministerio de Salud, Ontario (2017). *Servicios de salud en Ontario: Información básica*. Recuperado el 20 de abril de 2017 de https://www.health.gov.on.ca/en/ministry/hc_system/docs/factsheets/getting_started_fs_spanish.pdf
- Ministerio de Salud y Profamilia. (2016). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. Tomo I. Componente Demográfico*. Ministerio de Salud. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2018). *Plan de Respuesta del sector salud al Fenómeno migratorio*. Ministerio de salud y protección social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>
- Minteguiaga, A. y Ubasart-González, G. (2013). *Revolución ciudadana y régimen de bienestar en Ecuador (2007-2012)*. CLACSO.

- Minteguaga, A., & Ubasart-González, G. (2015). Regímenes de Bienestar y gobiernos “progresistas” en América Latina: los casos de Venezuela, Ecuador y Bolivia. *Política y Sociedad*, 52(3), 691-718. https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2015.v52.n3.45379
- Molero, J. M., Fernández, M. R., Martín, M. A., Pelayo, J. y Vázquez, J. (2004). *Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de los inmigrantes*. El Médico Interactivo. Programa de Formación Continuada Acreditada para médicos de Atención Primaria. http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema9/inmigrantes3.htm
- Mondragón, L. (2007). Ética de la investigación psicosocial. *Salud Mental*, 30(6), 25. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1196/1194
- Montiel, L. (2004). Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. *Revista IIDH*, 40, 291-313. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-instituto-interamericano-dh/article/view/8217/7366>
- Morey, B. (2018). Mechanisms by Which Anti-Immigrant Stigma Exacerbates Racial/Ethnic Health Disparities [Mecanismos por los cuales el estigma antiinmigrante exagera las disparidades de salud raciales/étnicas]. *Am J Public Health*, 108(4), 460-463. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304266>
- Mora, B. y Montenegro, M. (2009). Fronteras internas, cuerpos marcados y experiencia de fuera de lugar. Las migraciones internacionales bajo las actuales lógicas de explotación y exclusión del capitalismo global. *Athenea Digital*, (15), 1-19. <https://atheneadigital.net/article/view/n15-mora-montenegro>
- Morales, A., Acuña, K. y Wing-Ching, L. (2010). *Migración y salud en zonas fronterizas: Colombia y el Ecuador*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7234/1/S1000583_es.pdf
- Moscovitch, A. (13 de agosto de 2015). "Estado de bienestar". The Canadian Encyclopedia recuperado el 10 de septiembre de 2020 de <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/welfare-state>
- Murphy, P., Burge, F. y Wong, S. (2019). Measurement and Rural Primary Health Care: A Scoping Review [Medición y atención primaria de salud rural: una revisión del alcance]. *Rural and Remote Health*, 19(3), 4911. <https://doi.org/10.22605/RRH4911>
- Naranjo, G. (2016). Políticas del disenso y luchas migrantes: una aproximación a las prácticas emergentes de ciudadanías transfronterizas. *Colombia internacional* (88). 57-78. <http://dx.doi.org/10.7440/colombiaint88.2016.03>
- Narodowski, P. (2017). *Estudio comparado de diez sistemas de salud nacionales. Los diversos modelos de regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión y control. Entre la mayor responsabilidad estatal y las nuevas formas legales de la provisión. Informe de investigación -PDTs 2017*.

<https://periferiaactiva.files.wordpress.com/2018/03/informe-paises-seleccionados.pdf>

- National Center for Complementary and Integrative Health. (2020). *NCCIH Facts-at-a-Glance and Mission* [Resumen de hechos y misión de NCCIH]. Recuperado el 20 de abril de 2020 de <https://www.nccih.nih.gov/about/nccih-facts-at-a-glance-and-mission>
- National Immigration Law Center. (2014). *Inmigrantes y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)*. Recuperado el 10 de junio de 2020 de <https://www.nilc.org/wp-content/uploads/2016/03/Immigrants-and-the-ACA-Sp-2014-01.pdf>
- Navarro, V. (1998) Concepto actual de la Salud Pública. En: F. Martínez-Navarro et al. *Salud Pública* (pp. 49-54). McGraw-Hill, Interamericana de España.
- Neira, F. (2015). Percepciones y perspectivas de los inmigrantes latinoamericanos calificados en Canadá. En S. M. Lara, J. Pantaleón y M. Sánchez (coords.), *Hacia el otro norte: mexicanos en Canadá* (pp. 197-230). CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20150312050236/HaciaElOtroNorte.pdf>
- Ng, J. (2020). The Regulation of Complementary and Alternative Medicine Professions in Ontario, Canadá [La regulación de las profesiones de la medicina alternativa en Ontario, Canadá].
- Nicoletti, J. A. (2008). Derecho humano a la salud: fundamento y construcción. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (120), 49-57. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/10524/9918>
- No One is Illegal. Vancouver. (s.f.). *About Us* [Sobre nosotros]. Recuperado el 20 de noviembre de 2020 de <https://noii-van.resist.ca/about-us/>
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2012.12.3.5>
- Nozick, R. (1988). *Anarquía, Estado y utopía*. Fondo de Cultura Económica, S.A de C.V.
- Nussbaum, M. (2007 [2006]). *Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión*. (R. Vilá Vernis y A. Santos Mosquera. Trad.). Paidós.
- Oficina de Reasentamiento de Refugiados. (2020). *Promoción de la salud de los refugiados*. Recuperado el 10 de junio de 2020 de <https://www.acf.hhs.gov/orr/programs/refugees/preventive-health>
- Olmos, C. y Silva, R. (2011). El desarrollo del Estado de bienestar en los países capitalistas avanzados: Un enfoque socio-histórico. *Revista sociedad y equidad*, (1), Art. 9. <https://doi.org/10.5354/0718-9990.2011.10599>
- Organización de Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Edición del autor. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf

- Organización de Naciones Unidas. (2000). Observación General N° 14. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Edición del autor. <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Asamblea general. Sexagésimo noveno período de sesiones. Globalización e interdependencia. 30 de julio de 2014*. Edición del autor. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2014/9736.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. ONU. (2018). *Migración*. Recuperado el 10 de junio de 2019 de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html>
- Organización de Las Naciones Unidas Para La Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado el 18 de marzo de 2017 de <http://unesdoc.UNESCO.org/images/0014/001461/146180s.pdf>
- Organización Internacional para las Migraciones. (2005). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Edición del autor.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006a). *Fundamentos de gestión de la migración para las personas encargadas de formular políticas y profesionales. Vol. 1: Fundamentos de gestión de la migración*. Edición del autor.
- Organización Internacional para las Migraciones. (2006b). *Fundamentos de gestión de la migración para las personas encargadas de formular políticas y profesionales. Vol. 2: Desarrollo de Políticas sobre Migración*. Edición del autor.
- Organización Internacional para las Migraciones. (9 de noviembre de 2007). *La estrategia de la OIM. MC/INF/287*. https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/docs/res1150_es.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (2011). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2011. Comunicar eficazmente sobre la migración*. Edición del autor. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2011_spanish.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (2012). *Rutas y dinámicas migratorias entre los países de América Latina y el Caribe (ALC), y entre ALC y la Unión Europea*. Edición del autor. https://publications.iom.int/system/files/pdf/rutas_migratorias_final.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. OIM. (2013a). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2013. El bienestar de los migrantes y el desarrollo*. Edición del autor. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2013_sp.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. OIM (2013b). *Perfil Migratorio de Colombia 2012*. Edición del autor. <https://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/pbn/docs/Perfil-Migratorio-de-Colombia-2012.pdf>

