

Migración y Discriminación: Situación de salud materna y perinatal de inmigrantes en Chile

Migration and Discrimination: Situation of maternal and perinatal health of immigrants in Chile

Jovita Ortiz¹⁻²
Jael Quiroz¹
Marcela Díaz¹
Lorena Binfa¹⁻²
Marcela Araya¹

RESUMEN

La migración es un fenómeno mundial en constante aumento. Si bien este fenómeno puede tener distintas motivaciones, la asociación con determinantes sociales como pobreza y género, puede generar condiciones de discriminación que aumentan la vulnerabilidad del proceso por sí mismo. En cuanto a la salud de la población inmigrante en general y en este caso en lo que respecta a salud materna y perinatal, se han reportado resultados controversiales en la literatura mundial, siendo relevado el fenómeno de “inmigrante sano” en aquellos países con características inmigratorias similares a las chilenas. En Chile, por su parte, estudios incipientes han develado también la presencia de dicho fenómeno en el contexto materno y perinatal. Sin embargo, si bien los tratados internacionales dan cuenta de que la salud es un derecho por sí mismo, la problemática de acceso y la potencial discriminación a la cual se podrían ver enfrentadas, puede llegar a afectar el potencial de vida sana de las mujeres inmigrantes, así como el de las futuras generaciones. Se hace necesario entonces, generar estrategias orientadas a evitar la discriminación y fomentar el acceso y la satisfacción respecto a la atención en salud materna y perinatal.

Palabras clave: *Migración, Salud Materna, Discriminación Social*

La migración es un fenómeno en aumento a nivel mundial, el cual, si bien puede generarse por procesos forzados y necesidad de refugio, en su mayoría se produce en forma voluntaria y permanente, impulsada por diversos motivos, entre ellos, la búsqueda de mejores condiciones de vida y mejores oportunidades laborales, generando diferentes aportes en el país receptor, como mano de obra y mejora en índices de vejez y fecundidad entre otros. Adicionalmente, produce el eventual retorno de sujetos con mayores niveles de desarrollo para el país de origen (Demoscópica, 2009).

La migración internacional por sí misma, influye en la internalización de la economía, formación de redes económicas, sociales y étnicas complejas (Ducci, 2010), lo que a su vez puede incidir en el desarrollo de una sociedad, movilizandando capital entre diferentes mercados y generando un aumento de las diferencias económicas entre países de distintos niveles de desarrollo humano (Organización Internacional para las migraciones 2013, Stefoni 2013). Si bien, la principal motivación de migración es la mejora de la calidad de vida; dependiendo de las políticas migratorias y la visión cultural de los países receptores, gran parte de los inmigrantes se van incorporando a las clases medias y bajas de dichos países, con alto grado de exclusión social, entrecruzando factores físicos, económicos, políticos, sociales y de salud en una dinámica de alta vulnerabilidad (Margarit, 2014). Esto transforma la condición de migración en un determinante social

Recibido el 6 de agosto de 2017. Aceptado en enero de 2019.

1 Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y del Recién Nacido. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Correspondencia a: jortizc@med.uchile.cl

2 Grupo de Trabajo Migración y Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Chile

que contribuye a la explicación de inequidades entre los distintos grupos de población (Cabieses, 2014). Por su parte, la demanda de bienes y servicios en el ámbito de la salud, implican un gran desafío para los países receptores, así como para los inmigrantes por sí mismos, debido a la baja disponibilidad de información y dificultad de acceso a los sistemas de salud a la cual se enfrentan, lo cual suma riesgos psicológicos y biológicos a las inequidades sociales y condiciones propias de la movilización (2015).

El Continente Americano, presenta un flujo importante de migraciones. Hacia el norte: Estados Unidos y Canadá, y hacia el sur: Chile y Argentina. Según la Organización Internacional para las Migraciones, en Chile, “la fortaleza económica y el deterioro de la situación en otros países latinoamericanos, ha hecho del país una alternativa atractiva para los migrantes regionales” (OIM, 2013). Según datos del último censo poblacional del año 2017 en Chile, los inmigrantes representan un 4,35% de la población nacional, con una concentración prevalente de población peruana, colombiana y venezolana y adicionalmente con un sostenido aumento de grupos humanos provenientes de América central y el Caribe, principalmente de Haití (INE, 2018).

Considerando un enfoque de género y determinantes sociales, es relevante señalar que actualmente en Chile más de la mitad de la población inmigrante corresponde a mujeres (INE, 2018). Encontrándose en su mayoría en edad reproductiva y ejerciendo empleos principalmente de servicios domésticos, tanto formales como informales, que las hacen aún más vulnerables en cuanto a su situación social y de salud, principalmente en salud reproductiva (INDH, 2011; OEGS, 2013).

