



International journal of interdisciplinary dentistry

ISSN: 2452-5588

ISSN: 2452-5596

Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología  
Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

Gambetta-Tessini, Karla; Muñoz-Sandoval, Cecilia;  
Reyes-Muñoz, Yafza; Ayala-San Martín, Lorena

Percepción de calidad de vida asociada a salud bucal y determinantes sociales en inmigrantes haitianos.

International journal of interdisciplinary dentistry, vol. 16, núm. 3, 2023, pp. 191-196

Sociedad de Periodoncia de Chile Implantología Rehabilitación Odontopediatría Ortodoncia

DOI: <https://doi.org/10.4067/S2452-55882023000300191>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=610076916004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

## TRABAJO INVESTIGACIÓN



# Percepción de calidad de vida asociada a salud bucal y determinantes sociales en inmigrantes Haitianos.

## Oral health-related quality of life and social determinants in Haitian immigrants.

Karla Gambetta-Tessini<sup>1,2\*</sup>, Cecilia Muñoz-Sandoval<sup>1</sup>, Yafza Reyes-Muñoz<sup>2</sup>, Lorena Ayala-San Martín<sup>2</sup>

1. Departamento de Rehabilitación Buco-Maxilofacial. Facultad de Odontología. Universidad de Talca, región del Maule, Chile.

2. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Chile, Sede Talca, región del Maule, Chile.

\* Correspondencia Autor: Karla Gambetta-Tessini | Dirección: Av. Lircay s/n. Universidad de Talca, región del Maule. | E-mail: karlagambetta@gmail.com

Trabajo recibido el 05/10/2022

Trabajo revisado 12/12/2022

Aprobado para su publicación el 21/01/2023

### ORCID

Karla Gambetta-Tessini:  
ORCID: 0000-0003-2064-9619

Cecilia Muñoz-Sandoval:  
ORCID: 0000-0001-7626-2961

Yafza Reyes-Muñoz:  
ORCID: 0000-0002-8083-6099

Lorena Ayala-San Martín:  
ORCID: 0000-0002-6047-0237

### RESUMEN

**Introducción:** El objetivo de este estudio fue identificar la autopercepción de calidad de vida asociada a salud bucal y los determinantes sociales, con la ayuda de un instrumento adaptado culturalmente en inmigrantes haitianos de la ciudad de Talca.

**Materiales y Métodos:** Este estudio tuvo un diseño transversal, incluyendo adaptación cultural (grupos focales) y traducción al créole de encuestas poblacionales chilenas. Se aplicó el instrumento a una muestra por conveniencia de haitianos/as. Se analizaron descriptivamente los datos demográficos, socio-económicos y de calidad de vida asociada con salud bucal (OHIP-7), seguido por un análisis bivariante (chi-cuadrado).

**Resultados:** Participaron un total de 116 personas, mayoría hombres (60.4%) con edades de 19 a 47 años. Un 33% no entiende español. Un 51,7% considera que su salud oral es regular o mala. Factores demográficos no se asociaron a una peor percepción de salud bucal. Calidad de la vivienda, problemas de comunicación y desconocimiento del sistema de salud afectan negativamente la percepción de calidad de vida asociada con salud bucal. **Conclusión:** Los migrantes haitianos, en su mayoría, perciben su salud oral como regular o mala. Sobre todo, en grupos más desprotegidos la salud oral es percibida como deteriorada y parece tener un efecto negativo en su calidad de vida.

### PALABRAS CLAVE

Migrantes; Salud bucal; Calidad de vida; Determinantes sociales.

Int. J. Inter. Dent Vol. 16(3); 191-196, 2023.

### ABSTRACT

**Introduction:** The aim of this study was to explore the oral health-related quality of life and social determinants among Haitian immigrants residing in the city of Talca. A culturally adapted survey instrument was designed and used. **Methods:** The study had a cross-sectional design, including a cultural adaptation (focus groups) and translation to creole of national health surveys. The survey was applied in a convenience sample of Haitian immigrants. Descriptive analyses of demographic, socio-economic and oral health-related quality of life (OHIP-7) were conducted. Bivariate analyses included chi-squared tests. **Results:** A total of 116 respondents answered the survey. The majority were males (60.4%) with ages ranging from 19 to 47 years. 33% of the sample did not comprehend Spanish. Most than half of participants (51.7%) perceived their oral health as fair or poor. Demographic factors did not affect the oral health perception. Housing, language and health system ignorance negatively affected the perception of the oral health-related quality of life. **Conclusion:** The majority of Haitian immigrants perceived their oral health as fair or poor. Among more vulnerable groups, oral health is perceived as deteriorated and with an adverse effect on the quality of life.

### KEY WORDS

Immigrants; Quality of life; Oral health; Social determinants.

Int. J. Inter. Dent Vol. 16(3); 191-196, 2023.

