

Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018

Lifestyles and health status of migrants in a settlement of Barranquilla, Colombia, 2018

Julián A. Fernández-Niño, Ana B. Vásquez-Rodríguez, Víctor A. Flórez-García,
Maylen L. Rojas-Botero, Karen Luna-Orozco, Edgar Navarro-Lechuga,
Jorge L. Acosta-Reyes y David A. Rodríguez Pérez

Recibido 23 enero 2018 / Enviado para modificación 19 mayo 2018 / Aceptado 10 julio 2018

RESUMEN

Objetivo Describir los modos de vida y el estado de salud de salud de migrantes venezolanos y colombianos de retorno asentados en Villa Caracas, Barranquilla, en el año 2018.

Método Estudio descriptivo de corte transversal con muestreo sistemático de viviendas. Fueron incluidas 229 personas mayores de 15 años procedentes de 90 viviendas.

Resultados Se encontraron diferencias en las rutas para llegar, tiempos de traslado y estancia en el asentamiento entre migrantes venezolanos y colombianos en retorno. Las condiciones de la vivienda y el acceso a los servicios públicos son limitadas, menos de la mitad de las viviendas tienen acceso a acueducto, alcantarillado y baño. En general el estado de salud auto-reportado por los migrantes es muy bueno o bueno, las prevalencias de enfermedades crónicas fueron relativamente bajas, con excepción de hipertensión arterial. De los que consultaron al servicio de urgencias, la mayoría reportó acceso efectivo. Se encontraron síntomas depresivos clínicamente significativos para el 20% de la población encuestada.

Conclusiones Los migrantes de Villa Caracas se encuentran en condiciones de alta vulnerabilidad social dadas sus condiciones económicas y ambientales. A pesar de la falta de aseguramiento al sistema de salud colombiano, reportaron acceso a la atención por urgencias.

Palabras Clave: Emigración e inmigración; poblaciones vulnerables; determinantes sociales de la salud; estudios transversales; Venezuela; Colombia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To describe the lifestyles and health status of returning Venezuelan and Colombian migrants in Villa Caracas, Barranquilla, in 2018.

Methods Descriptive, cross-sectional study with systematic sampling of dwellings. 229 people over 15 years of age from 90 homes were included.

Results Differences were found in the routes to arrive, commuting times and stay in the settlement between Venezuelan and returning Colombian migrants. Housing conditions and access to public services are limited: less than half of the dwellings have access to aqueduct, sewerage and bathrooms. In general, self-reported health status of migrants is very good or good and the prevalence of noncommunicable diseases was relatively low, with the exception of high blood pressure. Most of the people who consulted the emergency department reported effective access. Clinically significant depressive symptoms were found in 20% of the surveyed population.

Conclusions The migrants of Villa Caracas are under high social vulnerability conditions given their economic and environmental conditions. Despite their lack of enrollment in the Colombian health system, they reported access to emergency care.

JF: MD. M. Sc. Salud Pública; M. Sc. Bioestadística Ph. D. Epidemiología. Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. aninoj@uninorte.edu.co

AV: Enfermería. M. Sc. Infecciones y Salud en el Trópico. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

abvasquezr@unal.edu.co

VF: Biología. M. Sc. Epidemiología. Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

[yfloreza@uninorte.edu.co](mailto:yfloresta@uninorte.edu.co)

MR: Gerencia en Sistemas de Información en Salud. M. Sc. Epidemiología; Ph. D.(c) Epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

maylenliseth@gmail.com

KL: MD. Esp. Medicina Interna. Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. klunaorozco@gmail.com

EN: MD. M. Sc. Epidemiología. Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

enavarro@uninorte.edu.co

JÁ: MD. M. Sc. Epidemiología Clínica. Departamento de Salud Pública, Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

acostajl@uninorte.edu.co

DR: MD. Organización Internacional para las Migraciones. Bogotá, Colombia.

darodriguez@oim.int

Key Words: Emigration and immigration; vulnerable populations; social determinants of health; cross-sectional studies; Venezuela; Colombia (source: *MeSH*, *NLM*).

El creciente flujo migratorio proveniente desde Venezuela hacia Colombia, se plantea como un desafío de grandes proporciones para la agenda política y social bilateral; máxime si se considera que la mayoría de los ciudadanos venezolanos que llegan a Colombia lo hacen de forma irregular (1), lo cual impide su apropiada incorporación a la sociedad y los expone a diferentes riesgos.

Datos recientes provenientes del Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV) adelantado en Colombia en 2018, indican que los migrantes con intención de permanencia, en tránsito y/o pendulares se concentran mayoritariamente en los departamentos del noroccidente y la costa norte colombiana. En el caso del Atlántico, se registran al menos 22 652 personas en condición irregular, posicionándose como el tercer departamento con mayor flujo migratorio (excluyendo Bogotá), superado solo por Norte de Santander y La Guajira con 49 237 y 39 291, respectivamente (1).

