

Explorando la relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud

Exploring the relationship between international migration, social vulnerability and health

Báltica Cabieses, PhD¹
Alexandra Obach, PhD²

RESUMEN

Objetivos: Analizar, desde una mirada conceptual y basada en la evidencia, la relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud.

Métodos: Revisión crítica de literatura teórica y empírica-científica disponible en la actualidad, en torno a los conceptos de migración internacional, vulnerabilidad social y salud.

Resultados: La relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud es dinámica, difícil de predecir, multifactorial y pobremente estudiada en la región de Latinoamérica. Más aún, existen altos grados de incertidumbre en torno a razones, formas, y consecuencias de migrar en un individuo, su familia, su comunidad y país de origen y el país que lo recibe. Esto tiene directas y profundas consecuencias en los resultados de salud de una población, y a su vez, en las decisiones políticas de salud pública de cada localidad. La evidencia disponible en este tema afecta a múltiples partes: tomadores de decisión en políticas de salud, educación, grupos vulnerables y derechos humanos, entre otros; e interesa a profesionales académicos, investigadores, clínicos y teóricos de cualquier disciplina de las ciencias médicas y sociales.

Conclusiones principales: La migración tiene consecuencias en relaciones internacionales, capacidad productiva económica de un país, desigualdad, variaciones demográficas, entre otras. La vulnerabilidad social necesita ser revisada y refinada, a partir de las experiencias ya documentadas vinculadas al proceso migratorio y en particular en su relación con salud, tanto en acceso y uso de servicios como en resultados de salud y posibles brechas injustas y prevenibles con respecto a la población local.

Palabras clave: *Emigración e Inmigración, Análisis de Vulnerabilidad, salud, Latinoamérica, Chile*

ABSTRACT

Objective: To analyze, from a conceptual and evidence-based perspective, the relationship between international migration, social vulnerability and health.

Methods: Critical review of theoretical and empirical-scientific literature available today, around the concepts of international migration, social vulnerability and health.

Results: The relationship between international migration, social vulnerability and health is dynamic, difficult to predict, multifactorial and poorly studied in the Latin American region. Furthermore, there are high degrees of uncertainty regarding the reasons, forms, and consequences of migrating for an individual and family, their communities, the country of origin and the country that receives them. This has direct and

Recibido el 05 de octubre de 2018. Aceptado el 19 de noviembre de 2018.

1 Enfermera-matrona, epidemióloga social, profesora titular, directora Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina; Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile. Correspondencia a: bcabieses@udd.cl

2 Antropóloga, magíster en estudios de género, doctora en antropología social y cultural, investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina; Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

profound consequences on the health outcomes of a population, and in turn, on the public health policy decisions of each locality. The evidence available on this issue affects multiple parties: decision makers in health policies, education, vulnerable groups and human rights, among others; and it is of interest to academic, research, clinical and theoretical professionals of any discipline of the medical and social sciences.

Main conclusions: Migration has consequences in international relations, economic productive capacity of a country, inequality, demographic variations, among others. Social vulnerability needs to be reviewed and refined, based on the experiences already documented linked to the migration process and in particular in relation to health, both in access and use of services and in health outcomes and possible unjust and preventable gaps with respect to locals.

Key words: *Emigration and Immigration, Vulnerability Analysis, health, Latin America, Chile.*

INTRODUCCIÓN

La movilidad humana, esto es, el desplazamiento de personas y comunidades de un territorio a otro, es parte de la existencia del ser humano. Desde su origen e incluso hoy en día, la migración internacional posee una naturaleza compleja y dinámica, como un proceso social sobre el cual operan determinantes económicos, políticos, socioculturales, individuales y tecnológicos (1). Las cifras globales del 2015 evidenciaron un aumento de 41% en la migración internacional con relación al 2000 en todo el mundo (2). Datos más actuales indican que el fenómeno migratorio a nivel mundial y regional en Latinoamérica continúa en proceso de cambio permanente, con nuevos movimientos masivos debido a causas laborales, económicas, políticas y ambientales en los países de origen, empobrecidos o en situación de conflicto, hacia países con mayor estabilidad y oportunidades (3).

Existe preocupación a nivel mundial respecto a la forma en que la migración internacional puede convertirse en un factor causante de vulnerabilidad social. Existe evidencia sobre las carencias, miedos y/o persecuciones que individuos, familias y comunidades experimentan antes, durante y al terminar el proceso de desplazamiento de un país a otro con intención de asentamiento. En definitiva, la compleja relación entre el proceso migratorio, con todos sus determinantes y condicionantes asociados, puede ser una forma de

expresión de procesos globales como desigualdad entre países y regiones, estratificación internacional del trabajo, pobreza y exclusión, así como vulneración a derechos humanos fundamentales convenidos por la mayoría de los países del mundo (4). Esta situación está fundamentada en importante evidencia que demuestra los altos niveles de vulnerabilidad social que rodean al fenómeno migratorio en la actualidad (5) y que tienen impacto en instituciones sociales, políticas y económicas de los países que experimentan los efectos de la migración, tanto de entrada como de salida.