En respuesta a lo anterior, se han generado en Chile acciones e iniciativas para facilitar la incorporación de beneficios de atención en salud reproductiva para el colectivo inmigrante, todas ellas tendientes a asegurar sus derechos en salud. Entre estos derechos, se encuentra el acceso a la atención de urgencia y a la protección de la maternidad en el caso propio de las mujeres (Minsal, 2013). No obstante lo anterior, en la literatura se observan a lo menos dos problemáticas que afectan la situación de salud en general, y obstétrica y perinatal en particular, de las mujeres inmigrantes. En primer lugar, la vulnerabilidad en relación a la discriminación que afecta a las mujeres durante su atención en salud y, por otra parte, la estigmatización en relación a su situación de salud, en particular a sus resultados obstétricos y perinatales.

Respecto a la problemática de discriminación a la cual se pueden ver enfrentadas, se ha reportado en Chile estigmatización social y cultural de la población inmigrante, caracterizada por una estereotipación social negativa, principalmente en mujeres latinoamericanas (Stefoni, 2002; Serra, 2017). Dicha estereotipación, incluso se extrapola a otros grupos de mayor vulnerabilidad como recién nacidos y niños hijos de inmigrantes (Pavez, 2012). Según un informe de la Fundación “Instituto de la mujer”, el cual da cuenta de la calidad de vida de mujeres inmigrantes, demostró que la mayoría de ellas viven en situaciones precarias, desconocen sus derechos de salud sexual y salud reproductiva y además ignoran el funcionamiento de las instituciones públicas, lo cual las pone en una situación de evidente vulnerabilidad, enfrentando notorias desigualdades ligadas a su condición de inmigrante y al desconocimiento de las gestiones realizadas por las propias instituciones públicas y de los profesionales que la conforman (Fundación Instituto de la mujer, 2011). Adicionalmente, el temor a la discriminación por sí misma, asociada a su situación migratoria, retarda las consultas y controles relacionados con su salud reproductiva, exponiéndolas a un riesgo potencial respecto a ésta. Por su parte, las barreras idiomáticas también se han señalado como fuente de acceso inequitativo a la atención en salud y fuente de mayor vulneración de derechos.

Respecto a la salud materna y perinatal de la población inmigrante, el potencial aumento de la natalidad en esta población ha sido señalado como uno de los posibles factores que podría explicar el aumento de la mortalidad perinatal en los últimos años en Chile (Donoso, 2011). Sin embargo, es necesario preguntarse si efectivamente ¿la condición de inmigrante aumenta el riesgo de tener resultados obstétricos y perinatales adversos?

Respecto a la literatura internacional, el efecto que tiene la condición de inmigrante en la salud en general es controversial. Lo mismo ocurre en salud materna y perinatal; mientras en Europa se ha reportado un mayor riesgo perinatal en las mujeres inmigrantes comparadas con la población nativa (Ravelli, 2011; Almeida, 2013), en Norteamérica, diversos estudios realizados en gestantes y sus recién nacidos, relevan el concepto de “inmigrante saludable” al demostrarse menor riesgo materno y perinatal en gestantes inmigrantes respecto a las nativas (Elo, 2014; Miller, 2016). Por su parte en Chile, en un estudio realizado el año 2012 en el Hospital San Borja Arriarán, se demostró que las gestantes inmigrantes tienen menor riesgo

de resultados perinatales adversos como prematuridad y bajo peso al nacer (Vásquez-de, 2012). Por nuestra parte, como equipo de investigación, desarrollamos un estudio en 2598 gestantes en el mismo hospital, en donde comparamos indicadores de salud materna y perinatal entre gestantes inmigrantes y chilenas el año 2015. Los resultados de ese estudio, actualmente en vías de publicación, expresan en términos generales que las gestantes inmigrantes, a pesar de ingresar en promedio más tarde a control prenatal que las chilenas, presentan condiciones de salud más favorables respecto a éstas, por ejemplo, menor proporción de obesidad al parto (19,1% vs 38,8%), de hipertensión crónica (0,4% vs 2,4%) y diabetes pregestacional e insulino resistencia (0,4% vs 3,7%), así como menor prevalencia de preeclampsia (4,9% vs 8,3%), diabetes gestacional (4,4% vs 8,7%) y la mitad de prevalencia de parto pre término que las gestantes chilenas (6,6% vs 14%), todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Respecto a los resultados perinatales, los hijos de mujeres inmigrantes, tuvieron menor prevalencia de restricción del crecimiento intrauterino (3,7% vs 6,9%) y menor necesidad de hospitalización que los hijos de chilenas. No hubo diferencia en el Bajo Peso al Nacer. Estos resultados demuestran que las gestantes inmigrantes de este Hospital, el cual atiende a la mayor proporción de inmigrantes en la región metropolitana, presentan, en el contexto de salud materna y perinatal, parte del fenómeno de inmigrante sano o saludable, y que por tanto, el cuestionamiento en relación a su situación de salud, al menos en salud materna y perinatal, es injustificado. Sin embargo, es necesario aumentar los estudios que abarquen aspectos como indicadores de mortalidad materna y perinatal propiamente tal, no contemplados en nuestro estudio, así como la influencia de variables como años de residencia en Chile, status migratorio y nivel socioeconómico, las cuales se han sindicado como posibles factores que pueden afectar el fenómeno de inmigrante sano por sí mismo (Cabieses, 2014).