Su estatus como migrantes en condición irregular les impide acceder a un salario digno, en la medida que las empresas colombianas no pueden emplearlos en el sector formal, lo cual puede repercutir en una precarización de las condiciones de vida, en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios (2,4). Los limitados recursos de llegada y los bajos ingresos que pueden obtener, los lleva a concentrarse en zonas marginales, frecuentemente no legalizadas para construcción, adscritos a las grandes ciudades que presentan un alto nivel de pobreza y condiciones de vida por debajo del promedio poblacional (5,6).

Villa Caracas es probablemente el principal asentamiento de migrantes desde Venezuela en condición irregular en Barranquilla. Recientemente se realizó un diagnóstico rápido de las necesidades en salud autoreportadas por la población migrante, evidenciándose el saneamiento ambiental como el principal problema del asentamiento, destacándose como un riesgo potencial para la transmisión de enfermedades infecciosas (7); sin embargo, se desconocía la información sobre las condiciones, estilos de vida y el estado de salud de las personas que allí residen, por tal el objetivo de este trabajo fue describir los modos de vida y el estado de salud de la población migrante venezolana y colombianos de retorno asentados en Villa Caracas, Barranquilla, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Villa Caracas, es un asentamiento localizado al sur de Barranquilla, cerca de los barrios el Bosque y Cuchilla de

Villate. La población de estudio de este trabajo estuvo constituida por todos los adultos y niños que habitan el asentamiento, incluyendo específicamente a colombianos de retorno y migrantes venezolanos.

El tamaño de muestra estimada fue de 218, considerando un censo reciente de 900 adultos, una prevalencia de baja percepción de salud esperada en 25% y un grado de error del 5%. Un muestreo sistemático fue realizado, para lo cual se tomaron los ejes oriental-occidental, y norte sur, del entramado de calles en las que están dispuestas las casas del barrio Villa Caracas. Se enumeraron las viviendas de cada cuadra y se calculó la fracción de muestreo (n/N) visitando las casas cada cierta distancia, en circunvolución hasta terminar el tamaño de muestra. Se realizaron dos visitas al barrio para realizar el levantamiento de información en junio del 2018. Todas las personas que fueron seleccionadas aceptaron participar en el estudio. El entramado completo de calles de Villa Caracas fue recorrido, en consideración de la distribución irregular del terreno. Fueron incluidos finalmente 229 personas mayores de 15 años procedentes de 90 viviendas.

Para la recolección de información, se diseñó un instrumento estructurado para ser aplicado por un encuestador capacitado. Contenía tres secciones, en la primera se solicitó el consentimiento informado por escrito, en la segunda se indagó por características de la vivienda y del hogar, y finalmente la sección en la que se recabaron datos a nivel individual. En su mayoría, se trató de preguntas de selección múltiple con única respuesta. Las opciones de respuesta se basaron en instrumentos diseñados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) con modificaciones para el contexto de Villa Caracas.

Se preguntó adicionalmente por la seguridad alimentaria del hogar (a través de la Escala de experiencia de inseguridad alimentaria (8); por las condiciones del evento migratorio; por la presencia y control de eventos crónicos e infecciosos; por aspectos de la salud sexual y reproductiva; y por la presencia de síntomas depresivos (se utilizó la versión de 20 puntos de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (9)). Los cuestionarios fueron aplicados por enfermeras profesionales de la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla, quienes fueron previamente entrenadas en aplicación de encuestas, y en la estructura del instrumento.

Se realizó un análisis descriptivo básico, donde las variables cualitativas fueron descritas con proporciones y las variables cuantitativas con medidas de tendencia cen-

tral y de dispersión. Todos los análisis fueron realizados en SPSS® versión 23.

El presente proyecto fue aprobado por el Comité de ética de la División de Salud de la Universidad del Norte. Los participantes fueron invitados a responder la encuesta de forma voluntaria y dieron su consentimiento informado firmado. En todos los casos se garantizó confidencialidad de la información suministrada.

RESULTADOS

Fueron encuestadas 229 personas, 76,4% migrantes venezolanos y el 23,6% restante colombianos en retorno. Se trata de una población joven en edad productiva, el 50% tenía 30 años o menos al momento de la encuesta; se trataba principalmente de mujeres en el caso de los venezolanos, y al contrario entre los colombianos.

La mayoría de los encuestados tenía como máximo nivel de escolaridad hasta básica secundaria (57,1% vs 47,0%,

para migrantes venezolanos versus colombianos de retorno, respectivamente); se trata de personas predominantemente en unión libre (55,7%) y solteras (31%) (Tabla 1).