Las condiciones de vulnerabilidad social poseen especial importancia para los sistemas de salud en todo el mundo. El enfoque de determinantes sociales de la salud vislumbra el gran impacto que tienen estas vulnerabilidades en el empeoramiento del estado de salud y calidad de vida de las personas (1). La dimensión de vulnerabilidad, en este sentido, necesita ser revisada y refinada, a partir de las experiencias ya documentadas vinculadas al proceso migratorio y en particular en su relación con salud, tanto en su dimensión de acceso y uso de servicios como en su dimensión final de resultados de salud y posibles brechas injustas y prevenibles con respecto a la población local. En América Latina y el Caribe, por ejemplo, preocupa la proporción desconocida de migrantes que residen hoy en situación irregular o en procesos de migración circular (en constante movimiento según oportunidades laborales) con niveles mínimos de protección y seguridad. También preocupan niños migrantes sin acompañantes adultos, mujeres y niños en situación de violencia y trata, así como tráfico y refugio por necesidades humanitarias (6). Otros ejemplos son abusos en frontera y discreciones al ingreso y llegada por atributos como país de origen, idioma o color de piel. Estos aspectos han demostrado su poderoso efecto como determinantes de procesos de estigma y discriminación, exclusión social y en salud, entre otros, que luego conducen a efectos nocivos en salud, impactando no solo en el bienestar de estas personas, sino que de la sociedad que los recibe en su conjunto (7).

Construir una mirada de la vulnerabilidad integral y sistémica, que entienda la complejidad del entramado social en todas sus partes y sus posibles consecuencias en salud, es parte del proceso teórico y empírico que debemos construir para la salud pública de Chile. Solo de esta forma podremos abordar este fenómeno y sus desafíos en forma efectiva y pertinente, con mirada amplia de salud pública en contextos nacionales actuales globales,

diversos y abiertos al mundo. El propósito de este documento es desarrollar una mirada conceptual y basada en la evidencia acerca de la relación entre migración internacional, vulnerabilidad social y salud. Se espera que esta mirada crítica aporte a la discusión actual sobre este fenómeno y sus efectos en salud, así como a sus posibles consecuencias en la elaboración de recomendaciones, políticas y estrategias de acción en personas y comunidades migrantes internacionales en Chile y la región.

SOBRE LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) define como migrante a cualquier persona que se mueve o que se ha movido a través de una frontera internacional o dentro de un Estado, lejos de su lugar habitual de residencia, sin importar (i) el estatus legal de la persona; (ii) si el movimiento es voluntario o involuntario; (iii) cuáles son las causas del movimiento; o (iv) cuál es la duración de la estancia (4).

La migración internacional es un proceso complejo y dinámico, que se inicia antes que la persona cruce una frontera, en algunos casos varios años antes, fase que se conoce como pre-migratoria (pre-partida). En esta etapa la información que se recibe, formal e informal, se considera en función de las posibilidades de desplazamiento y las dificultades de vida en el país en que se reside. Luego, si se decide migrar, corresponde a la fase de cruce de una frontera o migratoria (tránsito), que en muchos casos es segura y regular, pero que en otros suele exponer a riesgos de abuso, maltrato y violencia, e incluso trata y tráfico de personas (8). La tercera fase es la de llegada (destino), con el acomodo social, cultural, político y legal que siempre significa. Algunos de los problemas principales de la etapa de "llegada" son las dificultades idiomáticas y la desprotección en salud. Esto último es especialmente complejo en personas que están más expuestas a enfermar por vivir en condiciones de habitabilidad precarias: viviendas inhabitables, hacinamiento, con poco refugio para las inclemencias climáticas, mal alimentadas, etc. Tras la llegada, con frecuencia ocurre la gran decisión de asentamiento, retorno, o nueva búsqueda. Algunos autores indican que los primeros 3 a 6 meses son los más críticos, mientras otros proponen hasta un año o año y medio como fase en la cual la persona busca comprender la nueva realidad, construir redes e integrarse (9, 10).

Dentro de las teorías sociales dedicadas a explicar la migración internacional y sus consecuencias, destaca en la actualidad la teoría del transnacionalismo. Esta fue desarrollada por Glick Schiller, Basch & Blanc-Szanton en 1992 y 1994 (30). Para estos autores, y bajo la necesidad de abandonar la tradicional figura del «inmigrante», es que surge desde este modelo el concepto de «transmigrante». Su argumentación propone que las personas que migran construyen espacios sociales en donde conectan, de manera simultánea, sus países de origen y de destino, en un proceso continuo (11). A diferencia de los estudios clásicos enfocados en las causas para emigrar o en la adaptación en el destino, el transnacionalismo se interesa en las relaciones que son mantenidas entre ambos lugares, y en el movimiento de personas, bienes, información y material simbólico que traspasan las fronteras (12). Hoy en día, el transnacionalismo es uno de los enfoques que han ocupado la atención de las reflexiones académicas, aportando una mirada dual e integradora de la migración internacional en las comunidades de origen y de llegada, con impacto local en ambas a través de fenómenos económicos, sociales y políticos de envergadura global.

Se estima que en el año 2017 había 258 millones de personas migrantes internacionales, que mayoritariamente se habían trasladado intrarregionalmente, y que 37 millones de ellas correspondían a menores de 18 años (2, 13). Así, en la actualidad los inmigrantes representan, según estimaciones de Naciones Unidas del 2017, el 3,4% de la población mundial pero el 14% de la población que vive en países de altos ingresos. De acuerdo a datos del año 2011, en América Latina y el Caribe, 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país (14).