### INTRODUCCIÓN

Chile ha experimentado un gran aumento de población migrante<sup>(1)</sup>. De acuerdo a las cifras entregadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), para diciembre del 2019 se observó un total de 1.492.522 personas extranjeras, siendo en su mayoría provenientes de Venezuela (30,5%), Perú (15,8%), Haití (12,5%), Colombia (10,8%) y Bolivia (8%)<sup>(2)</sup>. Si bien territorios fronterizos como la zona norte del país y Santiago se caracterizan por concentrar la mayor cantidad de extranjeros, hay lugares donde la densidad demográfica migrante ha aumentado

exponencialmente, como es la Región del Maule<sup>(3)</sup>. El proceso de migración es un reconocido determinante de la salud<sup>(4)</sup>. Factores como dificultades de idioma, discriminación, y principalmente desconocimiento/desconfianza del sistema de salud pueden influenciar negativamente la salud de las personas migrantes, sumado a todos los otros factores de riesgo relacionados a la vulnerabilidad.

Tener indicadores de salud y su relación con calidad de vida es relevante para nuestro país. Desde principios del año 2000 en Chile se han planificado y aplicado encuestas poblacionales de diagnóstico en salud que describen la situación social, económica y de salud de la

población del país como la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI). Estas encuestas, se utilizan para diagnosticar a las poblaciones con el fin de planificar, realizar promoción y prevención en salud. Ambas encuestas aportan relevante información epidemiológica que es útil para revisar las tendencias y cambios en la morbilidad de los chilenos y chilenas. Sin embargo, cuentan como criterio de exclusión que los participantes tengan dificultades para entender y comprender el español<sup>(6)</sup>. Esto sugiere que muchas personas migrantes, sobre todo de la comunidad haitiana, no pueden participar e información relevante sobre su salud y condiciones de vida no han sido registradas.

La salud general tiene una estrecha relación con la salud bucal, ya que conlleva a desarrollar actividades diarias como hablar, masticar, saborear sus alimentos y sonreír de manera satisfactoria, sin molestia alguna como el dolor, relacionándose con su entorno social sin problemas<sup>(6)</sup>. Es así como la salud oral influye en la calidad de vida de un individuo y en su bienestar general<sup>(7)</sup>. Sin embargo, el proceso de reconocer una autopercepción de calidad de vida y salud oral en la población migrante en Chile se ve dificultado debido a las barreras idiomáticas. Mientras gran parte de la comunidad migrante comprende el español, existe otro sector con severos problemas de comunicación, como la población haitiana en nuestro país.

Este estudio tuvo como propósito identificar la autopercepción de calidad de vida asociada a salud bucal y los determinantes sociales, con la ayuda de un instrumento adaptado culturalmente en inmigrantes haitianos de la ciudad de Talca.

## MÉTODOS

Este proyecto de diseño observacional de corte transversal contó con recursos y la aprobación del comité de ética de la Universidad Autónoma de Chile (#23-18). Todos los documentos como CI e instrumentos fueron traducidos al créole. La convocatoria de participantes se realizó por conveniencia mediante muestreo bola de nieve dividiendo a los participantes en dos categorías:

**Facilitadoras y facilitadores interculturales:** A través de un proceso de selección, se eligieron 2 participantes de la comunidad haitiana (1 mujer y 1 hombre para tener representatividad de ambos sexos y cuyo trabajo fue remunerado), que comprendían créole y español con el objetivo de trabajar en grupos focales. Fueron capacitados en cuanto al contenido de la encuesta y la información que se pretendía recolectar. y acompañaron a las investigadoras en todo momento a realizar las encuestas.

**Población objetivo:** Fueron invitados a colaborar voluntariamente miembros de la comunidad haitiana de la ciudad de Talca, que participaban en actividades sociales de integración, en programas religiosos y culturales, en ONGs y en la Universidad Autónoma de Chile donde cursaban clases de español.

Se dividieron los métodos del proyecto en dos fases una fase de construcción del instrumento y una fase cuantitativa de piloteo y recolección de información.

### Fase de Construcción del Instrumento

En esta fase se recogieron, analizaron e interpretaron aspectos significativos sobre las condiciones sanitarias de la población haitiana mediante la utilización del instrumento ENCAVI (Encuesta de Calidad de Vida y Salud). Para dicho efecto, se realizaron los siguientes pasos.

**a. Adaptación inicial:** Se analizó la encuesta y eliminaron preguntas que no eran atingentes a la población objetivo, por ejemplo, si pertenecía a una etnia distinta.

**b. Traducción al créole y segunda adaptación:** En grupos focales compuestos por los facilitadores/as en conjunto con los investigadores, se tradujo la encuesta al créole y se realizó la segunda adaptación donde eliminaron y agregaron preguntas que consideraron relevantes y atingentes para la comunidad haitiana y su contexto sociocultural. En esta etapa pretendían profundizar en las condiciones de acceso a la salud y prevención en Chile y en el país de origen de los/as participantes.

**c. Traducción inversa:** La última versión de la encuesta en créole se tradujo al español nuevamente con el fin de corroborar la correspondencia de ideas y dimensiones expresadas en la encuesta original, verificando la calidad y veracidad en la traducción realizada previamente desde el español al créole.

### Fase Cuantitativa

Una vez obtenido el consentimiento informado, se aplicó la encuesta a un grupo pequeño de participantes (11 personas) para su piloto y así

validar la comprensión de la misma, estimar el tiempo invertido en el desarrollo de ésta y evaluar la cantidad de preguntas. Luego se utilizó la versión corregida de la encuesta, la que fue aplicada en formato impreso y confidencial, recolectando esta información en centros públicos, comunitarios y sociales, donde los participantes cursaban clases de español o donde acudían en busca de ayuda.