En esta parte de la exploración demográfica y migratoria vale la pena resaltar diferencias en el tránsito y asentamiento migratorio entre los migrantes venezolanos y los colombianos en retorno asentados en Villa Caracas. Se observó que entre la salida desde Venezuela y a la aplicación de la encuesta había transcurrido en promedio 1,4 año para el grupo de migrantes venezolanos y 2,4 años para los colombianos. Una vez en Colombia, el colombiano en retorno demoró en promedio de 4.6 meses para instalarse en Barranquilla, mientras que el migrante venezolano llegó casi de manera casi directa a la ciudad (0,3 meses). Por su parte, en el caso de los migrantes venezolanos, pasaron en promedio 2.8 meses entre la llegada a Barranquilla y su asentamiento en Villa Caracas, mientras que los colombianos en retorno tardaron en promedio 5,4 meses (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y migratorias. Población de 15 años o más. Villa Caracas, 2018

Variables sociodemográficas y migratorias		Venezolanos n=175	Colombianos n=54	Total n=229
Edad (Mediana, Q1-Q3)		27 (21-38)	36(30-45)	30(21-40)
Sexo	Hombres	84 (48,0)	28 (51,9)	112 (48,9)
	Mujeres	91 (52,0)	26 (48,1)	117 (51,1)
	Total	175	54	229
Escolaridad	Ninguna	6 (3,6)	6 (11,8)	12 (5,5)
	Preescolar	2 (1,2)	0 (0)	2 (0,9)
	Básica primaria	55 (32,7)	20 (39,2)	75 (34,2)
	Básica secundaria	96 (57,1)	24 (47,0)	120 (54,8)
	Pregrado	9 (5,4)	1 (1,9)	10 (4,6)
	Posgrado	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Total	168	51	219
Estado civil	Soltero	57 (33,9)	11 (21,7)	68 (31,0)
	Casado	11 (6,5)	9 (17,6)	20 (9,1)
	Unión libre	94 (55,9)	28 (54,9)	122 (55,7)
	Separado	3 (1,8)	1 (1,9)	4 (1,8)
	Viudo	3 (1,8)	2 (3,9)	5 (2,3)
	Total	168	51	219
Etnia	Indígena	11 (6,7)	1 (2,0)	12 (5,6)
	ROM	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Afrodescendiente	15 (9,1)	10 (20,0)	25 (11,7)
	Mestizo	72 (43,9)	24 (48,0)	96 (44,8)
	Blanco	5 (3,0)	2 (4,0)	7 (3,3)
	Otro	61 (37,2)	13 (26,0)	74 (34,6)
	Total	164	50	214
Tiempo en meses de su salida desde Venezuela. n=223 (Media, SD)		12,4 (11,3)	24,4 (22,3)	15,1 (15,2)
Tiempo en meses de estancia en Barranquilla. n=221 (Media, SD)		12,1 (10,8)	19,8 (18,9)	13,9 (13,4)
Tiempo en meses de estancia en Villa Carracas. n=217 (Media, SD)		9,3 (9,7)	13,0 (14,4)	10,2 (11,1)

*Para cada variable se discrimina en efectivo. En paréntesis el porcentaje con respecto al n efectivo por variable.

En relación a las condiciones de la vivienda y servicios básicos (Tabla 2), de los 90 domicilios, el 66,3% era tipo

cambuche (68,7% venezolanos vs 59,1% colombianos), casi todas contaban con energía eléctrica (90,9%), pero

más de la mitad no tenía acueducto (55,6% vs 52,2%), alcantarillado (82,5% vs 65,2%), ni baño (63,6% vs 56,5%). Además, en la mayoría de los casos (50,6%), la disposición de los residuos sólidos se realizaba de manera inadecuada (la queman, la entierran o la arrojan en zanjas).

En cuanto a los ingresos para el hogar, en la mayoría de las viviendas una única persona percibía ingresos (68,7% vs 45,4%), no obstante, también se observaron

casos donde ninguna persona los tenía. El valor de los ingresos en el caso de los migrantes venezolanos constituye con mayor frecuencia casi la sexta parte del salario mínimo legal vigente para Colombia (63,1 % venezolanos vs 39,1% colombianos) (Tabla 2).

Finalmente, se indagó por el estado de salud de las personas encuestadas (Tabla 3). En este sentido, el 35,8% de los encuestados refirió haber tenido una urgencia médica

Tabla 2. Características de las viviendas y acceso a servicios básicos. Villa Caracas, 2018