Tal y como señala van der Laet el 2017, el Continente Americano es una de las regiones del mundo con mayor movilidad humana (10). Centro América y México son considerados uno de los mayores corredores migratorios del mundo, con poblaciones que migran por múltiples razones, en diversas modalidades y mediante variadas condiciones, muchas veces de alto riesgo y vulnerabilidad (2). En Sudamérica también se presentan movimientos migratorios muy cuantiosos, con amplia migración intra-regional y extra-continental, en ocasiones utilizando vías irregulares y asumiendo condiciones de mayor riesgo (15). Esta variedad de condiciones en las que se realiza la migración, puede generar mayor vulnerabilidad para la salud y el bienestar físico y psicológico de

las poblaciones migrantes y sus familiares. La migración, considerada un determinante social de la salud, debe analizarse según los contextos y condiciones que se generan en cada etapa del ciclo migratorio.

En contraste con otros países de América Latina como Argentina o Brasil, Chile históricamente fue un país principalmente emisor y no receptor de migrantes. Es así como en el año 2007, 857.781 chilenos vivían fuera del país, con una proporción de 3 chilenos fuera del país por cada inmigrante viviendo en Chile (razón emigrante: inmigrante de 3:1) (16). Sin embargo, a partir de 1990 la inmigración internacional ha aumentado considerablemente estimándose en torno al 3,7% de la población nacional en el año 2016 y en torno al 5% para fines del año 2017. Esta corresponde a la tasa de inmigrantes más alta observada en el país desde 1950 y se encuentra por encima del promedio de migrantes internacionales del mundo que es en torno al 3,4% pero muy por debajo de países OCDE cuyas tasas promedio están en torno al 10-12%. En gran medida la inmigración internacional habida en Chile en los últimos años ha sido latinoamericana. Según recientes estimaciones del país informadas a través de medios de prensa (2018), considerando los inmigrantes en situación irregular (es decir, que poseen sus pasaportes del país de origen pero no la visa vigente en Chile), habría en Chile alrededor de un millón doscientos mil inmigrantes, lo que constituiría cerca de un 5,5% de la población del país (9, 17).

SOBRE EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD SOCIAL

Existe hoy una preocupación mundial por la existencia de grupos vulnerables que experimentan mala calidad de vida y salud en comparación con otros grupos sociales. Avances socioeconómicos y tecnológicos sin precedentes en el nivel de vida, bienestar y riqueza para un mayor número de personas que en cualquier otro momento de la historia, irónicamente, han ido acompañados de una mayor evidencia de la amplia gama de vulnerabilidades que las sociedades humanas enfrentan.

Es importante distinguir entre el concepto de vulnerabilidad humana y vulnerabilidad social. Sobre el primer concepto, se reconoce que la vulnerabilidad es una característica intrínseca del ser humano, que le ha acompañado desde su inicio y que ha sido imposible de erradicar o controlar. La vulnerabilidad de origen social, no obstante, es una característica de sociedades que tienden

a experimentar grandes diferencias entre grupos en sus condiciones de vida y resultados de salud. Dichas diferencias habitualmente son innecesarias y tienen el potencial de ser un factor modificable en las sociedades, en especial en aquellas con elevado desarrollo económico. Chile, como país emergente de alto ingreso y miembro de la OCDE, enfrenta hoy la necesidad de repensar la vulnerabilidad social en su realidad local. Es fundamental reconocer que una visión de país que posicione y priorice la reducción de la vulnerabilidad de origen social es esencial para modificar la salud e incrementar el bienestar social a lo largo del tiempo. La incorporación de estas políticas debe movilizar no solo a la autoridad central, sino también al mundo académico y al intersector en general, a través de un ejercicio transparente, participativo y con verdadera visión de largo plazo (18).

El concepto de vulnerabilidad social es multidimensional y se ha utilizado en muchas disciplinas (19). Más que una definición estática se ve hoy como un concepto dinámico que es parte de la existencia humana en cualquier país del mundo. Incluso entre los países desarrollados, que han encontrado una manera de erradicar la pobreza absoluta y el hambre, existe una vulnerabilidad frente a potenciales crisis económicas, los desastres naturales, o enfermedad. Estos son los mismos peligros que enfrentan, por su parte, los países en vías de desarrollo, pero estos últimos están mucho menos preparados para las consecuencias de esas potenciales catástrofes humanas y naturales. En países de bajos y medianos ingresos muchas personas carecen de los activos, la infraestructura e institucionalidad que los ciudadanos de las economías avanzadas poseen, aunque sea de manera imperfecta, como medida de protección contra la vulnerabilidad (20). Más aún, debido a complejos procesos de la economía global, la vulnerabilidad social experimentada en los países en desarrollo afecta a su vez el grado de vulnerabilidad de las economías avanzadas (21). Por lo tanto, la vulnerabilidad no es solo tema de los individuos o las sociedades de manera aislada, sino que la vulnerabilidad social es hoy un reconocido tema global (22, 23).

Existen diversas propuestas sobre el concepto de vulnerabilidad en el mundo, dependiendo del enfoque de los diferentes componentes del riesgo asociado y al grupo humano que afectan (24, 25). Se identifican al menos dos grandes tipos: los que hacen referencia a la vulnerabilidad individual o de un grupo familiar (que podríamos llamar

“micro-vulnerabilidades” de grupos específicos, por ejemplo las propuestas microeconómicas y psicológicas) y las que hacen referencias a la vulnerabilidad de grandes colectivos humanos como cuando ocurren crisis económicas mundiales o desastres naturales (que podríamos llamar “macro-vulnerabilidades” compartidas por poblaciones en su conjunto, por ejemplo las propuestas sociológicas, políticas, éticas y medioambientales). La vulnerabilidad también se ha definido como un aumento del riesgo de incurrir en un error. Como bien señaló Hurst el 2013 (26), la protección de los individuos vulnerables requiere un enfoque de diagnóstico que incluye identificar el mal que los afecta, la fuente de vulnerabilidad y las protecciones existentes, así como identificar a las personas que participan en el deber de protección de los vulnerables.