En el contexto de la atención en salud, la Organización Mundial de la Salud plantea dentro de sus lineamientos generales de calidad de atención de gestantes y sus recién nacidos, que ésta debe ser equitativa, basada en las necesidades de las personas y libre de cualquier tipo de discriminación (WHO, 2010), sin embargo, este mismo organismo plantea que se ha evidenciado el efecto de discriminación desde los propios Servicios de Salud contra los inmigrantes alrededor del mundo y se considera posible que en algunos casos,

dichos sistemas compartan los estereotipos existentes en la sociedad, reforzando así, la vulnerabilidad y discriminación de éstos (Tunçalp, 2015).

Por tanto, creemos fundamental, que desde la perspectiva de atención en salud y derechos humanos, en este caso de atención materna y perinatal, se deben generar cambios en la visión social y cultural respecto a la condición de inmigración, combatiendo los estereotipos sociales, así como aplicando estrategias que permitan objetivar la situación de salud de estas personas, complementando la información con la determinación de su mortalidad materna y perinatal y con la experiencia que tienen respecto a la atención recibida, toda vez que es absolutamente necesario mantener su potencial de vida sana y cumplir el real objetivo de la movilidad humana que es el crecimiento de las sociedades.

REFERENCIAS

- Almeida. L., Caldas, J., Ayres-De-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D. y Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 1346–54. Recuperado de: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-012-1149-x>
- Cabieses B. (2014). La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados de salud. *Value Heal Reg Issues*, 5:1–6.
- Demoscópica SA. (Enero de 2009). *El fenómeno migratorio externo. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana*. Chile, 5-13.
- Donoso S. (2011). ¿Está aumentando la mortalidad perinatal en Chile?. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 76(6), 377-379.
- Ducci, M. y Rojas, L. (2010). La pequeña Lima: Nueva cara y vitalidad para el centro de Santiago de Chile. Santiago, Chile. *EURE*, 36(108), 95-121.
- Elo, IT., Vang, Z. y Culhane JF. (2014). Variation in Birth Outcomes by Mother's Country of Birth Among Non-Hispanic Black Women in the United States. *Matern Child Health J Springer US*, 18(10):2371–81. Recuperado de: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-014-1477-0>
- Fundación Instituto de la mujer, (Enero de 2011). *Soy migrante, Tengo derechos*. Recuperado de: http://www.insmujer.cl/Sistematizacion_web_3.pdf
- INDH (2011) *Situación de los Derechos Humanos en Chile. Informe anual 2011*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Derechos Humanos.

- INE (2017). I. *Síntesis de resultados* CENSO 2017. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- Miller LS, Robinson JA y Cibula DA. (2016) Healthy Immigrant Effect: Preterm Births Among Immigrants and Refugees in Syracuse, NY. *Matern Child Health J*, 20(2), 484–93.
- Margarit D y Bijit K. (2014) Barrios y poblaciones inmigrantes: el caso de la comuna de Santiago. *INVI*, 29(81), 19-77.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2015, inmigrantes. Síntesis de Resultados*. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social.
- Minsal (2013) *Salud del Inmigrante*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.
- OEGS (2013). *Violencia de género en Chile. Informe monográfico 2007-2012*. Santiago de Chile: OPS/OMS.
- OIM (2013). *Informe sobre las migraciones en el mundo 2013: El bienestar de los Migrantes y el Desarrollo*. Suiza: Organización internacional para las migraciones.
- Pavez I. (2012). Inmigración y racismo: experiencias de la niñez peruana en Santiago de Chile. *Si Somos Americanos*, 12(1), 75-99.
- Ravelli, ACJ, et al. (2011) Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health*, 65(8), 696–701.
- Robertson, E. (2015). Cómo Arrancar una Planta: Women's Reflections about Influences of Im/Migration on Their Everyday Lives and Health in Mexico. *Soc Sci*, 4(2), 294–312. Recuperado de: <http://www.mdpi.com/2076-0760/4/2/294/>
- Serra, F. y Rudolph, V. (2017). *El aporte y desafío de los migrantes en Chile*. Santiago: Fundación Nuevas Contingencias Sociales. Recuperado de: https://issuu.com/fundacionnecs/docs/el_aporte_y_desafio_de_los_migrantes
- Stefoni, C. (Julio- Septiembre 2002). Mujeres inmigrantes peruanas en Chile. *Papeles de población*, 33, 118-145
- Stefoni, C. (2013). *Inmigración peruana en Chile: una oportunidad a la integración*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Tunçalp, et al. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*, 122,1045–9. Recuperado de: <http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.13451>
- Vásquez-De R. (Abril de 2009) Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados?. *Rev. Chil. Pediatr*, 80(2), 161-167.
- Vásquez-de R. y Castillo-Durán, C. (2012). Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile. *Rev. Chil. Pediatr*, 83(4), 366-370.
- WHO (2010). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf
- Zanconato, G., Iacovella, C., Parazzini, F., Bergamini, V. y Franchi, M. (2011) Pregnancy outcome of migrant women delivering in a public institution in Northern Italy. *Gynecol Obstet Invest*, 72(3), 157–62.