Variables nivel hogar		Venezolanos n=67	Colombianos n=23	Total n=90
Tipo de Vivienda	Casa	13 (20,3)	6 (27,2)	19 (22,1)
	Apartamento	2 (3,1)	0 (0)	2 (2,3)
	Cuarto	5 (7,8)	2 (9,1)	7 (8,1)
	Cambuche	44 (68,7)	13 (59,1)	57 (66,3)
	Otro	0 (0)	1 (4,5)	1 (1,1)
	Total	64	22	86
Propiedad de la vivienda	Propia	50 (74,6)	16 (69,6)	66 (73,3)
	Arrendada	6 (8,9)	2 (8,7)	8 (8,9)
	Prestada	5 (7,5)	1 (4,3)	6 (6,7)
	Otro	6 (8,9)	4 (17,4)	10 (11,1)
	Total	67	23	90
Número de habitaciones	Ninguna	6 (9,5)	0 (0)	6 (6,9)
	1	25 (39,7)	13 (56,5)	38 (44,2)
	2	24 (38,1)	6 (26,1)	30 (34,9)
	3	8 (12,7)	3 (13,0)	11 (12,8)
	4	0 (0)	1 (4,3)	1 (1,2)
	Total	63	23	86
Energía Eléctrica	SI	58 (89,2)	22 (95,7)	80 (90,9)
	Total	65	23	88
Acueducto	SI	28 (44,4)	11 (47,8)	39 (45,3)
	Total	63	23	86
Alcantarillado	SI	11 (17,5)	8 (34,8)	19 (22,1)
	Total	63	23	86
Baño disponible en la vivienda	SI	24 (36,4)	10 (43,5)	34 (38,2)
	Total	66	23	89
Forma de eliminación de la basura	Recolección Pública	29 (43,9)	15 (65,2)	44 (49,4)
	La queman	12 (18,2)	1 (4,3)	13 (14,6)
	La entierran	3 (4,5)	1 (4,3)	4 (4,5)
	La arrojan a zanjas	22 (33,3)	6 (26,1)	28 (31,4)
	La arrojan a cuerpos de agua	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Otro	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Total	66	23	89
Ingreso mensual por persona del Hogar	< \$116.330	41 (63,1)	9 (39,1)	50 (56,8)
	< \$ 250.620	16 (24,6)	9 (39,1)	25 (28,4)
	> \$ 250.620	8 (12,3)	5 (21,7)	13 (14,7)
	Total	65	23	88
	0	8 (11,9)	3 (13,6)	11 (12,3)
Personas del hogar que tienen ingresos	1	46 (68,7)	10 (45,4)	56 (62,9)
	2	9 (13,4)	4 (18,2)	13 (14,6)
	3	2 (2,9)	4 (18,2)	6 (6,7)
	4	1 (1,5)	1 (4,5)	2 (2,2)
	6	1 (1,5)	0 (0)	1 (1,1)
	Total	67	22	89
Número de Personas por Hogar	Mediana (Q1-Q3)	5 (3 - 6)	5 (4 - 7)	5 (4 - 7)

*Para cada variable se discrimina el n efectivo. En paréntesis el porcentaje con respecto al n efectivo por variable.

Tabla 3. Estado de Salud y acceso a servicios de salud. Población de 15 años o más. Villa Caracas, 2018

Estado de salud		Venezolanos n= 175	Colombianos n= 54	Total n= 229
Urgencia Médica durante su estancia en Colombia	Si	52 (31,5)	25 (50,0)	77 (35,8)
	No	113 (68,5)	25 (50,0)	138 (64,2)
	Total	165	50	215
Asistencia a Urgencias durante su estancia en Colombia	Si	48 (92,3)	25 (100)	73 (94,8)
	No	4 (7,7)	0 (0)	4 (5,2)
	Total	52	25	77
Atención efectiva en Urgencias	Si	36 (75,0)	20 (80,0)	56 (76,7)
	No	12 (25,0)	5 (20,0)	17 (23,3)
	Total	48	25	73
Autopercepción de salud	Muy buena	12 (7,1)	6 (11,3)	18 (8,1)
	Buena	95 (56,5)	23 (43,4)	118 (53,4)
	Ni buena ni mala	46 (27,4)	18 (33,9)	64 (28,9)
	Mala	13 (7,7)	6 (11,3)	19 (8,6)
	Muy mala	2 (1,2)	0 (0)	2 (0,9)
	Total	168	53	221
Tabaquismo	Si	35 (20,9)	15 (28,8)	50 (22,8)
	No	132 (79,0)	37 (71,2)	169 (77,2)
	Total	167	52	219
Consumo de alcohol en los últimos 3 meses	Si	25 (14,9)	10 (18,9)	35 (15,9)
	No	142 (85,0)	43 (81,1)	185 (84,1)
	Total	167	53	220
Autoeporte Positivo HTA		18 (10,9)	9 (17,3)	27 (12,5)
	Total	164	52	216
Autoreporte Positivo Patologías cardíacas		7 (4,2)	4 (7,5)	11 (5,0)
	Total	167	53	220
Autoreporte Positivo Dislipidemia		12 (7,2)	7 (13,5)	19 (8,7)
	Total	167	52	219
Autoreporte Positivo DM		7 (4,2)	0 (0)	7 (3,2)
	Total	167	53	220
Autoreporte Positivo EPOC/ASMA		14 (8,5)	5 (9,4)	19 (8,7)
	Total	165	53	218
Autoreporte Positivo ECV		0 (0)	1 (1,9)	1 (0,5)
	Total	166	53	219
Autoreporte Positivo Reumatismo		3 (1,8)	1 (1,9)	4 (1,8)
	Total	166	53	219
Autoreporte Positivo VIH		2 (1,2)	0 (0)	2 (0,9)
	Total	165	53	218
Autoreporte Positivo TB		0 (0)	1 (1,9)	1 (0,5)
	Total	166	53	219
Autoreporte Positivo Cáncer		0 (0)	3 (5,7)	3 (1,4)
	Total	166	53	219
Tos y expectoración 15 días o más		13 (7,9)	6 (11,8)	19 (8,8)
	Total	165	51	216
Condición de Discapacidad		5 (2,9)	3 (5,6)	8 (3,6)
	Total	168	53	221
Autoreporte de Dolor		51 (30,7)	23 (43,4)	74 (33,8)
	Total	166	53	219