Desde una perspectiva “micro” la vulnerabilidad social se ha definido como el riesgo de un hogar de caer o permanecer en la pobreza, debido a sus riesgos idiosincráticos internos (características del hogar) o a los peligros externos (factores como crisis económica, desastres, guerra, etc.) (27). Este nivel micro de la vulnerabilidad social puede a su vez escalar a la población y afectarla en su conjunto (macro-vulnerabilidad económica) como ocurre en países de bajos ingresos con limitado desarrollo de capital humano productivo y escasas medidas sociales de protección ante las amenazas externas (28).

Desde una perspectiva “macro” de la vulnerabilidad social, este concepto se ha utilizado por ejemplo en ética como medida de protección del principio de autonomía de un individuo en su sociedad. En este sentido, la definición de quién es vulnerable correspondería a todos los individuos de una sociedad, pues todos pueden verse vulnerados en su autonomía por ejemplo, para votar o para ser sujetos de investigación (29). Los enfoques clásicos de vulnerabilidad social han investigado los efectos negativos de la distribución desigual del bienestar y la salud en grupos étnicos (30, 31), grupos desaventajados socioeconómicos (32), grupos de edades extremas (33, 34) o diferencias con enfoque de género (35). Además de investigarse la vulnerabilidad social de grupos, también se han estudiado procesos sociales de relevancia, como son la vulnerabilidad social por violencia (36, 37), la migración (38), el desempleo (39), las crisis económicas (40) y problemas por inseguridad alimentaria (41) o desastres naturales (42). El enfoque social de la vulnerabilidad también se ha referido a grupos postergados, grupos

minoritarios y grupos vulnerados. Todos ellos comparten la idea de que la vulnerabilidad conduce a algún riesgo para la vida o la salud (43). En este sentido, el “riesgo de daño” (44), sea de un grupo o un individuo, se traduce en la suma de los siguientes componentes: la vulnerabilidad intrínseca del individuo / grupo, los peligros externos y la capacidad para hacer frente a dichos peligros (resiliencia) (28).

La vulnerabilidad social también se relaciona estrechamente con el movimiento mundial de desigualdad social en salud desde los determinantes sociales. Los conceptos de desigualdad y equidad social en salud están estrechamente relacionados. Desigualdad social corresponde a diferencias estructurales y sistemáticas entre grupos humanos, que pueden o no ser debido a causas injustas (por ejemplo diferencias biológicas inherentes al sexo hombre y mujer). El concepto de inequidad social en salud por su parte se refiere a todas aquellas diferencias en salud entre grupos sociales que son evitables e injustas (45, 46). Gran parte de las inequidades en salud entre distintos grupos de la población son explicables por estos determinantes sociales (47-49). Por lo tanto, por concepto las inequidades son posibles de revertir, para lo cual es necesario contar con políticas públicas que logren reducir la fuerte asociación que existe entre condiciones sociales de vida y la salud en la población. El marco conceptual de base de esta corriente de trabajo es el Modelo de Determinantes Sociales en Salud, que se definen como las condiciones sociales en las cuales las personas desarrollan su vida y, por distintos mecanismos, tienen un impacto en su salud (50, 51). De esta forma, lo vulnerable socialmente es inherentemente desigual respecto de otro grupo social que no experimenta la misma privación, y en muchos casos se reconoce como inequitativo al ser prevenible, modificable e injusto. Las categorías clásicas de grupos sociales que experimentan desigualdad están organizadas por clase social y nivel socioeconómico, género y pertenencia étnica. A estas pueden sumarse categorías como privación de libertad, grupo etario extremo y migrantes internacionales, entre otros.

Por último, cabe mencionar el enfoque de las “capas de vulnerabilidad” propuestas por algunos bioeticistas contemporáneos como Florencia Luna (52), quien propone una mirada de concepción estratificada y critica el uso del término vulnerabilidad como rótulo. Para ella, éste solo sirve para estereotipar subgrupos, pues endosa un rótulo que es muy difícil de quitar y que puede llevar a estigmatizaciones o discriminaciones y a

paternalismos injustificados. La mirada de capas de vulnerabilidad permite analizar cada situación e ir identificando -capa por capa- la vulnerabilidad implicada para poder proteger mejor a los individuos o grupos de interés. Lo que intenta esta propuesta es exhibir la complejidad de este concepto y cómo debe desentrañarse en situaciones reales y en cada contexto particular (53). De esta forma, frente al rótulo de que una población es vulnerable se debe teórica y empíricamente “de-construir” la situación e identificar cada capa de vulnerabilidad. Exige que se mire más allá del rótulo y se perciban las diferentes capas de vulnerabilidad que están operando y oprimen a estas personas. Solo así se podrá luego diseñar salvaguardas adecuadas para evitar o minimizar cada capa de vulnerabilidad encontrada, protegiendo en profundidad y de forma exhaustiva cada uno de los aspectos que puedan presentarse. El aporte primordial de esta mirada es que la interpretación estratificada de la vulnerabilidad enfatiza la importancia de prestar mayor atención a las consideraciones microcontextuales, es decir, de analizar las relaciones entre personas o grupos específicos y en circunstancias y contextos específicos (54).

