

Salud y Bienestar en población migrante en Chile: el aporte de los proyectos FONDECYT a la evidencia internacional

Health and Wellbeing in immigrants in Chile: the contribution of FONDECYT research to international evidence

Alfonso Urzúa ¹
Báltica Cabieses ²

RESUMEN

Introducción: la migración se ha constituido en un fenómeno social de alto impacto tanto en la sociedad que acoge al extranjero como en la persona que migra. Entre estos se encuentra el impacto en su salud.

Objetivo: Sintetizar los principales hallazgos de los proyectos con financiamiento FONDECYT en el campo de la salud y migración en el periodo 2002 – 2015.

Material y método: Se realiza una búsqueda en el repositorio de CONICYT en las categorías proyecto y Fondecyt mediante cuatro palabras clave: inmigrantes – migrantes -migración – inmigración – immigrant.

Resultados: de los 57 proyectos aprobados por Fondecyt para ejecución en el tema migratorio, solo se encuentran 2 vinculados a la salud de las personas. Se resumen los principales resultados de ambos proyectos, uno dedicado a la generación de evidencia epidemiológica sobre condiciones de vida y salud en migrantes internacionales en Chile comparado con población local, para la construcción de políticas públicas y el otro que inquiriere sobre bienestar, salud y calidad de vida en población migrante colombiana y peruana en tres ciudades de Chile.

Conclusión: pese a la necesidad real de contar con información válida sobre la salud y todos los procesos involucrados en esta para la toma de decisiones tanto en la práctica profesional, como en la elaboración de políticas públicas, la investigación es aun incipiente, lo que amerita la inversión de distintos sectores del país, públicos y privados, que promuevan la investigación de primer nivel en esta área de estudios.

Palabras Clave: *Emigración e Inmigración, salud, Fondos concursables, Chile*

ABSTRACT

Introduction: international migration has become a social phenomenon with high impact in both the sending and the receiving societies. It has an impact on many dimensions of life, including health and wellbeing.

Objective: To synthesize the main findings of FONDECYT projects related to the field of health and migration in the period 2002 - 2015.

Material and method: A search of the CONICYT repository was carried out using four keywords: immigrants - migrants -migration - immigration - immigrant. Results: Of the 57 projects approved by Fondecyt to conduct research on any field related to international migration, only 2 were explicitly related to health. The main results of both projects are summarized. The first one was dedicated to the generation

1 Psicólogo, MSc Salud Pública, Dr. en Psicología clínica y de la Salud, profesor titular y director del Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad Católica del Norte. Chile. alurzua@ucn.cl

2 Enfermera-matrona, MSc Epidemiología, PhD Health Sciences (Social Epidemiology), profesora titular y directora del Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Chile. bcabieses@udd.cl

of epidemiological evidence on social determinants of among international migrants in Chile and to compare it to the local population. The second one inquired about the well-being, health and quality of life in Colombian and Peruvian migrant populations in three cities of Chile.

Conclusion: There is an urgent need to produce robust evidence on the health status and related social processes involved in migration cycles. However, research is still incipient, which merits the investment of different sectors of the country, public and private, that promote top-level research in this area of studies.

Keywords: *Emigration and Immigration, health, Competitive grants, Chile*

INTRODUCCIÓN

La migración puede ser entendida como todo movimiento de personas, independiente del tamaño, composición o causas, hacia el territorio de otro estado o dentro del mismo, con el fin de residir en este (1). Los cambios demográficos, la inequidad y desigualdad, la pobreza, el desempleo en algunos países y la alta demanda laboral en otros, los conflictos y desastres, el cambio climático, violencia social y déficit de garantías por parte de los gobiernos, entre muchas otras condiciones, favorecen condiciones en donde los movimientos humanos en gran escala son inevitables (2).

El proceso de migrar, así como sus causas e impacto, se han constituido en temas emergentes de estudios dado que el número de migrantes internacionales en el mundo es el mayor conocido hasta ahora. Se estima que al 2017 existiría al menos 258 millones de migrantes en el mundo (3). Según la Organización Internacional de migraciones, si este incremento continúa al mismo ritmo de los últimos 20 años, el año 2050 el número de migrantes internacionales a nivel mundial podría alcanzar la cifra de 405 millones (4).

La migración dejó de ser un fenómeno netamente demográfico, dada la multiplicidad de repercusiones que trae tanto en la vida de las personas que migran, como en la de las comunidades que los reciben. La 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.

El Continente Americano es una de las regiones del mundo con mayor movilidad humana. 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 (5). En Sudamérica existe una amplia migración intra-regional y extra-continental, en ocasiones utilizando vías irregulares y asumiendo condiciones de mayor riesgo (6,7). Pese a no ser conocido como un país de alta inmigración, Chile no ha permanecido ajeno a la realidad mundial en este tema. La cantidad de personas inmigrantes en el país se ha incrementado notablemente en los últimos años. El año 2014 el número de inmigrantes fue de 410.988, representando el 2,3% de la población nacional. Al 2017 la población inmigrante residente en Chile equivalía al 4,35 % de la población total. Los países donde nacieron son Perú (25,2%), Colombia (14,1%), Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%), Haití (8,4%) y Ecuador (3,7%) (8).