### Aplicación encuesta

El instrumento se entregó en papel y se aplicó a todas las personas que quisieron participar y que firmaron el consentimiento informado. La encuesta consistió en 9 secciones de diferentes tópicos: la primera sección correspondía a los datos personales y una pregunta sobre la comprensión del español; la segunda sección consultaba sobre datos socioeconómicos (vivienda, barrio, trabajo, ingresos y previsión); la tercera sección abarcaba hábitos y actividad física (comidas, hábito tabáquico, consumo alcohol y actividad física); la cuarta sección correspondía a salud bucal (autopercepción, última atención dental y afecciones orales); la quinta sección eran preguntas relacionadas con la salud mental; la sexta sección correspondía a sexualidad y natalidad; la séptima mencionaba vacunación y enfermedades crónicas; la octava sección hacía relación con la discapacidad; y la última sección correspondía al apoyo social. Además, posterior a las nueve secciones se dejó un espacio para que luego de responder las preguntas, dejaran un comentario en relación a su percepción de la encuesta.

El presente trabajo se enfoca en las secciones sociodemográficas, determinantes sociales, calidad de vida y percepción de salud bucal de la encuesta. En la sección de percepción de salud bucal la encuesta incluye el OHIP-7 que corresponde a un cuestionario con 7 preguntas sobre cómo se sintió el entrevistado en el último año (12 meses) respecto a afecciones orales relacionadas con otros factores como salud general, hábitos, trabajo, entre otros. Cada pregunta contiene 3 opciones de respuesta (nunca, a veces y casi siempre o siempre) implicando que a mayor puntaje representará el mayor efecto de los trastornos bucodentales en la calidad de vida del entrevistado, considerando un puntaje > 7 como mala calidad de vida asociada a salud bucal<sup>(8)</sup>.

**Análisis de datos:** En este estudio se computó un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos, determinantes sociales y salud oral. Para el OHIP-7 se analizó también la consistencia interna. Luego realizamos un análisis bivalente con chi-cuadrado mediante el software SPSS (IBM, NY, USA), donde los datos fueron tabulados de manera cruzada y los valores  $p < 0,05$  fueron considerados significativos.

## RESULTADOS

Participaron 116 personas en la encuesta adaptada, la mayoría de los participantes fueron hombres ( $n=64$ ; 60,4%) que pertenecían al rango de edad desde los 19 a 30 años ( $n=78$ ; 74,3%). El nivel educacional de la mayoría alcanza la educación secundaria ( $n=65$ ; 58,6%) y alrededor de un tercio de los encuestados no comprende el idioma español ( $n=36$ ; 33,0%) (Tabla 1).

En relación a los determinantes sociales, el mayor porcentaje de los sujetos pertenece a FONASA ( $n=91$ ; 78,4%), un porcentaje considerable de participantes vive en una pieza, conventillo o vivienda de emergencia ( $n=50$ ; 43,1%) y casi dos tercios no cuenta con servicios básicos de salud en su barrio ( $n=64$ ; 62,8%). Casi un tercio de los encuestados no tiene contrato de trabajo ( $n=26$ ; 27,1%) y el ingreso de más de un tercio de ellos es menor a \$200.000 ( $n=28$ ; 36,4%), considerando que el ingreso máximo dentro de los participantes es de \$400.000 (Tabla 2).

En relación a salud bucal, casi la mitad de los encuestados considera que ésta es regular o mala ( $n=60$ ; 51,7%) y más de un tercio reporta que esta condición afecta su calidad de vida algunas veces ( $n=23$ ; 24,2%) o casi siempre o siempre ( $n=12$ ; 12,6%). Alrededor de un tercio de los participantes no ha acudido al dentista en más de un año ( $n=29$ ; 32,6%) y un 14,6% nunca lo ha visitado. El dolor fue el motivo principal de su visita al dentista de más de la mitad de los entrevistados ( $n=41$ ; 56,2%) (Tabla 3).

Una sección importante de este trabajo es el OHIP-7 (Oral Health Quality of Life), donde la calidad de vida en relación a salud oral depende de si el índice tiene como resultado un valor mayor o menor a 7. El Cronbach Alpha para esta escala fue de 0,84. Dentro de los encuestados adultos jóvenes (19 a 26 años), un 68% ( $n=17$ ) presenta un OHIP mayor a 7 y de los participantes que sí comprenden el idioma español, este porcentaje corresponde al 57,9% ( $n=33$ ) (Tabla 4).

En cuanto a determinantes sociales, un 66,7% ( $n=34$ ) de los participantes que viven en casa o departamento tiene un OHIP mayor a 7, a diferencia de los que viven en pieza, conventillo o vivienda de emergencia, donde solo un 30% ( $n=9$ ) tiene un OHIP mayor a 7. De los encuestados que tiene previsión de salud pública, del Fondo Nacional

de Salud (FONASA) -la mayoría de los participantes-, un 58,3% (n=42) presenta un OHIP mayor a 7. Dentro de los encuestados que se encuentran satisfechos con la atención entregada en su centro de salud, un 74,2% (n=23) tiene un OHIP mayor a 7 y de los que se encuentran insatisfechos, este porcentaje sólo alcanza un 26,7% (n=4) (Tabla 5).