VULNERABILIDAD SOCIAL DURANTE EL PROCESO DE MIGRACIÓN INTERNACIONAL Y SU RELACIÓN CON SALUD

A partir de lo que se revisa en la sección anterior, la relación entre vulnerabilidad social, migración internacional y salud puede revisarse desde distintos enfoques. Desde el abordaje de determinantes sociales en salud (DSS), que aporta a la mirada global y particular de la estimación de diferencias entre grupos sociales al interior de una sociedad, es posible identificar dimensiones o categorías clásicas de vulnerabilidad social. Esta mirada es importante pues permite distinguir algunas diferencias sistemáticas y estructurales entre grupos sociales que se consideran injustas, innecesarias y prevenibles, y que se pueden presentar en mayor proporción en migrantes internacionales. En este sentido, algunas dimensiones importantes del Modelo de DSS a mencionar desde este enfoque son: política pública de migración internacional, nivel socioeconómico y clase, etnia, género y estatus migratorio. También incluye capital social, condiciones de vivienda y barrio, estilos de vida y acceso y uso de servicios de salud. Evidencia disponible en la literatura internacional permiten sostener que cada uno de estos factores son

determinantes sociales impactan en acceso y uso de servicios de salud, así como en resultados de salud en población migrante internacional. Se han identificado brechas sistemáticas entre inmigrantes y locales en casi todos los países del mundo, los que se profundizan cuando se experimenta alguna condición de vulnerabilidad social como las que el modelo de determinantes sociales en salud expone (16).

A su vez, un enfoque transnacional permite conectar procesos estructurales internacionales y nacionales con procesos internos de estratificación social y procesos de individuación social y de salud que impactan directamente en indicadores globales de salud y bienestar en una población particular (11). El enfoque transnacional reconoce que la migración no solo impacta al país de acogida sino también al de origen, a través de complejos procesos globales como envío de remesas, fuga de cerebros, empobrecimiento y pérdida de fuerza laboral, entre otros. Otro ejemplo de la importancia del transnacionalismo como parte del ciclo migratorio internacional corresponde a las cadenas de cuidado entre países. Mujeres que migran por trabajo a otro país dejan atrás hijos en manos de familiares o amigos, pero mantienen su rol de crianza a distancia (12). El transnacionalismo es hoy uno de los modelos más importantes para observar el fenómeno migratorio y requiere de mayor investigación en su relación con vulnerabilidad social y con resultados de salud.

Por otra parte, siguiendo la propuesta de Luna es posible identificar múltiples potenciales capas de vulnerabilidad social implicadas en la experiencia de migrar a otro país e intentar asentarse. Estas capas están estrechamente relacionadas con lo que previamente se llamaron determinantes sociales de la salud; sin embargo, en lugar de establecerse como categorías rígidas se presentan como capas que deben ser analizadas en cada grupo humano y contexto particular. Al mismo tiempo, invita a establecer relaciones entre estas capas, complejizando así las formas de observar y comprender la realidad en esta temática. Ejemplo de ello es la manera en la que una mujer migrante internacional que deja hijos en su país de origen y que vive en pobreza multidimensional puede experimentar, por ejemplo, capas adicionales de vulnerabilidad social que la ponen en mayor riesgo de daño a su salud que un migrante internacional varón, con cargo gerencial y altamente calificado, y que viaja junto a toda su familia al nuevo país de acogida. No es únicamente el género, ni la migración internacional, ni la pobreza las que van

afectando el bienestar y salud de estas personas en forma independiente, sino que es la estrecha relación entre estas, para cada caso particular, las que verdaderamente determinan la experiencia, significado y trascendencia de la migración internacional para estos individuos. Tomar este enfoque de la vulnerabilidad permite abrir nuevas preguntas, cuestionar y permitir nuevas construcciones de realidades en la relación entre vulnerabilidad social, migración internacional y salud.

A partir de la mirada del proceso migratorio, se pueden reconocer distintos riesgos de daño a la salud para cada una de las etapas del proceso migratorio. Esto depende tanto de la condición de vulnerabilidad de la persona y comunidad antes del acto migratorio, incluso considerando su trayectoria de vida completa, como las razones por las cuales migra y la experiencia misma de migrar. Las etapas mejor conocidas son la de tránsito y la de llegada, pero ciertamente falta investigar sobre la etapa pre-migratoria y sus capas de vulnerabilidad que afectan la experiencia migratoria en su conjunto. En este sentido, la evidencia internacional indica que existen diversos factores que afectan de manera directa e indirecta la salud de la población inmigrante y de sus descendientes, tales como: las razones que determinaron la migración; condiciones de vida, familiares y de salud previas a migrar y durante la migración; la llegada a la nueva sociedad; experiencias de discriminación y estigma; desconocimiento del funcionamiento de los diversos sistemas sociales; soledad y abandono, y pobres condiciones laborales, entre otros (55-58).