- Organización Internacional para las Migraciones. (2013c). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Edición del autor. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication_sp.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *Informe sobre las migraciones en el mundo*. Edición del autor. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf
- Organización Internacional para las Migraciones. (2020). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. Edición del autor. https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo. Forjemos el futuro*. Edición del autor. https://www.who.int/whr/2003/en/overview_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). 61a Asamblea Mundial de la Salud. Recuperado el 20 de marzo de 2017 de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Edición del autor. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Perfil de Salud de País. Datos actualizados para 2001. Canadá*. Recuperado el 17 de abril de 2020 de <https://www.paho.org/spanish/sha/prflcan.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017a). *Ecuador. Salud de las Américas*. Recuperado el 3 de marzo de 2018 de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=4272>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017b). *Canadá. Salud de las Américas*. Recuperado el 3 de marzo de 2018 de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=canada&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición*. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- Ortega, E. (2017). La consolidación histórica de la migración irregular en Estados Unidos: leyes y políticas migratorias restrictivas, ineficaces y demagógicas. *Norteamérica*, 12(1), 197-231. <https://doi.org/10.20999/nam.2017.a007>

- Ortega, C. y Ospina, O. (2012). Condiciones y estrategias de vida. En: C. Ortega y O. Opina. *"No se puede ser refugiado toda la vida..." Refugiados urbanos: el caso de la población colombiana en Quito y Guayaquil* (pp. 125-172). FLACSO. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2013/9172.pdf>
- Ortega, C., Ospina, O. y Santacruz, L. (2012). Conclusiones. En: C. Ortega y O. Opina, *"No se puede ser refugiado toda la vida..." Refugiados urbanos: el caso de la población colombiana en Quito y Guayaquil* (pp. 217-230). FLACSO. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2013/9172.pdf>
- Ospina, O. Santacruz, L. y Vallejo, A. (2012). *Vivir en la ciudad: el proceso de inserción sociocultural. En: C. Ortega y O. Opina. "No se puede ser refugiado toda la vida..." Refugiados urbanos: el caso de la población colombiana en Quito y Guayaquil* (pp. 57-124). FLACSO. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2013/9172.pdf>
- Pacheco, A. M.; Lucca-Irizarry, N. y Wapner, S. (1984). El estudio de la migración: retos para la psicología social y la psicología ambiental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(2), 253-276.
- Parella, S. (2007). Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales. Migrantes ecuatorianos y peruanos en España. *Migraciones internacionales*, 4(2), 151-188. <https://doi.org/10.17428/rmi.v4i13.1170>
- Passeggi, M. C. (9 al 11 de octubre de 2013). *Narrativa Experiencia y Reflexividad Autobiográfica: Por una Epistemología del Sur en Educación* [ponencia]. Simposio Internacional de Narrativas en Educación. Historias de vida, infancias y memorias. Medellín, Colombia.
- Pellegrino, A. (2000). Las tendencias de la migración internacional en América Latina y el Caribe. *Revista internacional de ciencias sociales. UNESCO* (165), 148-162. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/165-fulltextspa165.pdf>
- Peña, J. (2016). "There's no Racism in Canada, but...". The Canadian Experience and Labor Integration of the Mexican Creative Class in Toronto ["No hay racismo en Canadá, pero ...". La experiencia canadiense y la integración laboral de la clase creativa mexicana en Toronto. *El Colegio de la Frontera Norte, México*, 8(3), 9-36. <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/611/156>
- Peña, J. y Ubasart-González, G. (2013). *Régimen de bienestar en Ecuador. Un desafío en construcción.* IAEN. <https://dugidoc.udg.edu/bitstream/handle/10256/14402/RegimenBienestar-ByNcSa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pereda, C., Actis, W. y Prada, M. (2008). Dimensiones de la inmigración en España. Impactos y desafíos. *Periscopio* (103), 95- 104

https://www.fuhem.es/papeles_articulo/dimensiones-de-la-inmigracion-en-espana-impactos-y-desafios/

- Pérez, M. (2010). Nodos sociológicos para explicar la migración. Los procesos de acción, interacción y red social. *Sociogénesis, Revista Electrónica de Sociología*, <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/10065/Perez-Nodos.pdf?sequenceisAllowed>
- PEW Hispanic Research Center. (2012). *Statistical Profile. Hispanics of Colombian Origin in the United States* [Perfil estadístico. Hispanos de origen colombiano en los Estados Unidos]. Recuperado el 2 de octubre de 2015 de <http://www.pewhispanic.org/2012/06/27/hispanics-of-colombian-origin-in-the-united-states-2010/>
- Picq, M. (2015). *Acción de protección*. Recuperado el 10 de octubre de 2019 de https://www.planv.com.ec/sites/default/files/accion_de_proteccion_manuela_picq_final.pdf
- Piña, C. (2018). Sobre la naturaleza del discurso autobiográfico. *Anuário Antropológico*, 13(1), 95–126. <https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/6413/7623>
- Plata, W. y Rodríguez, A. (2013). Migración, religión y la construcción de una identidad latinoamericana en el exilio. Bruselas, Bélgica, 1980-2008. *Cuadernos de Historia*, (38), 131 – 160. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-12432013000100005>
- Plataforma para la Cooperación Internacional sobre los Migrantes Irregulares (PICUM). (2016). *Los derechos sexuales y reproductivos de los migrantes en situación administrativa irregular cerrando la brecha entre sus derechos y la realidad en la unión europea*. Recuperado el 20 de octubre de 2018 de http://picum.org/wp-content/uploads/2017/11/Sexual-and-Reproductive-Health-Rights_ES.pdf
- Pozniak, K. (2009). Talking the “Immigrant Talk”: Immigration Narratives and Identity Construction among Colombian Newcomers [Hablando de la “charla de los inmigrantes”: narrativas de inmigración y construcción de identidad entre los colombianos recién llegados]. *Canadian Ethnic Studies*, 41(1–2), 173-190. <https://doi.org/10.1353/ces.2009.0001>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. PNUD. (2009). *Informe sobre Desarrollo Humano 2009. Superando barreras: Movilidad y desarrollo humanos*. Edición del autor. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2009_es_complete.pdf
- Pujadas, J. J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Social*, 9, 127-158. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0000110127A/9967>
- Quintero, M. (2018). *Usos de las narrativas, epistemologías y metodologías: Aportes para la investigación*. Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

- Ramírez, J. (2012). *Ciudad-estado, inmigrantes y políticas. Ecuador 1890-1950*. IAEN. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Ecuador/icq/20170619052847/pdf_742.pdf
- Ramírez, J. (2013). *La Política migratoria en Ecuador: rupturas, continuidades y tensiones*. IAEN. <https://www.aacademica.org/jacques.ramirez/2.pdf>
- Ramírez, J., Linares, Y. y Useche, E. (2019). (Geo) políticas migratorias, inserción laboral y xenofobia: migrantes venezolanos en Ecuador. En C. Blouin, *Después de la Llegada. Realidades de la migración venezolana* (pp. 103-128). Themis-PUCP. <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2020/09/15232057/Despue%CC%81s-de-la-llegada.-Realidades-de-la-migracio%CC%81n-venezolana.pdf>
- Ramírez, T. y Lozano, F. (2017). Selectividad y precariedad laboral en la migración calificada de América Latina y El Caribe, 2000-2010. *REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*, 25(49), 113-134. <https://remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/732>
- Rawls, J. (2006 [1971]). *Teoría de la justicia*. (M. D. González. Trad.). Fondo de Cultura Económica
- Reglamento a la ley de documentos de viaje de 2008. 18 de febrero de 2008. Registro Oficial 537. <https://www.refworld.org.es/pdfid/57f7953b24.pdf>
- Reglamento a la ley de extranjería. 2 de agosto de 2012. Registro Oficial 473. http://www.espol.edu.ec/sites/default/files/archivos_transparencia/REGLAMENTO-A-LA-LEY-DE-EXTRANJERIA.pdf
- Reglamento a la ley de migración de 2012. 2 de agosto de 2012. Registro Oficial 382. <https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/REGLAMENTO%20A%20LA%20LEY%20DE%20MIGRACION.pdf>
- Reglamento a la ley de naturalización no. 277 de 1976. Que es necesario reglamentar la Ley de Naturalización para su mejor ejecución. Abril de 1976. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0065.pdf>
- Reglamento a la ley orgánica de movilidad humana de 2017. 10 de agosto de 2017. Registro Oficial Suplemento 55. <http://www.derechosmovilidadhumana.gob.ec/wp-content/2018/ReglamentoaLeyOrganicadeMovilidadHumana.pdf>
- Reglamento de Inmigración y Protección de Refugiados de 2002/2018. 23 de noviembre de 2018. Registro 2002-06-11. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/SOR-2002-227/FullText.html>
- Resolución N° 8430 de 1993 [Ministerio de salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993