**Tabla 1:** Distribución de Variables Sociodemográficas de los participantes.

| Variables demográficas |                             | N   | %    |
|------------------------|-----------------------------|-----|------|
| Edad                   | Adulto Joven (19 a 26 años) | 27  | 25,7 |
|                        | Adulto (>27 años)           | 78  | 74,3 |
| Género                 | Hombre                      | 64  | 60,4 |
|                        | Mujer                       | 42  | 39,6 |
| Nivel educacional      | Primaria                    | 20  | 18   |
|                        | Secundaria                  | 65  | 58,6 |
|                        | Técnica                     | 14  | 12,6 |
|                        | Universitaria               | 12  | 10,8 |
| Idioma                 | Créole                      | 10  | 8,6  |
|                        | Más de un idioma            | 106 | 91,4 |
| Comprensión Español    | Sí                          | 73  | 67   |
|                        | No                          | 36  | 33   |
| TOTAL                  |                             | 116 | 100  |

Nota: Puede que las cifras no redondeen el total, debido a la presencia de respuestas perdidas.

## DISCUSION

La migración en sí es un importante determinante social de la salud, la población haitiana está expuesta a una serie de factores que exacerban el riesgo, limitan su acceso equitativo a la atención, y deterioran su calidad de vida general y asociada a salud bucal.

Dentro de los resultados obtenidos se observa que la mayoría de los participantes son hombres (n=64; 60,4%), lo que llama la atención debido a que generalmente en las encuestas existe una mayor representatividad femenina, sin embargo, en este estudio ocurre lo contrario, siendo la explicación más probable que culturalmente las mujeres haitianas deben solicitar permiso a su marido, hermano u hombre responsable para participar, ya que como se describe en el texto de Avaria *et al.* "existe una masculinidad dominante que representa a las mujeres haitianas como dependientes, víctimas del machismo y bajo el control de los hombres haitianos por lo tanto, hay mujeres que deciden excluirse de estas instancias"<sup>(9)</sup>. Por otro lado, los resultados arrojaron que un tercio de la población migrante no comprende el español (n=36; 33%), un aspecto importante de destacar considerando que el idioma se convierte en una gran barrera para los migrantes haitianos, condición que provoca deficiencias en la comunicación entre ellos y el personal sanitario y causa dificultades en su atención de salud, debido a que aumenta el riesgo de malas prácticas en el sistema y mayores riesgos para la salud de estas personas<sup>(10)</sup>.

De los determinantes sociales explorados, la mayoría de los participantes pertenecen a FONASA (n=91; 78,4%), junto a un número considerable que no sabe en qué sistema previsional se encuentra (n=23; 19,8%). Esto se relaciona con que existe desconocimiento del sistema

**Tabla 2:** Distribución de Determinantes Sociales en los participantes.

| Determinantes sociales                                  |                                            | N   | %    |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----|------|
| Vivienda                                                | Casa o Departamento                        | 66  | 56,9 |
|                                                         | Pieza, Conventillo o Vivienda Emergencia   | 50  | 43,1 |
| Estructura de vivienda                                  | Hormigón                                   | 66  | 59,5 |
|                                                         | Tabique                                    | 16  | 14,4 |
|                                                         | Material precario                          | 26  | 23,4 |
|                                                         | Otro                                       | 3   | 2,7  |
| Ausencia servicios básicos de salud en su barrio        | Sí                                         | 32  | 37,2 |
|                                                         | No                                         | 54  | 62,8 |
| Situación laboral en los últimos 6 meses                | Trabajando por ingreso                     | 51  | 50   |
|                                                         | Buscando trabajo, habiendo trabajado antes | 32  | 31,4 |
|                                                         | En quehaceres de su hogar                  | 14  | 13,7 |
|                                                         | Estudiando u Otro                          | 5   | 4,9  |
| Contrato de trabajo escrito                             | Sí                                         | 70  | 72,9 |
|                                                         | No                                         | 26  | 27,1 |
| Ingreso mensual                                         | 0 - CL\$100,000                            | 10  | 13   |
|                                                         | CL\$101,000 - CL\$200,000                  | 18  | 23,4 |
|                                                         | CL\$201,000 - CL\$400,000                  | 49  | 63,6 |
| Sistema previsional de salud                            | FONASA                                     | 91  | 78,4 |
|                                                         | ISAPRE                                     | 2   | 1,7  |
|                                                         | Ninguno o No sabe                          | 23  | 19,8 |
| Dificultad para comunicarse debido a su estado de salud | Ninguna dificultad                         | 61  | 87,1 |
|                                                         | Con dificultad                             | 8   | 11,4 |
|                                                         | Dificultad extrema                         | 1   | 1,4  |
| Atención entregada por Centro de Salud                  | Satisfecho                                 | 36  | 40   |
|                                                         | Ni satisfecho ni insatisfecho              | 26  | 28,9 |
|                                                         | Insatisfecho                               | 22  | 24,4 |
|                                                         | No he ido nunca                            | 6   | 6,7  |
| TOTAL                                                   |                                            | 116 | 100  |

Nota: Puede que las cifras no redondeen el total, debido a la presencia de respuestas perdidas.

de salud oficial del país, barreras físicas y financieras para acceder a la atención médica y barreras culturales<sup>(11)</sup>. Además, si bien la mayoría pertenece al nivel primario de salud, muchos reportan gran frustración por el costo y la lentitud de la atención; junto a eso sostienen que el sistema no es bueno y que es altamente discriminatorio<sup>(4)</sup>.