*Para cada variable se discrimina el n efectivo.

durante su estancia en Colombia (31,5% vs 50,0%); de estos, la mayoría buscó la atención médica (todos los colombianos en contraste con el 92,3% de los venezolanos), pero solo el 76,7% de quienes buscaron obtuvo la atención efectiva (75,0% vs 80,0%).

La autopercepción de salud en general es muy buena o buena (63,6% vs 54,7%). En cuanto a la prevalencia autoreportada de enfermedades crónicas, se refirió principalmente la hipertensión arterial (12,5%), dislipidemia (8,7%) y EPOC/Asma (8,7%). Llama la atención el repor-

te de dolor sin mayor especificación y la presencia de tos con expectoración durante 15 días o más. (33,8% y 8,8%, respectivamente). Finalmente, el 20,2% de las personas indicaron tener síntomas depresivos clínicamente significativos (19,8% vs 21,2%).

DISCUSIÓN

La identificación de los modos de vida y las condiciones de salud de los migrantes es indispensable para la planea-

ción de políticas públicas de respuesta al fenómeno migratorio. El abordaje de las necesidades de los migrantes no puede ser visto como una acción individual, o particular caritativa, sino que debe trascender hacia un marco interpretativo de acción colectiva que origine cambios sociales que afecten tanto a los lugares de salida como los de llegada (10). Estos factores de orden general son denominados macroestructuras en la Teoría de Sistemas Migratorios (10-12) que interactúan con las microestructuras que son las redes, prácticas y creencias de los migrantes que permiten como tal el proceso de movilidad y el establecimiento en el nuevo lugar (10).

El comportamiento de elegir rutas, ciudades y asentamientos específicos que han sido reconocidos previamente por familiares o amigos, para el caso del grupo de venezolanos, ha sido descrito de manera similar para migrantes mexicanos que se dirigen a Estados Unidos (13, 14). Si comprendemos mejor estas dinámicas y rutas, entenderemos mejor los comportamientos de riesgo en salud de la población migrante que decide asentarse o establecerse temporalmente a lo largo de su tránsito, en áreas marginadas como Villa Caracas (11, 15), en donde este lugar constituye una alternativa, especialmente cuando no se dispone de una red social en la sociedad receptora, o se ha sufrido un deterioro en los ingresos.

En el caso de los colombianos, la demora en la llegada a una ciudad específica es debido a que como nacionales, algunos de ellos disponen de una red de apoyo que se ha mantenido con el paso del tiempo posiblemente en distintos lugares, pudiendo realizar el retorno progresivamente, y dando la oportunidad que pueda seleccionar entre varias opciones su lugar de establecimiento (15), similar al caso de los argentinos que retornaron de España sin ayuda estatal donde se encontró que para una mejor experiencia de retorno y selección de lugar de asentamiento los retornados generan ciertas estrategias previas de reinserción y reactivación de redes que los soporten independiente del lugar donde hayan nacido (16).

El proceso migratorio es debido en parte a una búsqueda de seguridad y oportunidades económicas, pero también implica nuevos tipos de riesgos, más aún en el caso de los migrantes internacionales, siendo extranjeros no solo por su nacionalidad, sino en muchos aspectos como la identidad frente a los sistemas administrativos o la aceptación política y cultural en los países a los que arriban; todo esto interceptado ante sentimientos y situaciones permanentes de desposesión y vulnerabilidad (17). Partiendo de esta realidad, para los migrantes venezolanos localizados en Barranquilla en el asentamiento de Villa Caracas, sobresale la necesidad de darle validez al concepto de seguridad humana basada sobre la priori-

dad al reconocimiento de los derechos humanos básicos, las necesidades primordiales y la dignidad de la población migrante; tres cuestiones que legitiman la equidad desde la perspectiva de seguridad humana (18).