- Revilla de la L., Ríos Álvarez de los A. M., Luna del Castillo, J. D., Gómez García, M., Valverde Morillas, C. y López Torres, G. (2011). Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. *Aten Primaria*, 43(9), 467–473. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.013>
- Riaño, P. (2007). Introducción. En P. Riaño y M. Villa, *Poniendo tierra de por medio. Migración forzada de colombianos en Colombia, Ecuador y Canadá* (pp. 8-34). Corporación Región. <http://openbiblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/42569.pdf>
- Ricoeur, P. (1995). *Tiempo y narración. Configuración del tiempo en el relato histórico. Siglo XXI*.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro. Siglo XXI*.
- Ricoeur, P. (2004). *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*. Fondo de Cultura Económica.
- Ricoeur, P. (2006). La vida: un relato en busca de narrador. *Ágora – Papeles de Filosofía*, 25(2), 9-22. <https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/1316/Ricoeur.pdf?sequence=1>
- Rodríguez-Páez, F. G.; Vaca-Hortúa, D. A., Manrique-Méndez, L. V. (2012). Revisión de los conceptos de territorio, población y salud en el contexto colombiano. *Ciencia & Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 10(2), 79-92. <http://dx.doi.org/10.19052/sv.1437>
- Rojas, G. (2008). *Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la región metropolitana*. Universidad de Chile. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/BP03Estudio-de-Salud-Mental-_Zona-Norte-2008.pdf
- Rosales, Y. (Septiembre 23 de 2020). Salud para indocumentados en Estados Unidos: ¿Un antes y después de la pandemia?. *Nexos. Observatorio migrante. Blog de movilidad poblacional*. <https://migracion.nexos.com.mx/2020/09/salud-para-indocumentados-en-estados-unidos-un-antes-y-despues-de-la-pandemia/>
- Rotary. (2020). *Quiénes somos*. Recuperado el 20 de septiembre de 2020 de <https://www.rotary.org/es/about-rotary>
- Ruiz, M. y Briones-Chávez, C. S. (2010). How to Improve the Health of Undocumented Latino Immigrants with HIV in New Orleans: an Agenda for Action. [¿Cómo mejorar la salud de los indocumentados Los inmigrantes latinos con VIH en Nueva Orleans: un programa de acción?]. *Rev. Panam. Salud Pública*, 28(1), 66-70. <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892010000700010>
- Salgado, J. (2003). Discriminación, racismo y xenofobia. *Revista Aportes Andinos*, (7), Art. 3. https://flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/6549.Discriminacion__racismo_y_xenofobia_Judith_Salgado.pdf

- Salgado, N. (1996). Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud mental*, 19, 53-59. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/617
- Salvador, I. (2001). La emigración como proceso de duelo. Protocolo de psicoterapia breve centrada en su elaboración. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 21(82), 57-64. <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15800/15659>
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar.
- Santos-Briones de los, S., Garrido-Solano, C. y Chávez-Chan, M. (2004). Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Rev Biomed*, 15(2), 81-91. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v15i2.376>
- Sanz, A. (2005). El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio*, 57(1), 99-115. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2005.v57.i1.32>
- Sassen, S. (2003). *Contrageografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Traficantes de sueños.
- Schuftan, C. (2007). Un enfoque puntual de los principios y los temas clave de los derechos humanos aplicados a la salud. *Medicina Social*, 2(2), 78-90. <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/109/210>
- Sen, A. (2003 [1992]). *Nuevo examen de la desigualdad*. (A. M. Bravo. Trad.). Alianza.
- Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas. (2015). Migración internacional en las américas. *Tercer Informe del Sistema Continuo de Reportes sobre Migración Internacional en las Américas*. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/docs/publications/sicremi-2015-spanish.pdf>
- Skype (2017). *Política de privacidad*. Recuperado el 10 de abril de <https://www.skype.com/es/legal/>
- Sparkes, A. & Devís, J. (2007). Investigación narrativa y sus formas de análisis: una visión desde la educación física y el deporte. En W. Moreno Gómez y S. M. Pulido Quintero, *Educación, cuerpo y ciudad. El cuerpo en las interacciones e instituciones sociales* (pp. 43-68). Funámbulos editores.
- Statistics Canada. (2020). *Primary Health Care Providers, 2019* [Proveedores de atención primaria de salud, 2019] recuperado el 20 de septiembre de 2020 de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-625-x/2020001/article/00004-eng.pdf?st=2wWnE70J>
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K. Putthasri, W. y Prakongsai, P. (2015). Challenges in the Provision of Healthcare Services for Migrants: a Systematic Review through Providers' Lens [Desafíos en la provisión de servicios de salud para migrantes: una

- revisión sistemática a través de la lente de los proveedores]. *BMC Health Serv Res*, 15, art, 390. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>
- Szczepanski, J. (1978). Método biográfico. *Papers: Revista de Sociología* 10, 231-256.
- Tapinos, G. (2000). Mundialización, integración regional, migraciones internacionales. *Revista internacional de ciencias sociales. UNESCO* (165), 48-57. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/165-fulltextspa165.pdf>
- Thayer, L. (2016). Migración, Estado y seguridad: Tensiones no resueltas y paradojas persistentes. *Polis*, 15 (44), 109-129. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718->
- Tizón, J., Salamero, M., Pellegrero, N., Sáinz, F., Atxotegi, J., San José, J., Díaz-Munguira, J. (1993). *Migraciones y Salud Mental: Un análisis psicopatológico tomando como punto de partida la inmigración asalariada a Catalunya*. Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Torres, O. y Garcés, A. (2013). Representaciones sociales de migrantes peruanos sobre su proceso de integración en la ciudad de Santiago de Chile. *Polis (Santiago)*, 12(35), 309-334. <https://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/959/1838>
- Turcotte, M. y Savage, K. (2020). *The Contribution of Immigrants and Population Groups Designated as Visible Minorities to Nurse Aide, Orderly and Patient Service Associate Occupations* [La contribución de los inmigrantes y los grupos de población designados como minorías visibles a las ocupaciones de auxiliares de enfermería, ordenados y asociados de servicio al paciente]. Recuperado el 20 de septiembre de 2020 de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-eng.pdf?st=jrhiOXl->
- United States Citizenship and Immigration Services. (2020). *Public Charge* [Carga pública]. Recuperado el 10 de octubre de 2020 de <https://www.uscis.gov/green-card/green-card-processes-and-procedures/public-charge>
- Universidad de Antioquia. (2016). *Código de ética en la investigación*. Recuperado el 3 de marzo de 2017 de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e79da6b4-1402-496b-88bc-0dc0321ba827/codigo-etica-udea.pdf?MOD=AJPERES>
- Urzúa, R. (2000). Migración internacional, ciencias sociales y políticas públicas. *Revista internacional de ciencias sociales. UNESCO* (165), 421-429. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/165-fulltextspa165.pdf>
- Valencia, M. (2011). Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 29(1), 85-93. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/7351/8073>
- Valle, V. M., Gandoy, W. L. & Valenzuela, K. A. (2020). (2020). Ventanillas de Salud: Defeating Challenges in Healthcare Access for Mexican Immigrants in the United States [Ventanillas de Salud: Desafíos en el acceso a servicios de salud de inmigrantes