Desde la perspectiva de resultados de salud poblacional, de acuerdo a la evidencia actual disponible, en general quienes migran son personas jóvenes y saludables (59). Sin embargo, esta situación muchas veces se revierte dadas las experiencias de limitado acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que aumentan la vulnerabilidad para la población. También, en algunos casos, hay desconocimiento del propio migrante sobre sus derechos, maximizando el miedo a las autoridades, patronos y sociedad en general, y permitiendo así explotación y discriminación. Por otro lado, personas migrantes también son víctimas de robos, asaltos, violaciones sexuales, mutilaciones, estafas por parte de traficantes y explotadores, que determinan la alta peligrosidad de la ruta migratoria (10). Junto con esto, por estar lejos de su contexto cultural, familiar y comunitario, y en ocasiones dado a condiciones impuestas desde las comunidades de destino, las personas migrantes suelen cambiar su

comportamiento y adoptar nuevas prácticas, asumen nuevos riesgos para su salud sexual y reproductiva, pueden ser más vulnerables al alcoholismo y uso de drogas, sufren cambios alimentarios y se ven obligados a permanecer en espacios sin condiciones adecuadas de saneamiento, agua potable, entre otros.

En Chile, se ha desarrollado un cuerpo de conocimiento y evidencia importante en la última década en esta materia. Esta evidencia en general propone que:

1) La población migrante internacional es altamente heterogénea en país de origen, razones para migrar, condiciones socioeconómicas, y problemas de salud (60, 61).

2) Una proporción baja, y en descenso entre 2011 y 2013, de la población migrante se auto-reporta como perteneciente a algún pueblo originario (6% el 2011 y 5,4% el 2013 según CASEN; versus 8,1% 2011 y 9,2% 2013 en población chilena según CASEN).

3) Existe un grupo de migrantes internacionales que no tienen ninguna previsión de salud en Chile y son de urgente atención, en especial el grupo de 0-14 años y hombres jóvenes (62).

4) Las principales causas de egresos hospitalarios en migrantes son parto, causas externas/accidentes, tumores y problemas del sistema digestivo y respiratorio (63).

5) Las necesidades de salud percibidas por parte de migrantes son diversas y varían según condiciones de proceso migratorio y de residencia en Chile (64, 65).

6) El efecto del migrante sano (población migrante en promedio con menor auto-reporte de problemas de salud que la población local chilena) desaparece en migrantes de nivel socioeconómico bajo, que llevan más de 20 años en Chile, y de algunos países de origen específicos (Bolivia, Ecuador, etc. según la condición de salud estudiada) (66).

7) Existe un grupo de migrantes internacionales que, de manera consistente a lo largo del tiempo, prefiere no reportar su estatus migratorio en encuestas poblacionales (CASEN 2006, 2009, 2011 y 2013). Este grupo reporta nivel socioeconómico bajo, alta proporción de población infantil y puede representar a migrantes en situación irregular (67).

8) Existe evidencia de la importancia de reconocer la relación entre territorio y salud, tanto en población local como migrante. El territorio incide en la forma en que la vida transcurre, las personas se relacionan y el cuidado de la salud se

desarrolla. El territorio es relevante no solo a nivel macro sino en especial a nivel local, como son las comunas y barrios de cada región de nuestro país. En este sentido, existen hoy asentamientos de grupos migrantes particulares en distintas comunas, lo que exige de una aproximación territorial local y pertinente culturalmente para migrantes de cada comuna, que pueden ser muy diferentes a otras comunas vecinas o distantes (68).

9) De acuerdo a la evidencia cualitativa disponible, espacios territoriales comunales que cuentan con grupos migrantes organizados e integrados con la comunidad local parecen conocer mejor el sistema de salud y sus derechos, así como también parecen presentar mayor cohesión y capital social, que se sabe es un importante protector de la salud individual y familiar.

10) La salud de migrantes está estrechamente relacionada con su condición de vulnerabilidad social, que se manifiesta por medio de sus condiciones de vivienda, de trabajo y de educación; así como también de sus redes sociales y los espacios disponibles de construcción de identidad cultural, participación e integración social (69)

CONCLUSIONES

Este documento tiene como propósito desarrollar en forma teórica y empírica la compleja relación entre vulnerabilidad social, migración internacional y salud. Esta relación es dinámica, difícil de predecir, multifactorial y pobremente estudiada en la región de Latinoamérica. Más aún, existen altos grados de incertidumbre en torno a razones, formas, y consecuencias de migrar en un individuo, su familia, su comunidad y país de origen y el país que lo recibe. Esto tiene directas y profundas consecuencias en los resultados de salud de una población, y a su vez, en las decisiones políticas de salud pública de cada localidad. La evidencia disponible en este tema afecta a múltiples partes: tomadores de decisión en políticas de salud, educación, grupos vulnerables y derechos humanos, entre otros; e interesa a profesionales académicos, investigadores, clínicos y teóricos de cualquier disciplina de las ciencias médicas y sociales. La migración tiene consecuencias en relaciones internacionales, capacidad productiva económica de un país, desigualdad, variaciones demográficas, por mencionar algunos aspectos. Salud es, al menos para las autoras, el reflejo perfecto de la complejidad inherente al proceso de migración y su necesario desarrollo en Chile y Latinoamérica.