Destacamos dentro de los resultados un porcentaje no menor de participantes que viven en pieza, conventillo o vivienda de emergencia (n=50, 43,1%), lo que se encuentra dentro de los aspectos negativos que declaran los migrantes haitianos. Esto es corroborado en Cabieses *et al.*, quien manifiesta que los migrantes "refieren malas condiciones de vivienda en general, lugares incómodos, pequeños y variados grados

**Tabla 3:** Distribución de la Percepción de Salud Bucal en los participantes.

| Total          | En general, usted diría que su salud bucal es: |                | ¿Usted cree que el estado de sus dientes y encías afecta su calidad de vida? |               | ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? |                       |                        |              |                      | En los últimos 6 meses, ¿tuvo atención dental? |           | Motivo principal de la última visita al dentista |                                   |                              |         |
|----------------|------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------|----------------------|------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------|
|                | Buena                                          | Regular o Mala | Nunca                                                                        | Algunas veces | Casi siempre o siempre                            | Hace menos de 6 meses | Entre 6 meses y un año | Más de 1 año | Nunca lo he visitado | Sí                                             | No        | Dolor o molestias                                | Tratamiento/continuar tratamiento | Revisión o control de rutina | Otro    |
| N(%) 116 (100) | 56 (48,3)                                      | 60 (51,7)      | 60 (63,2)                                                                    | 23 (24,2)     | 12 (12,6)                                         | 34 (38,2)             | 13 (14,6)              | 29 (32,6)    | 13 (14,6)            | 36 (42,4)                                      | 49 (57,6) | 41 (56,2)                                        | 8 (11,0)                          | 17 (23,3)                    | 7 (9,6) |

Nota: Puede que las cifras no redondeen el total, debido a la presencia de respuestas perdidas.

**Tabla 4:** Distribución del OHIP-7 en relación con variables demográficas en los participantes.

| Variables demográficas    |                             | Oral Health Quality of Life - OHIP - 7 |                   | Valor p |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-------------------|---------|
|                           |                             | Buena (< 7)                            | Mala (> 7)        |         |
|                           |                             | N (%) = 43 (53,1)                      | N (%) = 38 (46,9) |         |
| Sexo                      | Masculino                   | 21 (53,8)                              | 18 (46,2)         | 0,696   |
|                           | Femenino                    | 21 (58,3)                              | 15 (41,7)         |         |
| Edad                      | Adulto Joven (19 a 26 años) | 17 (68,0)                              | 8 (32,0)          | 0,085   |
|                           | Adulto (>27 años)           | 24 (47,1)                              | 27 (52,9)         |         |
| Nivel educacional         | Primaria                    | 6 (54,5)                               | 5 (45,5)          | 0,794   |
|                           | Secundaria                  | 27 (56,3)                              | 21 (43,8)         |         |
|                           | Técnica                     | 6 (60,0)                               | 4 (40,0)          |         |
|                           | Universitaria               | 4 (40,0)                               | 6 (60,0)          |         |
| Idioma (además de Créole) | Créole                      | 5 (71,4)                               | 2 (28,6)          | 0,309   |
|                           | Más de un idioma            | 38 (51,4)                              | 36 (48,6)         |         |
| Comprensión Español       | Si                          | 33 (57,9)                              | 24 (42,1)         | 0,320   |
|                           | No                          | 10 (45,5)                              | 12 (54,5)         |         |

Nota: Puede que las cifras no redondeen el total, debido a la presencia de respuestas perdidas.

de hacinamiento<sup>(4)</sup>. Además, los equipos de salud identifican problemas sanitarios que se vinculan a estas malas condiciones de vida de la población migrante<sup>(4)</sup>.

Además, se reportó que más de un tercio de los participantes posee un ingreso mensual menor a \$200.000 (200 dólares aprox) y no cuenta con contrato de trabajo. Estas variables, asociadas a un nivel socioeconómico bajo, se describen en el texto de Ramirez-Santana *et al.*, mencionando que en los países receptores no siempre se puede obtener las expectativas de trabajo, sumado a la falta de previsión, sueldos bajos, trabajos informales, entre otros<sup>(12)</sup>. En la Región de Maule, se destacan los trabajos temporales en la agricultura o en el ámbito de la construcción, ya que la población haitiana presenta un nivel educacional bajo y en esta zona encuentran mejores oportunidades a pesar que sus ingresos son muy bajos. No obstante este déficit económico impide que las personas migrantes perciban el acceso a educación, salud, trabajo seguro y condiciones de vida como algo relevante.