- mexicanos en EE.UU.]. *Estudios Fronterizos*, 21, e043. <https://doi.org/10.21670/ref.2001043>
- Vargas, A. (2014). La reforma al sistema de salud en Estados Unidos: implementación y participación social. *Monitor estratégico*, (6), 42 a 46. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/9.La-reforma-al-sistema-de-salud-en-Estados-Unidos.pdf>
- Vargas, M. D. (2011). Ciudadanía e inmigración: La nueva frontera entre La pertenencia y La exclusión. *LiminaR*, 9(1), 48-56. <https://doi.org/10.29043/liminar.v9i1.61>
- Vega, C. y Gil, S. (2003). Introducción. En S. Sassen. *Contrageografías de la globalización. Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos* (Trad. A. Pastrana) (pp. 13-32). Traficantes de Sueños.
- Vélez, O. L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Espacio editorial. <https://trabajosocialaquiyahoraonline.files.wordpress.com/2019/10/reconfigurando-el-trabajo-social.pdf>
- Vilar, E. y Eibenschutz, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 6(13), 11-32. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2689>
- Villa, M. (2011). Desplazados y refugiados: entre ser, merecer y ocultar su situación. A propósito de la migración forzada de colombianos en Colombia, Ecuador y Canadá. En B. Feldman-Bianco, L. Rivera, C. Stefoni y M. Villa (Comps), *La construcción social del sujeto migrante en América Latina Prácticas, representaciones y categorías*. (pp. 339- 366). FLACSO.
- Villalobos, L. (2010). Migración y salud pública: de la ósmosis social a los nuevos desafíos. En W. Vargas-Gonzales y R. Torres-Martínez. (Comp.). *La Salud Pública en Costa Rica. Estado actual retos y perspectivas*. (pp. 425 – 445). Universidad de Costa Rica. Escuela de Salud Pública.
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med. Per* 28(4), 237-241.
- Warnke, J. y Bouchard, L. (2013). Validation of the Equity of Access of the OLMCS to Health Professionals in Health Regions of Canada [Validación de la equidad en el acceso de los miembros de la comunidad de minorías lingüísticas oficiales a los profesionales de la salud en las regiones sanitarias de Canadá]. *Canadian journal of public health*, 104 (6 Suppl 1), 49-54. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3490>
- White House. (12 de octubre de 2017). “Mandato individual” suspendido. Recuperado el 20 de octubre de 2020 de <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/presidential-executive-order-promoting-healthcare-choice-competition-across-united-states/>
- White House. (4 de octubre de 2019a). *Proclamación presidencial sobre la suspensión de la entrada de inmigrantes que supondrán una carga financiera para el sistema de salud*

- de los Estados Unidos*. Recuperado el 20 de octubre de 2020 de <https://www.whitehouse.gov/presidential-actions/presidential-proclamation-suspension-entry-immigrants-will-financially-burden-united-states-healthcare-system/>
- White House. (11 de octubre de 2019b). *Los fallos judiciales activistas impiden que la administración haga cumplir las leyes de inmigración de nuestra nación*. Recuperado el 20 de noviembre de 2020 de <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/activist-judicial-rulings-block-administration-enforcing-nations-immigration-laws/>
- White House. (30 de octubre de 2020). *El nuevo muro fronterizo alcanza las 400 millas*. Recuperado el 20 de noviembre de 2020 de <https://www.whitehouse.gov/articles/new-border-wall-nears-400-miles>
- Wilmot, S. (2014). First Nations Health Care and the Canadian Covenant [Atención médica de las Primeras Naciones y el pacto canadiense]. *Med Health Care and Philos*, 17(1), 61–69. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9490-4>
- Young, T., Chatwood, NG., Young, R. y Marchildon, G. (2019). The North is not all the Same: Comparing Health System Performance in 18 Northern Regions of Canada [No todo el norte es el mismo: comparando el desempeño del sistema de salud en 18 regiones del norte de Canadá]. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1697474>
- Yáñez, S. y Cárdenas, M. (2010). Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Revista Salud & Sociedad*, 1(1), 51 – 70. <http://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/616>
- Zarco, V., Díaz, P., Martín, M., Ardid, C., Nuria, R. (2005). Aproximación psicosocial y de género al proyecto migratorio de mujeres en Andalucía. En J. E. Real Deus (comp.), *Psicología política, cultura, inmigración y comunicación social* (pp. 137-146). Biblioteca Nueva.
- Zarza, M. J. y Sobrino, M. I. (2007). Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. *Anales de psicología*, 23(1), 72-84. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23171/22451>
- Zavala, X., y Rojas, C. (2005). Globalización, procesos migratorios y estado en Chile”. En Cotidiano Mujer - Uruguay; Centro de Encuentros Cultura y Mujer, CECYM - Argentina; Fundación Instituto de la Mujer - Chile, Movimiento Por Emancipación de la Mujer, MEMCH - Chile; Red de Educación Popular entre Mujeres, REPEM – Uruguay (Eds), *migraciones, globalización y género en Argentina y Chile* (pp. 150 - 181). Programa Mujeres y Movimientos Sociales en el marco de los procesos de integración regional en América Latina.

Zuazo, J. I. y Etxebeste, A. (2008). Lo sociocultural y lo sanitario según algunos aspectos de la población inmigrante atendida en la psiquiatría comunitaria del territorio histórico de Álava. *Norte de salud mental* (30), 66–84.

Anexos

Anexo A. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Derecho a la salud de los migrantes: relatos de siete colombianos emigrantes

Relatos de vida

Fecha _____ hora _____

Lugar _____

- a. **Objetivo:** esta investigación busca comprender, según 7 migrantes colombianos, cómo viven el derecho a la salud en Estados Unidos, Ecuador y Canadá en relación con las políticas migratorias y el sistema de salud de estos países.
- b. **Participantes:** para esta investigación se ha invitado a siete migrantes colombianos mayores de edad y residentes en Estados Unidos, Canadá y Ecuador.
- c. **Procedimiento:** se realizarán entrevistas virtuales a través del video chat de Gmail o Skype (conversación sobre el tema de la investigación en la que usted puede expresar con total libertad sus opiniones). Estas entrevistas se harán en tres o cuatro sesiones, de acuerdo con su disposición de tiempo, durante los próximos seis meses; cada una de estas sesiones tendrá una duración aproximada de una hora.
- d. **Riesgos e incomodidades actuales:** la investigación tiene un riesgo mínimo, se contempla que puede generar sentimientos en relación con la experiencia de la migración, si esto sucede se le brindará acompañamiento durante la entrevista y, si es necesario, se le orientará en la búsqueda de acompañamiento médico o psicológico luego de esta. Asimismo se tienen medidas para proteger su privacidad y la confidencialidad de su información.
- e. **Riesgos e incomodidades imprevisibles:** pueden presentarse riesgos que en este momento sean desconocidos, en caso de que estos surjan y la investigadora los conozca se hará responsable de informárselos.
- f. **Beneficios:** la participación en las entrevistas no genera beneficios económicos, no obstante, usted podrá dar cuenta de su propia experiencia de migración. Y como agradecimiento por su participación, recibirá un documento digital, con información para migrantes en su país de residencia y una copia del informe que presenta los resultados de esta investigación. Asimismo, usted estará contribuyendo al avance del conocimiento que puede redundar en mejoras en la calidad de atención médica, así como nuevas formas de comprender la migración y a los migrantes.
- g. **Compromisos del participante:** se le solicita informar a la investigadora sobre cambios en los medios de contacto, dificultades en relación con las entrevistas o retiro del estudio.