Ante el reconocimiento de un proceso migratorio activo desde Venezuela y en el caso específico de la población venezolana en Barranquilla, el proceso migratorio conlleva a diferentes implicaciones: el déficit de acceso a necesidades básicas y derechos. Es necesario operacionalizar el concepto de seguridad humana para esta realidad iniciando con una caracterización de los modos de vida y estado de salud para este grupo que permita mostrar el escenario que se está desarrollando en la comunidad, develar las necesidades y estimar futuros riesgos que permita la formulación de políticas para esta población. Los resultados de este estudio permiten una aproximación a este diagnóstico en una de las zonas más icónicas de llegada de migrantes.

Una situación similar a la descrita en Barranquilla ocurre con los migrantes latinoamericanos en Chile en donde bajo condición de irregularidad y con bajos recursos económicos viven en la periferia de la urbe en campamentos o asentamientos informales en donde el 59,8% de la población es población migrante, el déficit de agua potable es de un 76%, en alcantarillado un 91% y electricidad un 48% (19,20).

En cuanto la situación socioeconómica, en este estudio, los habitantes se encuentran en su mayoría muy por debajo del salario mínimo para el país, siendo mayoritariamente una sola la persona la proveedora por familia. Los resultados hacen suponer que los ingresos provienen de fuentes no formales de ocupación mostrando un estado precarización laboral que puede ser analizado desde dos perspectivas, la primera la falta de regularización de los migrantes, lo que conduce a este tipo de fuentes de ingreso no formales, y la segunda la situación económica propia del país receptor, en donde la informalidad es descrita en los resultados de nuestro estudio frente a los colombianos en retorno donde el ingreso económico es un poco mayor al de los venezolanos, pero continúa estando muy por debajo del mínimo nacional.

Estas dos perspectivas son soportadas en los resultados de estudios de condiciones de vida para migrante bolivianos en Brasil donde la informalidad laboral y el grado de desocupación son similares entre el grupo de migrantes y los grupos más vulnerables de nacionales en la ciudad de Sao Paulo (21). En Chile, se encontró que la no regularización en el estado residente del migrante desencadena directamente a trabajos informales (22).

Con relación al estado de salud, se han documentado padecimientos mentales en población migrante, siendo

los procesos de aculturación y asimilación los enfoques bajo los cuáles se ha buscado entender dichos problemas (23), en este sentido, el estado de salud y características de los migrantes venezolanos encontrados en este estudio como se describió en los resultados, muestra que la mayoría de población es adulta joven quienes tienen un auto-reporte de salud bueno, con una prevalencia muy baja (10%) de enfermedades crónicas y síntomas depresivos (20%). Esto es coherente y se encuentra soportando en la literatura sobre el efecto de migrante sano en donde se ha descrito que la dinámica de salud del migrante es caracterizada por una ventaja inicial en términos de salud o la llamada *health selectivity*, los individuos que están en mejores condiciones de salud son los más capacitados para migrar no solo física sino financieramente (24-26).

Se ha indicado que esta percepción de buena de salud inicialmente como la que encontramos en el estudio también puede estar relacionada con que el migrante puede que no declare sus condiciones de salud a la llegada del país, y cuando transcurre el tiempo de residencia puede declarar peores estados de salud por el aumento el número de diagnósticos sobre condiciones de salud preexistentes (24, 27, 28). La hipótesis más aceptada en el caso de las condiciones de acogida de Colombia es considerar la influencia de ciertas situaciones socioeconómicas propias del migrante debido a que si la salud está relacionada con el nivel de ingresos y la mayoría de migrantes presentan niveles inferiores a los de la población nacional como se encontró en los resultados pudiera esta ser una limitante que impidiera el acceso a los servicios de salud (29, 30).

En este sentido, se ha mencionado en países de alta receptividad como Canadá que los migrantes a la llegada presentan una menor incidencia de enfermedades crónicas similar a las características descritas para este estudio, pero la incidencia posteriormente se aproxima a los niveles observados para la población nacional a medida que transcurre el tiempo de estancia en el país (27).

En nuestro contexto, debemos considerar que el estado de salud de los migrantes pueda cambiar, o al menos converger hacia los niveles de la población nacional, lo cual reflejaría la combinación de factores, como la aculturación al lugar de llegada (31) y de mayor relevancia en este estudio, las características socioeconómicas de los individuos (32, 33) que en su mayoría presentan una gran vulnerabilidad además de estados de no regularidad en la residencia que favorecerían el menor acceso a los servicios de salud causando empeoramiento en su estado de salud. Adicionalmente, aunque actualmente haya un efecto de migrante sano, podría también suceder que, dado el creciente déficit de medicamentos en Venezuela, personas con enfermedades crónicas podrían comenzar a llegar al país.