Tal y como se propone en este documento, las

condiciones de vulnerabilidad social poseen especial importancia para los sistemas de salud en todo el mundo. La dimensión de vulnerabilidad social necesita ser revisada y refinada, a partir de las experiencias ya documentadas vinculadas al proceso migratorio y en particular en su relación con salud, tanto en su dimensión de acceso y uso de servicios como en su dimensión final de resultados de salud y posibles brechas injustas y prevenibles con respecto a la población local. Existe hoy la oportunidad como sociedad no sólo de generar mejor y más evidencia en torno a la relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y salud, sino también de transformar nuestras formas de entender y acercarnos a fenómenos tan complejos como este. Es necesario mantener una mirada abierta y altamente crítica hacia la forma en la cual generamos nuestras preguntas de investigación y producimos nueva evidencia en Chile y en la región de Latinoamérica. Evidencia longitudinal y mixta es urgente para lograr representar de mejor manera las trayectorias de vida de los inmigrantes y sus descendientes en Chile y la región. Así también podremos representar con menor grado de incertidumbre las necesidades de salud de inmigrantes y se podrá planificar de mejor manera en términos de recursos de protección social y de salud. Solamente así lograremos desarrollar marcos conceptuales y teóricos que verdaderamente nos permitan observar de una manera más genuina, los complejos y múltiples determinantes de la salud de la población inmigrante en cualquier lugar del mundo y en especial en Chile.

REFERENCIAS

1. Cabieses B, Galvez P, Ajraz N. [International migration and health: the contribution of migration social theories to public health decisions]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(2):285-91.
2. United Nations. Trends in international migration. New York; 2015.
3. International Organization for Migration. Informe sobre las migraciones en el mundo. Geneva: United Nation; 2018.
4. Organización Internacional para las Migraciones. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. Ginebra; 2013.
5. Fuentes C, Martín Lazo MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales Sis San Navarra*. 2006;29(1):9-25.
6. Ropill de Castro A. Política preventiva frente a la trata de personas seguridad versus

- derechos humanos. *Rev Relac Int Estrateg Segur*. 2010;5(2):235-49.
7. Tenores- Alcantara G. Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud pública Méx*. 2015;57(3):227-33.
 8. Wilers S. Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociologica (Méx)*. 2016;31(89):163-95.
 9. Armas R, Cabieses B, Woldd M, Norero C. Salud y Proceso Migratorio Actual en Chile *Anales de Medicina (Chile)*. 2018;en prensa.
 10. Van der Laet C. La Migración como Determinante Social de la Salud. In: Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM, editors. *La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017.
 11. Schiler NG. Transnationalism: A New Analytic Framework for Understanding Migration. *Ann N Y Acad Sci*. 1992;645:1-24.
 12. Ciurlo A. Género y familia transnacional. Un enfoque teórico para aproximarse a los estudios migratorios. *Rev Cient Gen José María Córdova*. 2014;12(13):127-61.
 13. Departamento de Extranjería y Migración. *Desarrollo del fenómeno de las migraciones en Chile. Evolución de la gestión gubernamental desde 1990*. . 2007.
 14. Alvarado IG. Migration in Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT 2002.
 15. *Migraciones Oipl. Panorama Migratorio de América del Sur*. Costa Rica; 2012.
 16. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas. *Desarrollo Ud*, editor. Santiago 2017.
 17. *Diario La Tercera*. La migración en Chile [press release]. 2018.
 18. Cabieses B. Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud. In: Cabieses B, Bernales M, Obach A, Perdrero V editors. *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 497.
 19. Munoz Sanchez AI, Bertolozzi MR. [Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care?]. *Ciencia & saude coletiva*. 2007;12(2):319-24.
 20. Vorosmarty CJ, Green P, Salisbury J, Lammers RB. Global water resources: vulnerability from climate change and population growth. *Science*. 2000;289(5477):284-8.
 21. Brown T. 'Vulnerability is universal': considering the place of 'security' and 'vulnerability' within contemporary global health discourse. *Soc Sci Med*. 2011;72(3):319-26.
 22. Schroter D, Cramer W, Leemans R, Prentice IC, Araujo MB, Arnell NW, et al. Ecosystem service supply and vulnerability to global change in Europe. *Science*. 2005;310(5752):1333-7.
 23. Jotkowitz AB. Vulnerability from a global medicine perspective. *The American journal of bioethics : AJOB*. 2004;4(3):62-3; discussion W32.
 24. Lange MM. Vulnerability as a concept for health systems research. *The American journal of bioethics : AJOB*. 2014;14(2):41-3.
 25. Allotey P, Verghis S, Alvarez-Castillo F, Reidpath DD. Vulnerability, equity and universal coverage--a concept note. *BMC public health*. 2012;12 Suppl 1:S2.
 26. Hurst S. [Protecting vulnerable persons: an ethical requirement in need of clarification]. *Revue medicale suisse*. 2013;9(386):1054-7.
 27. Naudé W, Santos-Paulino A, McGillivray M. *Measuring Vulnerability: An Overview and Introduction*. Oxford Development Studies. 2009;37(3):183-91.
 28. Briguglio L, Cordina G, Farrugia N, Vellaa S. *Economic Vulnerability and Resilience: Concepts and Measurements*. Oxford Development Studies. 2009;37(3):229-47.
 29. Beattie ER, VandenBosch TM. The concept of vulnerability and the protection of human subjects of research. *Research and theory for nursing practice*. 2007;21(3):156-73.
 30. Savage AR, Van der Wal DM, Tjallinks JE. Child vulnerability in the Iraqw and Datoga ethnic groups of a village in northern Tanzania. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*. 2013;24(1):14-24.
 31. Wong SS, Sugimoto-Matsuda JJ, Chang JY, Hishinuma ES. Ethnic differences in risk factors for suicide among American high school students, 2009: the vulnerability of multiracial and Pacific Islander adolescents. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2012;16(2):159-73.
 32. Dorsen C. Vulnerability in homeless adolescents: concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(12):2819-27.
 33. Mattheus DJ. Vulnerability related to