h. Voluntariedad de la participación: su participación en esta investigación es completamente voluntaria, tiene la plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a terminar su colaboración cuando lo desee sin ningún perjuicio para usted. En ese caso, deberá informar de su retiro a la investigadora, vía correo electrónico o en las entrevistas, para que así ella pueda retirar su información de las grabaciones, transcripciones e interpretaciones.

i. Finalización de su participación por parte de la investigadora: la investigadora puede terminar su participación en caso de que considere que se presenta un riesgo para usted directamente relacionado con la investigación y que este no puede mitigarse.

Los fines de la presente investigación son académicos y profesionales no tienen ninguna pretensión económica ni de otra índole.

Los resultados de esta investigación se presentarán de manera individual a cada participante en una sesión de cierre. Asimismo, se difundirán a la comunidad académica y social a través de un informe y un artículo de investigación, así como presentaciones a organizaciones que trabajan con población migrante. Y la información construida podrá ser usada secundariamente más adelante en trabajos de difusión como artículos y ponencias.

En estos trabajos y presentaciones, la investigadora garantiza su anonimato debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por su derecho a la privacidad. La investigadora se compromete a no informar en sus publicaciones, ninguna información personal como nombre o datos de contacto ni otra información que permitiera su identificación; sin embargo, si usted desea ser reconocido en la investigación con sus datos reales informe su deseo a la investigadora así como el límite de la información que desea que sea divulgada.

En relación con la confidencialidad de la información esta se garantiza en el nivel que permiten las medidas de seguridad de acuerdo a la tecnología actual. Asimismo, es importante que usted comprenda que esta confidencialidad está limitada a solicitudes de autoridades legales.

Usted podrá solicitar la información que considere necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, riesgos, beneficios, instrumentos de recolección de información y cualquier otra información sobre la investigación cuando lo estime conveniente. Y la investigadora se compromete a clarificar oportunamente cualquier duda sobre la investigación que usted tenga; para esto usted podrá comunicarse con Tatiana Andrea Cano Isaza al correo electrónico: tatiana.cano@udea.edu.co

Asimismo usted puede solicitar información sobre sus derechos como participante al comité de ética de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, comité que avala esta investigación. En el correo electrónico: eticasaludpublica@udea.edu.co

Si luego de leer este documento, usted está de acuerdo en participar en este estudio, por favor infórmelo a la investigadora, para proceder a realizar la grabación en audio del consentimiento y su aceptación; e iniciar con el proceso de entrevistas.

Anexo B. Temas Directrices

Derecho a la salud de los migrantes: relatos de siete colombianos emigrantes

La presente guía se ha estructurado para enfocar la escucha de las narraciones de los migrantes y el análisis crítico de documentos. En esta se presentan temas directrices (y la información pertinente para cada uno) desligados del problema y pregunta de investigación que contribuirán al logro del objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.

OBJETIVO GENERAL		
Comprender la experiencia del derecho a la salud de siete colombianos que emigraron a Estados Unidos, Canadá y Ecuador, en relación con los sistemas de salud y las políticas migratorias de estos países.		
Objetivo específico 1. Reconstruir la experiencia de migración de los participantes en el marco de su salida, tránsito y llegada.		
Temas	Información pertinente	Fuente
Información personal	Nombre, género, edad, nivel educativo, ocupación actual, estado civil, barrio en que vive, país de residencia, estatus de ciudadanía en el país en que reside.	R. M. ⁴²
Antes de la Migración	Contexto personal en lugar de origen (trabajo, educación, pareja, etc.). Fecha de emigración	R. M.
	Familia: Núcleo familiar, condición económica, estatus, personas que vivían en casa, influencia de la familia en la decisión de emigrar. Hijos.	R. M.
	Contexto social, político y económico del lugar de origen en el momento de emigración.	R.M./D.R. ⁴³ .
	Decisión: Motivación para emigrar (trabajo, estudio, pareja, curiosidad, obligación). Cuándo y cómo toma la decisión de emigrar Elección de lugar de destino: fuente de información y aspectos considerados para elección. Expectativas que tenía sobre la migración	R. M.

⁴² R. M.: Relato construido con el migrante.

⁴³ D. R.: Documentos referenciados por el migrante en su relato.

	Educación: nivel máximo alcanzado, oportunidades en el país.	R. M.
	Empleo: situación en momento de emigrar, cargo, expectativas. Situación económica.	R. M.
Expectativas	Expectativas en sociedad de destino: personales, laborales y educacionales.	R. M.
Condiciones emigración	Viaje: medios, solo/acompañado, sentimientos durante el viaje.	R. M.
	Proyecto migratorio: expectativas, medios, contactos.	R. M.
Llegada	Requisitos para emigrar/entrar en el país de destino	R. M./D.R.
	Exámenes o revisiones en relación con su salud en la salida, tránsito, llegada.	R. M./D.R.
	Sentimiento al llegar	R. M.
	Experiencias en los primeros días- Situaciones críticas	
	Primera impresión del país/ciudad y de la personas	R. M.
	Qué le gusta del país/ciudad/que no-Comparación con otros países/ciudades	
Consideración de la experiencia de migración	Cambios en sí mismo por la experiencia de migración. Capacidades obtenidas Satisfacción con la experiencia de migración Migración: ventajas y desventajas. Alcanzó expectativas, cómo	R. M.
Derecho a la salud	Concepción de la sociedad y del Estado en el país de destino.	D.O.
	Garantía de derechos de los migrantes	
Políticas migratorias	Conoce regulaciones migratorias	R. M.
	Actualidad de las políticas migratorias. Abiertas/restringidas	D.O.
	Políticas de reconocimiento/intolerancia/racismo/exclusión social.	
Objetivo específico 2. Describir las condiciones de vida de los participantes, en relación con diferentes elementos de contexto propios del país de residencia.		

Condiciones de vida	Empleo: Condiciones laborales, actividades empresariales/independientes, cómo consiguió empleo, empleos ofrecidos/obtenidos, inversiones de los recursos económicos obtenidos. Percepción de la situación socioeconómica: calidad de vida, condición económica, fuentes de ingreso.	R. M.
	Vivienda	R. M.
	Acceso a bienes y servicios	R. M.
	Educación en país de destino, elección de los estudios e institución. Homologación de títulos, educación formal o informal.	R. M.
Actividades sociales en el país de destino	Actividades en el tiempo libre	R. M.
	Actividades culturales. Prácticas culturales que recrean la identidad del país de origen en el país de destino: Comidas, fiestas, otros.	R. M.
	Práctica de la religión	R. M.
	Relaciones Interpersonales	R. M.
Apoyo	Necesidades que se le han presentado Apoyo por instituciones Valoración de la gestión de la migración en la sociedad de destino/origen Ayudas que considera adecuadas para el proceso Ayudas que requiere hoy. Fuentes ideales Conoce opciones de asesoría/	R. M.
	Asociaciones destino Asociaciones de inmigrantes y otras organizaciones sociales.	R. M.
	Redes de apoyo –apoyo para otros migrantes	R. M.
Ciudadanía	Estatus de ciudadanía	R. M.