Al abordar la salud oral, un 48,3% de los encuestados considera su salud bucal como buena y para la mayoría de ellos el estado de sus dientes no afectan su calidad de vida. Esto es sin duda un aspecto que resalta dentro de los migrantes haitianos y migrantes en general, que se apoya en la teoría del inmigrante sano, siendo los resultados de la población chilena según ENCAVI 2016 muy parecidos a los resultados que obtuvimos en este trabajo para los inmigrantes haitianos (entre el 40-50% de los chilenos considera que su salud bucal es buena - datos no tabulados). Todo esto se logra explicar si ahondamos en las prioridades de vida de estas personas, que como mencionamos anteriormente, son principalmente sobrevivir en un país extranjero que impone múltiples barreras económicas, sociales y culturales a la población extranjera. Por lo tanto, los migrantes al comenzar su nueva vida, tienen como principal preocupación sus necesidades psicosociales básicas, y como resultado, pueden ver su salud bucal como baja prioridad<sup>(13)</sup>. Sin embargo, la presencia de problemas orales causa dolor e imposibilidad de realizar tareas habituales. Además, alteran su apariencia física e interfieren en sus relaciones interpersonales, afectando así su salud y a su entorno más cercano<sup>(7)</sup>.

En relación al OHIP-7, si bien los adultos jóvenes son los que mayoritariamente expresan una mejor calidad de vida en relación a su salud oral, es importante mencionar que esto suele atenuarse con el pasar de los años debido al aumento de dificultades, cambios de hábitos de vida y la acumulación de duras condiciones de vida y trabajo, pobreza y discriminación<sup>(14)</sup>. En cuanto a los participantes que sí comprenden el idioma español, los resultados mostraron que la mayoría de ellos presenta un OHIP mayor a 7, debido a que resulta más fácil que para aquellos que no hablan el idioma español, acceder al sistema de salud<sup>(15)</sup>

con el fin de mejorar su condición de salud oral.

Dado que los determinantes sociales son un factor que incide en múltiples ámbitos en la vida de un migrante, en este trabajo relacionamos su influencia en el OHIP-7, dando como resultado, por ejemplo, que un 66,7% de los participantes que vive en casa, con una mejor condición habitacional, presenta un OHIP mayor a 7. En concordancia con esto, se describe que el hacinamiento es uno de los puntos más críticos en cuanto a calidad de vida y es mayor en población migrante que en población chilena<sup>(16)</sup>, por lo que es esperable una mejor percepción de calidad de vida en relación a salud oral de aquellos con mejores condiciones de vivienda. En cuanto a la atención entregada en el centro de salud, de los encuestados que se encuentran satisfechos con esta atención, un 74,2% presenta un OHIP mayor a 7. Davide Malmusi *et al.*<sup>(17)</sup> afirman que el estado de salud autopercebido es un factor predictivo de la demanda de servicios básicos de salud, de esto inferimos que un mayor uso de estos podría relacionarse con mejoras en cuanto a estado de salud y salud oral y en consecuencia, a la calidad de vida.

El OHIP constituye una ayuda importante en la comprensión de las necesidades de salud oral y en el desarrollo de estrategias para el control y la reducción de las patologías orales, así como también para la promoción de la salud oral<sup>(18)</sup>. Los inmigrantes haitianos entrevistados muestran una buena percepción de su calidad de vida en relación a la salud oral, siendo el dolor uno de los principales motivos de visitas al odontólogo, destacando que a mayor edad los problemas de salud oral son más prevalentes, lo que coincide con varios estudios que refieren que a medida que aumenta la edad la percepción es más negativa<sup>(19,20)</sup>. Es notorio que, al comparar estos resultados con los nacionales el OHIP-7 indica que los migrantes están menos afectados en su calidad de vida asociada a salud bucal que los chilenos (16% vs 40%). Probablemente esto está relacionado con las necesidades y prioridades que tiene la comunidad al estar recientemente estableciéndose en el país. Interesante para el futuro será evaluar la aculturización de dicha población, a medida que pasa el tiempo y los cambios que se presenten en las siguientes generaciones.

La construcción de un marco de estrategias implica el reconocimiento de la salud bucal como un derecho fundamental, y la necesidad de una agenda política que permita la generación de estrategias en todos los sectores de la sociedad, que se traduzca en mejores condiciones de salud bucal para la población, sin distinción de nacionalidad o país de origen. El enfoque intercultural, que en su gran mayoría se refiere o está enfocado a personas indígenas, podría ser extrapolable a inmigrantes extranjeros, sin embargo, esto no está especificado concretamente en los manuales publicados por el Ministerio de Salud chileno, y será hasta el año 2017, cuando se aprobó la Política de Salud e Inmigrantes Internacionales, que se comienzan a realizar esfuerzos más específicos por incorporar a las comunidades inmigrantes, dentro del enfoque intercultural. Esto y dado que, desde la 61ª Asamblea Mundial de la Salud en 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado diferentes llamados orientados al fomento del acceso equitativo de salud de la población migrante, sin discriminación por motivos de género, religión, nacionalidad o etnia. En esta línea, y como una forma de mejorar el acceso libre e igualitario al sistema de salud público de la población inmigrante que reside en Chile, podemos mencionar una estrategia innovadora de bienvenida al sistema de salud chileno para atención primaria (APS) denominada "Programa de Atención Inicial a Migrantes". Esta iniciativa basada en ciencia realiza una evaluación inicial y detección de necesidades, derivación a distintas áreas según necesidad y entrega de información<sup>(21)</sup>. Sirviendo como un modelo a replicar para salud bucal y general en cada centro de salud primario a lo largo de Chile, considerando la realidad observada en este presente estudio, donde un porcentaje mayoritario de los participantes se atiende en sistema público de salud, puntualmente en los centros de salud primaria, manifestando de esta experiencia frustración, lentitud y prácticas discriminatorias.