- oral health in early childhood: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(9):2116-25.
34. Brocklehurst H, Laurenson M. A concept analysis examining the vulnerability of older people. *Br J Nurs*. 2008;17(21):1354-7.
 35. Stevens PE, Hall JM, Meleis AI. Examining vulnerability of women clerical workers from five ethnic/racial groups. *Western journal of nursing research*. 1992;14(6):754-74.
 36. Cocco M, Lopes MJ. [Violence among youngsters: social dynamics and situations of vulnerability]. *Revista gaucha de enfermagem / EENFUFGRS*. 2010;31(1):151-9.
 37. Sass C, Belin S, Chatain C, Moulin JJ, Debout M, Duband S. [Social vulnerability is more frequent in victims of interpersonal violence: value of the EPICES score]. *La Presse medicale*. 2009;38(6):881-92.
 38. Dunkas N. On the concept of vulnerability, identity and nostalgia affecting the migrational experience. *Psychiatrike = Psychiatriki*. 2007;18(4):337-42.
 39. Broman CL, Hamilton VL, Hoffman WS, Mavaddat R. Race, gender, and the response to stress: autoworkers' vulnerability to long-term unemployment. *American journal of community psychology*. 1995;23(6):813-42.
 40. Kim H, Song YJ, Yi JJ, Chung WJ, Nam CM. Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea. *Annals of epidemiology*. 2004;14(6):442-6.
 41. Moszynski P. Reducing people's vulnerability is key to combating hunger caused by global warming. *BMJ*. 2009;339:b5436.
 42. Zhou Y, Li N, Wu W, Wu J, Shi P. Local spatial and temporal factors influencing population and societal vulnerability to natural disasters. *Risk analysis : an official publication of the Society for Risk Analysis*. 2014;34(4):614-39.
 43. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Soc Sci Med*. 2000;50(11):1557-70.
 44. Vulnerability and the distribution of exposures. Concept paper. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1994;740:334-5.
 45. Phillips K, Muller-Clemm W, Ysselstein M, Sachs J. Evaluating health inequity interventions: applying a contextual (external) validity framework to programs funded by the Canadian Health Services Research Foundation. *Eval Program Plann*. 2013;36(1):198-203.
 46. Asada Y. A framework for measuring health inequity. *J Epidemiol Commun H*. 2005;59(8):700-5.
 47. Marmot M. Policy overview. Closing the gap in a generation. *Perspect Public Health*. 2009;129(1):16-7.
 48. Marmot M. *Fair Society, Healthy Lives*. London: The Marmot Review; 2010.
 49. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
 50. Tarlov AR. The coming influence of a social sciences perspective on medical education. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 1992;67(11):724-31.
 51. Wilkinson RG. Social class differences in infant mortality. *BMJ*. 1992;305(6863):1227-8.
 52. F L. Elucidating the Concept of Vulnerability. *Layers not Labels*. *International Journal of Feminist Approaches of Bioethics*. 2009;2(1).
 53. Solbakk JH. Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria? *Revista Redbioetica UNESCO*. 2011;2(3):89-101.
 54. Luna F. La Declaración de la UNESCO y la vulnerabilidad: la importancia de las capas. In: M C, editor. *Sobre la Dignidad y los Principios Análisis de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*. Navarra: Civitas; 2009. p. 255-66.
 55. Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, Favrat B, de Tribolet F, Masserey E, et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *Bmc Infect Dis*. 2009;9.
 56. Cabieses B, Tunstall H. Access to, need and use of healthcare by international immigrants in Chile. In: F. GJaT, editor. *Migration, Health and Inequalities First ed*. London: Zed Press; 2013. p. 179-99.
 57. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE. The health of international immigrants in Chile: what is beyond the apparent healthy migrant effect? *Rev Med Chile*. 2013;(in press).
 58. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(12):4403-32.
 59. *Migraciones OIpl. Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las personas migrantes retornadas o en tránsito y sus familias en Centro América*. Costa Rica; 2015.
 60. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales

en Chile. In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile. Section III, chapter IV. Santiago: UDD; 2016.

61. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, . Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study. *International Migration Review*. 2015;52(3):303-20.

62. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *Int J Equity Health*. 2012;11:68.

63. Oyarte M, Cabieses B, Delgado I. Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. In: Cabieses B, Bernales M, Chandía S, MacIntyre A, editors. La migración como determinante social de la salud en Chile: miradas y propuestas para políticas públicas. Santiago Chile: Universidad del Desarrollo; 2017 (in press).

64. Bernales M, Cabieses B, MacIntyre A, Chepo M. POBLACIÓN MIGRANTE INTERNACIONAL EN CHILE: DESAFÍOS PENDIENTES EN SALUD PERCIBIDOS

POR TRABAJADORES DE SALUD PRIMARIA. 2016.

65. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *International journal of environmental research and public health*. 2012;9(12):4403-32.

66. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Rev Med Chil*. 2013;141(10):1255-65.

67. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC public health*. 2012;12:1013.

68. Vasquez A, Cabieses B, Tunstall H. Where Are Socioeconomically Deprived Immigrants Located in Chile? A Spatial Analysis of Census Data Using an Index of Multiple Deprivation from the Last Three Decades (1992-2012). *PLoS One*. 2016;11(1):e0146047.

69. Cabieses B. La Compleja Relación Entre Posición Socioeconómica, Estatus Migratorio y Resultados de Salud. *Value in Health Regional Issues*. 2014;1 1-6.