	Ciudadano: Momento en que obtuvo la ciudadanía Dificultades y facilidades en el proceso de tener la ciudadanía Cambios a partir de la obtención de la ciudadanía (acceso a bienes y servicios)/ garantía de derechos.	
	Residente: factores que inciden en que no haya obtenido/solicitado la ciudadanía	R. M.
	Acciones (derechos, colectivos, reivindicación, convencionales/no convencionales)	R. M.
Relaciones con el Estado del país de origen	Visitas a país de origen después de tomar la decisión de migrar (duración, personas).	R. M.
	Relación con consulado	R. M.
	Participación en elecciones	R. M.
	Participación en asociaciones/voluntariado.	R. M.
Relaciones con/en el país de destino	Opinión sobre la forma de vida en el país de destino/ antes de emigrar/ diferencias con la forma de vida del país	R. M.
	Relaciones con vecinos, compañeros de trabajo, estudio, autoridades.	R. M.
Discriminación/aceptación	Sensaciones de discriminación en la sociedad de destino	R. M./D.R./D.O.
	Acceso a bienes y servicios (igualitarios/no)	
	Comentarios de personas de la sociedad de destino por su nacionalidad.	
	Diferencia entre ser colombiano/otra nacionalidad.	
	Cuál es el ideal de migrante en el país de destino/para el migrante	
	Percepción de su posición social en el país de origen/destino.	
	Poblaciones discriminadas en la sociedad de destino (ej. Aborígenes)	
Objetivo específico 3. Caracterizar las condiciones del acceso a la atención en salud de los migrantes en la sociedad de destino.		
Salud y migración	Valoración de la salud antes/después de la migración.	R. M.
	Cambios positivos/negativos en salud que atribuye a la migración	R. M.

	Salud en otros emigrantes que conozca	R. M.
Enfermedad	Enfermedades/síntomas que ha presentado (diagnosticados o no)	R. M.
Atención en salud	Acceso a atención en salud, dificultades	R. M.
	Diagnóstico, tratamiento. Costos	R. M.
	Atención multicultural. Manifestaciones	R. M.
	Idioma del personal, comprensión del migrante	R. M.
	Profesionales de la salud capacitados en migración y sus derechos	R. M.
	Comparación de la atención con la del país de origen	R. M.
	Formas alternativas (no oficiales) de atención en salud	R. M.
Programas salud colectiva	Prevención/Promoción	R. M.
	Vacunación	
	Salud sexual y reproductiva	
Programas salud pública/individual	Lenguaje, enfoque.	D.R.
Sistema de salud	Conocimiento del sistema de salud en el país de destino	R. M.
	Regulaciones (nacionales/internacionales)	D. O. ⁴⁴
	Protección especial al migrante	D. O.
Dificultades/facilidades	Infraestructura, económicas, culturales	R. M.
	Sensaciones/percepciones en relación con el sistema de salud	R. M.

⁴⁴ D.O.: Documentos oficiales.

Anexo C. Protocolo de Transcripción de Entrevistas

Derecho a la salud de los migrantes: relatos de siete colombianos emigrantes

Protocolo de transcripción de entrevistas

1. Introducción

La siguiente es una guía básica para realizar la transcripción de las entrevistas del trabajo de investigación doctoral **Derecho a la salud de los migrantes: relatos de siete colombianos emigrantes**. Guía que garantiza que la transcripción de las entrevistas se haga de manera similar, y, en esta medida, facilite la lectura y análisis de las entrevistas por parte de la investigadora y el comité tutorial.

La transcripción de cada audio se hará en un archivo de Word con el siguiente formato:

- Márgenes: Superior 2.5 cm, Inferior 2,5 cm, Izquierda 2,5, Derecha 2,5
- Fuente: Times New Román, 12 puntos.
- Párrafo: Justificado, espacio 1.5.
- Tamaño de hoja: Carta.
- En la parte superior de la hoja, se consignarán los siguientes datos básicos:

2. Datos generales de la investigación

Título de la investigación: Derecho a la salud de los migrantes: relatos de siete colombianos emigrantes

Identificación de la Investigadora Principal: Tatiana Andrea Cano Isaza, estudiante del Doctorado en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Correo Electrónico: tatiana.cano@udea.edu.co, teléfono 3044695229.

Lugar de realización del estudio: estudio multisituado que se realizará virtualmente desde la ciudad de Medellín.

Entidad que respalda la investigación: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

3. Datos del audio a transcribir

Datos del audio a transcribir			
Código en el estudio			
Lugar de la grabación			
Fecha	Día	Mes	Año
Hora/duración	Hora inicio	Hora finalización	
Entrevistador(a): nombres y apellidos			

4. Contexto de la entrevista

Párrafo inicial que describirá el contexto de la grabación de audio, que incluye acontecimientos, situaciones o experiencias que llamaron la atención en esta actividad; así como en relación con los participantes o su relación con el investigador.

5. Indicaciones para transcribir

Tener en cuenta las siguientes convenciones y colocarlas en un pie de página al inicio de las transcripciones

Silencios: (...);

Alargamiento de las frases...

La identificación de las preguntas y las respuestas, se hace en la primera línea de cada párrafo, mencionando quien interviene. Esta identificación es en **mayúsculas, cursiva, negrita**, y a continuación la pregunta que siempre debe estar entre signos de interrogación. Ej.

INE (Iniciales nombre entrevistador): ¿Cuándo decidió emigrar del país?

INC (Iniciales nombre entrevistado o código asignado): la decisión se dio luego de finalizar la carrera y buscar trabajo en el país.

La transcripción debe hacerse de manera fidedigna/cercana a la conversación.

Al final de la transcripción, se consigna la fecha de realización de la transcripción y la persona que la realizó.

Ejemplo: Entrevista Transcrita por Tatiana Cano, Fecha: 12 de agosto de 2017

Anexo D. Ficha de Contenido

Investigación	Derecho a la salud de los migrantes: relatos de siete colombianos emigrantes	
Localización	Clasificación/Código	No
Descripción		
Contenido		Palabras clave
Observaciones		
Tipo de ficha	Elaborada por:	

Anexo E. Guía de análisis crítico de discurso

Caracterización del texto					Resumen texto/idea ppal.	Tema			Noción de migrante	Noción de DS	observaciones	preguntas/temas/documentos buscar
Ámbito (local, nacional, bilateral, etc.)	Acceso para lectores	Surgimiento (permanente, coyuntural)	Objetivo del texto	Justificación selección		Tema que aborda	Temas implícitos	Temas ausentes				

Quién/Lugar de enunciación				Estrategias discursivas				Relación tema/tema: ej., migración/salud
Autor	Caracterización autor	Marco institucional/contexto	Opositores/apoyo. Si los hay	Estrategias de ref. y nominación: palabras usadas, categorías, adjetivos implicaciones.	Estrategias predicativas: asignación de atributos y acciones.	Estrategias de argumentación: cómo justifican actuaciones.	Estrategias de legitimación de las acciones y de los propios discursos.	

Construcción discursiva de las acciones y representaciones sociales					
Construcción de representaciones de los actores sociales: cómo se designan, qué atributos y acciones se les asignan.	Representación de los procesos: a quién se le atribuye agencia y en quién se suponen consecuencias.	Recontextualización de las prácticas sociales en términos de otras prácticas.	Argumentación de la veracidad o pertinencia de una representación y justificación de acciones.	Proyección de las actitudes de los hablantes hacia el enunciado.	Legitimación y deslegitimación de las representaciones discursivas de los acontecimientos, actores sociales, relaciones sociales y el propio discurso.