Para el grupo de migrantes venezolanos y el grupo de colombianos retornados se observa en los resultados de este estudio una diferencia menor entre el porcentaje de atención entre un grupo y el otro, esto debido principalmente a que accedieron por atención de urgencias donde la legislación colombiana establece los lineamientos de atención para la población proveniente de Venezuela donde la atención de urgencias al igual que en los nacionales no establece procesos administrativos que demuestran una afiliación al sistema (34). Aunque no se puede establecer en este estudio, la información obtenida y los avances en políticas públicas en el país actualmente en este aspecto del acceso a los servicios para población migrante, permite suponer que las atenciones por esta vía están solucionando problemas o eventos en salud no propiamente clasificados como una urgencia o compromiso vital dada las características sociodemográficas del grupo de venezolanos; demostrando que el servicio de urgencias es el medio disponible del sistema de salud colombiano por medio del cual pueden acceder a la atención en salud al no contar con un estado de residencia regular que le permita la inscripción a los administradoras de planes de beneficio.

Estas vías de atención a través de los servicios de urgencias han sido descritos en países de alta recepción migrante como Dinamarca donde en un estudio realizado en el hospital de Copenhague al preguntar directamente a las personas la razón por la que acudían a los servicios urgencias se encontró que los que respondían que no habían podido acceder previamente a los servicios de atención primaria el 78% eran migrantes y tan solo el 22% eran daneses (35).

Actualmente, se estima que de los 32 millones de venezolanos que viven en ese país, 1,5 millones se han exiliado desde el año 1999 con el cambio de gobierno (36). La relación histórica transfronteriza de personas y mercancías entre Colombia y Venezuela ha sido permanente, sin embargo el aumento en el número de venezolanos en diversas ciudades del país ha generado dentro de algunos sectores de la población colombiana sensaciones de inseguridad y aumento de competencia laboral en el sector informal (37). La migración dentro de Colombia por población venezolana se ha descrito como temporal en algunas ocasiones en donde ingresan para trabajar y comprar productos no disponibles en Venezuela, otros eligen permanecer dentro de Colombia y otros son Colombianos en retorno que habían migrado tiempo atrás (38). Es importante tener presente que los migrantes son grupos heterogéneos, con diversos modos de vida y necesidades, y que las condiciones aquí documentadas de Villa Caracas no relejan las de todos los migrantes venezolanos en Colombia.

Este ingreso y movilidad poblacional repentina para Colombia debe generar la priorización de nuevos temas en la agenda pública como son los desafíos que suponen un proceso migratorio mediante el cual no debe perderse la perspectiva de garantía de los derechos humanos para una población con un alto grado de vulnerabilidad (39).

Teniendo en cuenta esta nueva dinámica migratoria para Colombia como país receptor es importante se comience analizar y discutir en los distintos escenarios acerca del desarrollo de políticas públicas que garanticen la atención en salud para los migrantes venezolanos como es el acceso a la atención primaria incluida la participación en las actividades de promoción y prevención u otras estrategias para atención grupos específicos como niños y mujeres en embarazo que eviten y disminuyan efectivamente la aparición de eventos en salud que se conviertan en mayores costes e impactos no solo para el sistema de salud colombiano sino también que eviten el deterioro del estado de salud del migrante, ampliamente descrito en la literatura.

Finalmente, los movimientos migratorios internos y ahora internacionales se siguen presentado en Colombia, como fenómenos imprevistos secundarios a diversas causas que tienen efecto en los modos y decisiones de vida, de poblaciones que aumenta su vulnerabilidad por las condiciones de asentamiento en barrios marginales de las ciudades, estudiarlos y entenderlos en su dinámica debería convertirse en una prioridad en Salud Pública ♦