Entender un poco más como son los hábitos de las personas migrantes es fundamental para poder direccionar campañas preventivas, puesto que, probablemente, tienen otras creencias, cosmovisiones y comportamientos en relación a salud oral. El presente estudio, a pesar de su metodología para construcción del instrumento y la consistencia interna (0,84) del instrumento principal, carece del examen clínico que es vital para hacer diagnóstico en salud de una comunidad. Futuras investigaciones pueden ampliar la información relativa a conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal, y pueden incluir examen bucodental para determinar la carga de las enfermedades bucales en esta población.

## CONCLUSIÓN

Se pudo concretar un diagnóstico en salud bucal, en una población

excluida de los análisis nacionales, gracias a la confección de un instrumento adaptado culturalmente. Se concluye que los migrantes haitianos, en su mayoría, perciben su salud oral como regular o mala, sin embargo ésta parece no afectar significativamente su calidad de vida. Sin embargo, en grupos más desprotegidos en relación con vivienda y aquellos que tienen barreras de comunicación, la salud oral es percibida como deteriorada y parece tener un efecto negativo en su calidad de vida. Relevante es generar estrategias para abordar a estos grupos más vulnerables, enfocadas en políticas interculturales y que mejoren el acceso a la salud buco-dental.

#### RELEVANCIA CLÍNICA

Tener un instrumento adaptado culturalmente para la población

haitiana para medir su percepción de calidad de vida asociada a salud bucal y permitir un diagnóstico comunitario certero de esta población que pudiese estar siendo excluida de los diagnósticos nacionales por dificultades en la comunicación.

#### DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

#### APROBACIONES ÉTICAS

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Talca.

**Tabla 5:** Distribución del OHIP-7 en relación con Determinantes Sociales en los participantes,

| Determinantes sociales                                   |                                          | Oral Health Quality of Life - OHIP - 7 |                   | Valor p |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------|---------|
|                                                          |                                          | Buena (< 7)                            | Mala (> 7)        |         |
|                                                          |                                          | N (%) = 43 (53,1)                      | N (%) = 38 (46,9) |         |
| Vivienda*                                                | Casa o Departamento                      | 34 (66,7)                              | 17 (33,3)         | 0,001   |
|                                                          | Pieza, Conventillo o Vivienda Emergencia | 9 (30,0)                               | 21 (70,0)         |         |
| Tipo de vivienda                                         | Hormigón                                 | 32 (64,0)                              | 18 (36,0)         | 0,072   |
|                                                          | Tabique                                  | 3 (33,3)                               | 6 (66,7)          |         |
|                                                          | Material precario                        | 8 (42,1)                               | 11 (57,9)         |         |
|                                                          | Otro                                     | 0 (0,0)                                | 2 (100,0)         |         |
| Ausencia servicios básicos de Salud                      | Si                                       | 11 (50,0)                              | 11 (50,0)         | 0,420   |
|                                                          | No                                       | 26 (60,5)                              | 17 (39,5)         |         |
| Situación en los últimos 6 meses                         | Trabajando por ingreso                   | 22 (57,9)                              | 16 (42,1)         | 0,377   |
|                                                          | Buscando trabajo                         | 9 (45,0)                               | 11 (55,0)         |         |
|                                                          | En quehaceres del hogar                  | 6 (50,0)                               | 6 (50,0)          |         |
|                                                          | Estudiando u Otra                        | 0 (0,0)                                | 2 (100,0)         |         |
| Contrato escrito en trabajo principal                    | Si                                       | 27 (52,9)                              | 24 (47,1)         | 0,401   |
|                                                          | No                                       | 7 (41,2)                               | 10 (58,8)         |         |
| Ingreso Mensual                                          | 0 - CL\$100,000                          | 4 (50,0)                               | 4 (50,0)          | 0,678   |
|                                                          | CL\$101,000 - CL\$200,000                | 4 (36,4)                               | 7 (63,6)          |         |
|                                                          | CL\$201,000 – CL\$400,000                | 20 (51,3)                              | 19 (48,7)         |         |
| Sistema Previsional*                                     | FONASA                                   | 42 (58,3)                              | 30 (41,7)         | 0,027   |
|                                                          | ISAPRE                                   | 0 (0,0)                                | 1 (100,0)         |         |
|                                                          | Ninguno o No sabe                        | 1 (12,5)                               | 7 (87,5)          |         |
| Dificultad para comunicarse debido a su estado de salud* | Ninguna dificultad                       | 28 (54,9)                              | 23 (45,1)         | 0,014   |
|                                                          | Con dificultad                           | 0 (0,0)                                | 7 (100,0)         |         |
|                                                          | Dificultad extrema                       | 1 (100,0)                              | 0 (0,0)           |         |
| Atención entregada por Centro de Salud*                  | Satisfecho                               | 23 (74,2)                              | 8 (25,8)          | 0,016   |
|                                                          | Ni satisfecho ni insatisfecho            | 11 (50,0)                              | 11 (50,0)         |         |
|                                                          | Insatisfecho                             | 4 (26,7)                               | 11 (73,3)         |         |
|                                                          | No he ido nunca                          | 1 (33,3)                               | 2 (66,7)          |         |