Orden del discurso: ejes de la regulación del discurso.		
Control de la producción de los discursos por grupos: accesibilidad a los recursos retóricos y lingüísticos.	Control de la circulación de los discursos: qué discursos se reproducen y cuáles se silencian.	Neutralización del control de los poderes de los discursos: Deslegitimación de fuentes, representaciones e ideologías que transmiten, y adecuación.

Anexo F. Invitación a Participar en la Investigación

Usted está invitado a participar en una investigación sobre el derecho a la salud en emigrantes colombianos. Los participantes de la investigación son mayores de edad, emigrantes colombianos, que hayan emigrado a Ecuador, Estados Unidos o Canadá.

Esta investigación es realizada por Tatiana Andrea Cano Isaza, estudiante de Doctorado de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. El estudio incluye 4 sesiones de entrevistas virtuales, a través de video chat de Gmail o Skype, de duración de una hora aproximadamente, que se realizarán entre diciembre de 2017 y noviembre de 2019. La investigación no genera ningún beneficio económico para la investigadora o para los participantes.

Si usted desea obtener más información o está interesado en participar de esta investigación, le agradezco comunicarse con Tatiana Cano al correo electrónico tatiana.cano@udea.edu.co

Anexo G. Seguridad en Internet

Respecto a la confidencialidad y privacidad de la información, es necesario situar que la investigación que usa como herramienta el internet se enfrenta a desafíos de seguridad en relación con estos dos asuntos, como ejemplo, la interceptación de terceros al transmitir datos por red (Comité para la protección de los sujetos humanos Universidad de California, Berkeley, 2016b) y la reidentificación de los datos que lleve a la identificación de los sujetos participantes (Martínez, 2004).

Por lo anterior, para la investigación se asumen varias recomendaciones de seguridad, entre ellas la de Martínez (2004) sobre conocer los términos de servicio de las multiplataforma que se usarán, en este caso Gmail y Skype; de acuerdo con la política de privacidad de estas dos plataformas, recogen datos de información personal como el nombre, idioma, datos de ubicación real, así como información acerca de los anuncios, personas o información que le interesan al usuario; con el fin de mejorar sus servicios y ofrecer un contenido personalizado. Al respecto, ambas plataformas afirman que solicitan consentimiento del usuario antes de usar datos para fines diferentes a los establecidos en la política de privacidad; aunque explicitan que, ante una solicitud judicial, deben entregar la información.

Por otra parte, el Comité para la protección de los sujetos humanos de la Universidad de California, expresa que la investigadora debe explicitar a los participantes que estos términos de servicio pueden cambiar durante el tiempo de investigación, y en el caso de que esto suceda, la investigadora es responsable de informar a los sujetos (2016b); esto en coincidencia, con la directriz 22 de las normas CIOMS (OPS y CIOMS, 2016) que establece que las medidas de seguridad de la información y sus limitaciones deben informarse a los participantes.

Seguridad de datos

A estas medidas para garantizar la confidencialidad en investigaciones por internet, se suman medidas para asegurar la información -registro en audio, transcripciones y documentos- para las cuales se toman las recomendaciones del Comité para la protección de los sujetos humanos de la Universidad de California (2016a) en su texto *Data Security*.

Así, para esta investigación, los registros físicos se guardarán en archivador cerrado; tanto este como los computadores y grabadoras de audio en que está la información son de acceso privado de la investigadora.

Para la información electrónica, central en este trabajo, se asume el establecimiento de contraseñas seguras -al menos 10 caracteres, en que se mezclan mayúsculas y minúsculas y combinaciones de números y símbolos- para el computador y las cuentas de correo electrónico. En cuanto a la seguridad de los dispositivos en red, se cuenta con una capa de socket segura (SSL) y el paquete Antivirus McAfee total protection que incluye la protección contra virus y amenazas en línea, cortafuegos, análisis de descargas, y cifrado de archivos almacenados en el computador (McAfee, 2017).

En este punto, debe precisarse que estas medidas se tendrán para los registros y equipos de la investigadora, lo que puede limitar la seguridad pues los computadores de los participantes pueden no ser seguros, claridad que debe hacerse a los participantes (Universidad de California-Berkeley Institutional Review Board, 2012).

De otro lado, este comité recomienda contar con una copia de la información en la nube en investigaciones multisituadas, debido a las posibles dificultades de seguridad en el campo, como la retención en las fronteras de los dispositivos electrónicos. Siguiendo esta sugerencia, se tendrá una copia de la información en el drive de la cuenta de correo electrónico institucional – Universidad de Antioquia- de la investigadora; cuenta que está en el dominio de gmail y que según comunicación vía correo electrónico del día 21 de marzo de 2017 de Giovanni Valencia Patiño de la Dirección de Desarrollo Institucional- Gestión Informática de la Universidad de Antioquia (G. Valencia, comunicación personal, 21 de marzo de 2017) tiene como “ventajas en términos de seguridad que las comunicaciones del correo electrónico están protegidas por el protocolo de seguridad SSL, la información permanece cifrada con algoritmos no publicados por Google INC. Y como cuenta institucional de Google Apps for Education tiene mayor nivel de seguridad que las cuentas personales” (2017).

Ante los riesgos de interceptación y difusión de esta información se usará este medio solo para información que no pueda vincularse a participantes individuales, es decir información no identificable (excluye nombres reales, teléfonos, direcciones físicas o electrónicas) o que haya sido cifrada.

Anexo H. Solicitud de Exoneración. Comité de Ética

Medellín, diciembre 14, 2017

Señores

Comité de ética en la investigación

Facultad de Salud Pública

Universidad de Antioquia

Asunto: solicitud exoneraciones investigación Derecho a la salud de los migrantes: relatos de seis colombianos emigrantes, estudiante doctorado en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Tatiana Andrea Cano Isaza.

Cordial saludo,

Enviamos la presente comunicación para solicitar dos exoneraciones en relación con la investigación en mención.

La primera, corresponde a la exoneración del requisito que presenta el Artículo 21 de la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (UNESCO, 2006) que establece que los estudios multicéntricos deben ser avalados por comités de ética en los países en que se realizarán. Esta exoneración se solicita por:

1. Viabilidad del estudio: la aprobación de este proyecto es requisito para la obtención de la candidatura doctoral para la cual el plazo es de ocho meses máximo, por lo que el contacto con una universidad que asuma la evaluación en cada uno de los países y la revisión por parte de su comité de ética lo haría inviable en términos de tiempo.
2. A pesar de tratarse de un estudio multicéntrico, los participantes son ciudadanos colombianos, y las entrevistas se realizarán de manera virtual o en Colombia.
3. Para el trabajo de investigación, se han revisado regulaciones éticas centrales de los tres países de residencia de los participantes: la Regla Común 45 CFR 46 para investigación con humanos de Estados Unidos del Departamento de salud y servicios humanos (2009), la Declaración de política de los tres Consejos: Conducta ética para la investigación con seres humanos (Canadian Institutes of Health Research et al., 2014) para Canadá y la Guía para promoción y conformación de Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (Ministerio de salud Pública, 2015) para Ecuador, para encontrar las equivalencias con la Resolución 8430 de 1993.