REFERENCIAS

1. Unidad Nacional para la gestión del riesgo de desastres. Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos-RAMV. Colombia; 2018.
2. Miguélez F, Pérez Amorós F, Recio A. Spain: large-scale regularisation and its impact on labour market and social policy. *Transfer*. 2008; 14(4):589-606.
3. Martín Artiles A, López-Roldán P, Molina O. Movilidad ascendente de la inmigración en España: ¿asimilación o segmentación ocupacional? *Papers*. 2011; 96(4):1311-38.
4. Moreno Fuentes F, Bruquetas Callejo M. Inmigración y Estado de bienestar en España. Obra social "la Caixa" ed. Area de Becas UyES, editor. Barcelona: Colección Estudios Sociales Num.31; 2011.
5. ONU HABITAT. Primer reporte del estado de las ciudades de Colombia. 2015.
6. Yaffe L. Conflicto armado en Colombia: análisis de las causas económicas, sociales e institucionales de la oposición violenta. (Online).; 2011 (cited 2018 09 16. Available from: <https://goo.gl/6aBjGX>.
7. Fernández-Niño J, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, Flórez-García V, Acosta-Reyes J, Solano A, et al. Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas-Barranquilla. *Reporte de caso en salud púb.*; 2018. 50(3):269-276.
8. FAO. Escala de FIES. (Online).; 2018 (cited 05 10 2018. Available from: <https://goo.gl/5bn6FD>.
9. CESD-R. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised. (Online).; 2018 (cited 2018 10 05. Available from: <http://cesd-r.com/>.
10. Castles S, Miller MJ. La era de la migración: Movimientos internacionales de población en el mundo moderno México: Colección América Latina y el Nuevo Orden Mundial; 2004.
11. Kritz MM, Lim LL, Zlotnik H. International Migration Systems: A global Approach. *International studies in demography*. Oxford: Clarendon Press; 1992.
12. Fawcett JT. Networks, linkages, and migration systems. *International Migration Review*. 1989; 23:671-680.
13. Massey D, Arango J, Graeme H, Kouaouci A, Pellegrino A, Taylor E. Theories of international migration: a review and appraisal. *Population and Development Review*. 1993 Sep; 19(3):431-466.
14. Massey D, Aysa-Lastra M. Social Capital and International Migration from Latin America. *International Journal of Population Research*; 2005.
15. Rivera L. Migración de retorno y experiencias de reinserción en la zona metropolitana de la ciudad de México. *Rev. Interdiscipl. Mobil. Hum.* 2013 jul; (41):55-76.
16. Massey D. *World in motion: International migration at the end of the millennium* Oxford: Oxford University Press; 1998.
17. Gasper D, Sinatti G. Una investigación sobre migración en el marco de la seguridad humana. *Migración y Desarrollo*. 2016; 14(27):19-63.
18. O'Brien K, Leinchenko R. Human security, vulnerability and sustainable adaptation. HDRO occasional paper. 2007;(9):1-47.
19. CIS-TECHO. Datos duros para una realidad muchísimo más dura: Informe Encuesta Nacional de Campamentos Santiago de Chile: Santillana; 2015.
20. Rojas N, Silva C. La migración en Chile: breve reporte y caracterización. Santiago de Chile: Observatorio Iberoamericano sobre movilidad humana, migraciones y desarrollo; 2015.
21. Silveira C, Carneiro N, Sampaio M, Barradas RdC. Condições de vida e acesso a serviços de saúde de imigrantes bolivianos no centro da cidade de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(10):2017-27.
22. Urzúa A, Vega M, Jara A, Trujillo S, Muñoz R, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia Psicológica*. 2015; 33(2):139-156.
23. Santillanes-Allande N. Padeecer la depresión como mujer inmigrante mexicana en la ciudad de Nueva York. *Rev Salud Pública Bogotá*. 2017;19(6):855-60.
24. Rivera B, Casal B, Currais L. Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. *Estudios de Economía Aplicada*. 2013; 31(2): 339-358.
25. House JS, Kessler RC, Herzog AR. Age, socioeconomic status, and health. *The Milbank quarterly*. 1990;68(3):383-411. Epub 1990/01/01.
26. Stephen EH, Foote K, Hendershot GE, Schoenborn CA. Health of the foreign-born population: United States, 1989-90. *Advance data*. 1994(241):1-12. Epub 1994/01/21.
27. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science and Medicine*. 2004; 59: 1613-27.
28. Jasse G, Massey D, Rosenzweig M, Smith J. Immigrant Health: Selectivity and Acculturation. IFS Working Paper, 04/23. London: Institute for Fiscal Studies; 2004.
29. Sorlie PD, Backlund E, Keller J. U.S. Mortality by Economic, Demographic, and Social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health*. 1995; 85: 945-56.
30. Gómez SL, Kelsey JL, Glaser SL, Lee MM, Sidney S. Immigration and acculturation in relation to health and health-related risk factors among specific Asian subgroups in a Health Maintenance Organisation. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(11): 1977-84.
31. Llop-Gironés A, Vargas I, García I, Aller M, Vázquez M. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2014; 88: 715-734.
32. Rodríguez E, González Y, Bacigalupe A, Martín U, Lanborena N. Inmigración y salud: desigualdades entre la población autóctona e inmigrante en el País Vasco. *Gac Sanit*. 2014; 28(4): 274-80.
33. Fuller-Thomson E, Noack A, George U. Health Decline Among Recent Immigrants to Canada: Findings From a Nationally-representative Longitudinal Survey. *Can J Public Health*. 2011; 102(4): 273-80.

34. Ministerio de Salud Colombia. Circular 025/ 2017 Fortalecimiento de acciones en salud pública para responder a la situación de migración de población proveniente de Venezuela. Bogotá; 2017.
35. Norredam M, Mygind A, Nielsen A, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *European Journal of Public Health*. 2007; January; 17(5):497-502.
36. Alvarez J. A New Wave of Venezuelans on the Verge of Destitution Flees to Miami. *The Miami Herald*; 2016 junio 03.
37. Venezolanos y Desempleo en Cúcuta. *Cúcuta 7 Días*; 2017 Mar 31.
38. Evan Ellis R. El colapso de Venezuela y su impacto para la región. *Military Reviews*. 2018; Primer Trimestre: 30-42.
39. Mezzadra S. *Derecho de fuga: Migraciones, ciudadanía y globalización* Madrid: Traficante de Sueños; 2005.