Nota: Puede que las cifras no redondeen el total, debido a la presencia de respuestas perdidas, \*Diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a Chi-cuadrado.

## Bibliografía

1. Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes. MINSAL, FONASA y Superintendencia de Salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales 2014. Acceso 30/08/2022. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2020. Acceso 30/08/2022. Disponible en: [https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=5bdc44de\\_4#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20extranjera%20residente%20en,de%201.450.333%20personas%20extranjeras](https://www.ine.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2020-s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=5bdc44de_4#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20extranjera%20residente%20en,de%201.450.333%20personas%20extranjeras)
3. Micheletti S. Inmigración en la ciudad intermedia agraria: el caso de Talca – Chile. Rumbos TS. 2016;14:11-28.
4. Cabieses B, Bernaldes M, McIntyre AM. International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies. Santiago, Chile: Programa de Estudios Sociales en Salud, Fac. de Medicina. Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo. 2017. ISBN versión digital : 978-956-374-001-1
5. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuestas Poblacionales. Acceso 30/08/2022. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/encuestas-poblacionales/>.
6. Renzaho AM, Romios P, Crock C, Sønderlund AL. The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care—a systematic review of the literature. Int J Qual Health Care. 2013;25(3):261-9. doi: 10.1093/intqhc/mzt006.
7. Rivera-Ramos ES. La importancia del OHIP (Oral Health Impact Profile) en la Odontología. Odontol Sanmarquina. 2020;23(1):35-42. <http://dx.doi.org/10.15381/os.v23i1.17505>
8. Espinoza Sánchez F, León Araya S. Validación del instrumento acotado OHIP-7Sp en adultos mayores chilenos. Universidad de Talca, 2012.
9. Avaria A, Cabieses B, Obach A. editoras. Salud y migraciones: relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy. Santiago : RIL editores. Universidad Autónoma de Chile, 2021. ISBN: 978-956-01-0841-8
10. González J. La salud en la población inmigrante: La política como determinante social de la salud. Universidad de Cantabria; 2013. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3937/GonzalezGonzalezJ.pdf?sequence=1>
11. Cabieses B, Sepúlveda C, Obach A. Prevention of vertical transmission of HIV in international migrant women: Current scenario and challenges. Rev Chil Pediatr. 2020;91(5):672-83. <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1784>.
12. Ramírez-Santana M, Rivera J, Bernaldes M, Cabieses B. Vulnerabilidad social y necesidades de salud de población inmigrante en el norte de Chile. Migr Inter. 2019, vol.10 Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-89062019000100001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062019000100001&lng=es&nrm=iso) <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i36.2005>.
13. Singh HK, Scott TE, Henshaw MM, Cote SE, Grodin MA, Piwowarczyk LA. Oral health status of refugee torture survivors seeking care in the United States. Am J Public Health. 2008;98(12):2181-2. doi: 10.2105/AJPH.2007.120063.
14. Uretsky MC, Mathiesen SG. The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations. J Immigr Minor Health. 2007;9(2):125-36. doi: 10.1007/s10903-006-9017-7.
15. Velasco C, Vinasco AM, Trilla A. Percepciones de un grupo de inmigrantes sobre el Sistema Nacional de Salud y sus servicios. Atención Primaria. 2016;48(3):149-58. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.015>.
16. Razmilic S. Inmigración, vivienda y territorio. In: Aninat I VR, editor. Inmigración en Chile: una mirada multidimensional Primera Edición. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica; 2019. p. 101-48.
17. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. Soc Sci Med. 2010;71(9):1610-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.07.043.
18. Gabardo MC, Moysés ST, Moysés SJ. Self-rating of oral health according to the Oral Health Impact Profile and associated factors: a systematic review. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(6):439-45. Portuguese.
19. Bianco VC, Lopes ES, Borgato MH, Moura e Silva P, Marta SN. The impact on life quality due to oral conditions in people fifty years or above. Cien Saude Colet. 2010;15(4):2165-72. Portuguese. doi: 10.1590/s1413-81232010000400030.
20. Jain M, Kaira LS, Sikka G, Singh S, Gupta A, Sharma R, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two state samples of gujarat and rajasthan. J Dent (Tehran). 2012;9(2):135-44 PMID: 23066478.
21. Chepo M, Astorga-Pinto S, Cabieses B. Initial care for migrants in Chile: status of a primary health care initiative after one year of implementation. Rev Panam Salud Publica. 2019 Sep 6;43:e71. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2019.71.