4. La Regla Común (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 2009) establece que si una investigación estadounidense se hace en el extranjero y la norma del país en el que se realizará garantiza para los sujetos en la investigación, en sus regulaciones éticas, una protección mínimo equivalente, entonces puede aprobarse por los procedimientos de ese país, siempre y cuando la investigación sea de riesgo mínimo, la renuncia a la revisión no afecte negativamente los derechos y el bienestar de los sujetos y la investigación no es viable o factible sin esta renuncia, condiciones que se cumplen en la presente investigación.
5. La definición sobre dónde se debe revisar una investigación internacional depende de en qué países se contará con colaboradores para construir la información (Hicks y Simmerling, 2004), para la presente investigación no se tendrán colaboradores ni financiación en estos tres países; por lo que, de acuerdo con las autoras, la investigación puede ser revisada por la institución de origen del investigador.
6. Desde la revisión de las regulaciones mencionadas se han asumido para esta investigación sus particularidades, las cuales se presentan a continuación:

Estados Unidos:

- a. Responsabilidad de la investigadora de reportar al comité de ética, los problemas imprevistos que se presenten en la investigación y que puedan generar riesgos para los participantes (Hicks, 2004b).

Canadá

- a. En coincidencia con la directriz 12 de las normas CIOMS (OPS y CIOMS, 2016), debe explicitarse en el consentimiento informado la posibilidad de un uso secundario de la información no identificable (Canadian Institutes of Health Research et al., 2014).

Ecuador

- b. Los temas de investigación avalados por comités de ética en este país deben corresponder a las prioridades de investigación nacionales consignadas en el documento *Prioridades de investigación en salud, 2013-2017* (Ministerio de salud Pública, 2015). En el que efectivamente, en el punto 2.7. se encuentra la movilidad humana como tema de investigación, orientado entre otros a contribuir a la garantía de derechos, inclusión social y cultural, cohesión social y sensibilización de la ciudadanía hacia el fenómeno (Ministerio de Salud Pública, s.f.).

La segunda exoneración corresponde a la documentación física del consentimiento informado y la presencia de testigos.

Esta se realiza con base en lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 y en las normas CIOMS (OPS y CIOMS, 2016). La primera en su artículo 16, párrafo 1 establece que “En el caso de

investigaciones con riesgo mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento Informado se obtenga sin formularse por escrito” (p.4). Y las segundas, afirman que pueden hacerse renunciaciones al consentimiento si este no es factible sin la modificación, la investigación tiene un riesgo no mayor a riesgo mínimo, y las renunciaciones no alteran la capacidad de comprensión y voluntariedad de los participantes.

Teniendo en cuenta lo anterior se solicita la exoneración de la documentación debido a que:

1. Obtener el documento físico implicaría conocer la dirección física de los sujetos participantes lo que afecta su privacidad.
2. Se han contemplado alternativas como una firma electrónica, no obstante, según el Comité para la protección de los sujetos humanos de la Universidad de California (2016a) las firmas electrónicas no cumplen con el requisito de consentimiento documentado.

En esta misma línea, se solicita exoneración de testigos pues:

1. Se trata de una investigación de riesgo mínimo.
2. Dificultad de tener testigos en el encuentro virtual.
3. El mismo sistema multiplataforma registra la ocurrencia de la comunicación.

Para finalizar, es condición de estas exoneraciones que se conserven los requisitos establecidos para el consentimiento informado, de manera que la investigadora se compromete a que estas modificaciones en la documentación del consentimiento no generan modificaciones en el proceso.

Agradecemos su colaboración,

Atentamente,

Tatiana Andrea Cano Isaza
Estudiante doctorado
Salud pública
Universidad de Antioquia

Steven Orozco Arcila
Director

Anexo I. Certificado Curso Derechos de Autor



Anexo J. Curso de Investigación con Sujetos Humanos (HSR). Programa Ética de la Investigación, CITI, Universidad de Antioquia



Completion Date 17-Jun-2017
Expiration Date 16-Jun-2020
Record ID 22621006

This is to certify that:

Tatiana Andrea Cano Isaza

Has completed the following CITI Program course:

Human Subjects Research (HSR) (Curriculum Group)
Researchers HSR (Course Learner Group)
1 - Basic Course (Stage)

Under requirements set by:

Universidad de Antioquia

CITI

Verify at www.citiprogram.org/verify/?w23f330a6-a61c-4e9b-922a-5950b2986496-22621006

Anexo K. Información Digital Para Migrantes Participantes⁴⁵

En Colombia

Colombia nos une	http://www.colombianosune.com/ejes/servicios-colombianos-exterior	Palacio de San Carlos: Calle 10 # 5-51 Bogotá	(57-1) 3814000 - Fax. (57-1) 3814747
------------------	---	--	---

Consulado de Colombia en Toronto:

www.toronto.consulado.gov.co	ctoronto@cancilleria.gov.co	40 University Av., Suite 604 M5J 1T1 Toronto. Lunes a Viernes / 9 am - 1 pm.	416-977-0098 Fax 416-977-0475
--	--	---	----------------------------------

Centros de asesoría para migrantes-Toronto

Welcome Center Services Inc	www.welcomecentre.ca
www.cicc-cicc.com	www.cicc-ccic.ca
C.A.R.E. Center to assist Immigrants	www.immigrant-centre.ca

Servicios en Toronto (provincia de Ontario-Canadá)

Información general	www.211toronto.ca	211 (or 416-397-4636)
Community Resource Connections of Toronto	www.crct.org	416-482-4103
Mental Health Services Information Ontario	www.mhsio.on.ca	1-866-531-2600 Información gratuita en más de 140 idiomas acerca de los servicios de salud mental y apoyo 24/7.

⁴⁵ Esta información corresponde a un borrador, pues de acuerdo a la zona en que resida el participante se establecerán contacto con asociaciones para entregarle al participante información pertinente y actualizada.

Información para asentamiento para los recién llegados	www.settlement.org	Empleo, asuntos legales en patrocinar inmigración, encontrar agencia de asentamiento.	
The Consumer/ Survivor Information Resource Centre	csinfo@camh.net	Boletín con información sobre oportunidades de trabajo y educativas.	
CAHT - Centro de apoyo para hispanos de Toronto	centro.hispano@torontomail.com ,	439 University Avenue, Toronto, ON, M5G 2N8 Tel: +1-647-503-2708. Lunes a Jueves: 9 AM - 1 PM	
Programa de Ontario Disability Supports Program (ODSP).	http://www.accesson.ca/en/mcss/programs/social/odsp/index.aspx	416-325-5666	Si no cuenta con trabajo permanente
Workplace Safety and Insurance Board.	www.wsib.on.ca	416-344-1000	No puede trabajar debido a enfermedad
Canadá Pension Plan.	www.sdc.gc.ca	1-800-277-9914	Beneficios por discapacidad
Ontario Works (OW).	http://www.mcss.gov.on.ca/en/mcss/programs/social/ow/	General Inquiry: 416-325-5666 Toll Free: 1-888-789-4199	Ayuda económica a corto plazo si es desempleado y no recibe beneficios de seguro de desempleo o no puede trabajar y espera beneficios del programa de soporte de discapacidad de Ontario.
Toronto Social Housing Connections.	www.housingconnections.ca	416-981-6111	Ingresar a la lista para vivienda social

En casos de discriminación o violación de Código de Derechos Humanos de Ontario.

Centro de Asistencia Jurídica en materia de Derechos Humanos	Tel.: (416) 597-4900 Larga distancia gratuita: 1-866-625-5179 TTY: (416) 597-4903 TTY larga distancia gratuita: 1-866 612-8627. Horarios: Lunes, martes, miércoles y viernes: de 09:00 a. m. a 05:00 p. m. Jueves: de 02:00 p. m. a 06:00 p. m.	Ayuda legal gratuita, asesoría jurídica, y asistencia jurídica ante tribunal de Derechos Humanos de Ontario
--	---	---