¿Por qué migrar a Chile? Chile es un país de alto ingreso con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita que supera los \$20 000 (USD) según datos del 2016 del Fondo Monetario Internacional. En las últimas décadas ha experimentado grandes cambios económicos y demográficos, una mejora progresiva de las condiciones de salud de la población, la disminución de la mortalidad infantil y general y el aumento de la esperanza de vida (9). Hoy en día, el estado de salud de la población chilena es muy similar a algunos países de ingreso alto y mejor que muchos otros países de América Latina y el Caribe (10-12). Estas características hacen de Chile un país de atracción para comunidades que experimentan en sus países de origen violencia, inseguridad política, desempleo y conflicto armado, repercutiendo, por ejemplo, en que las migraciones de sudamericanos migrando a nuestro país se hayan incrementado en los últimos años, siendo el comienzo de un fenómeno que no disminuirá con el tiempo, sino que, por el contrario, está en aumento.

Pese a esta gran demanda, la información sobre la salud de los inmigrantes en Chile y Latinoamérica es escasa. Hoy se desconocen importantes factores relacionados a la salud, como razones de migración, nivel socioeconómico y de salud antes de migrar, efectos en segundas y terceras generaciones de inmigrantes, y variaciones en estatus contractual y legal en el tiempo. Esto cobra especial relevancia al considerar la heterogeneidad demográfica y económica de este grupo (13). Es necesario desarrollar más estudios cuantitativos y cualitativos focalizados a la población inmigrante, idealmente de manera longitudinal y

de representación nacional. Sólo de esta manera se podrá orientar de manera efectiva estrategias que faciliten la protección de la salud de la población en Chile, independiente de su edad, género, raza o estatus migratorio.

En este contexto, el gobierno de Chile, a través de la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología, a apoyado la ejecución de cientos de proyectos de investigación en diversas disciplinas, a través del Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología – FONDECYT, los cuales fueron analizados para efecto de esta investigación, con el fin de actualizar la información nacional en esta temática, y al mismo tiempo, desarrollar nuevas preguntas de investigación e hipótesis para el trabajo investigativo futuro.

METODOLOGIA

Entre los años 2002 al 2015 se han aprobado más de 6.300 proyectos en los concursos regulares (CONICYT, 2015). De estos, y de acuerdo con lo informado en el repositorio de Fondecyt (<http://repositorio.conicyt.cl/>), la inmigración ha sido el objeto de estudio de solo 57 proyectos, entre financiamiento a concursos regulares, de iniciación y posdoctorales, utilizando como palabras claves en la búsqueda los términos inmigrantes – migrantes -migración – inmigración – immigrant.

De los proyectos encontrados, solo tres han incorporado la variable de salud en sus objetivos (FONDECYT 11130042, FONDECYT 1140843, Post doctorado 3160106). Solo los dos primeros están finalizados y cuentan con publicaciones en revistas científicas que permita conocer sus resultados principales. Por lo tanto, en este manuscrito se sintetizan los hallazgos presentados en publicaciones asociadas a los dos únicos proyectos FONDECYT finalizados que se han dedicado en forma explícita a su relación con salud.

El FONDECYT 1140843, denominado “Factores vinculados al Bienestar y la Calidad de vida percibida en inmigrantes latinoamericanos en el norte de Chile” (años 2014-2016) abordó el proceso migratorio desde la mirada de peruanos y colombianos que migraron a Chile. El objetivo propuesto por los investigadores fue identificar factores relacionados con el bienestar, la salud física y mental y la calidad de vida, con el fin de proponer un modelo explicativo que favorezca el mejoramiento de estos factores. Participaron en el proyecto 880 migrantes, hombres y mujeres que viven en las ciudades de Santiago, Antofagasta y Arica. Estos fueron encuestados tanto sobre variables sociodemográficas tales como edad,

sexo, nivel de estudios, ciudad de residencia, tipo de residencia, nivel de ingresos, situación laboral, como otras variables psicológicas y sociales (estrés percibido, apoyo social, estado de salud, autoestima, adopción de costumbres chilenas, expectativas al inmigrar, las causales de migración, entre otras).

El FONDECYT 11130042 tuvo por nombre “Developing Public Health Intelligence In Primary Care For International Immigrants In Chile : A Multi-Methods Study” (2013-2017), cuyo objetivo fue aportar al conocimiento disponible en nuestro país en la actualidad, y co-construir, junto con los principales actores en la temática migratoria y su relación con salud, los lineamientos y recomendaciones urgentes a instalar en políticas y prácticas en esta materia, con perspectiva de derecho, equidad, inclusión, determinación social, y participación social en salud. Este proyecto consideró dos fases, una cuantitativa y una cualitativa. La cuantitativa incluyó el análisis de bases de datos disponibles como Censo, CASEN y egresos hospitalarios. La fase cualitativa incluyó la realización de ocho estudios de caso. Las comunas seleccionadas fueron Arica, Calama, Iquique, Antofagasta, Santiago, Recoleta, Independencia y Maipú. La muestra final fue de 259 participantes, de los cuales 127 eran migrantes internacionales.

Dada la extensión de los resultados, estos fueron agrupados en 8 categorías que son las que se describen a continuación.

RESULTADOS

Salud Mental, Bienestar y Calidad de Vida

El proceso migratorio, en tanto fenómeno social, implica necesariamente cambios dinámicos tanto en el lugar que recibe al migrante, como en la persona que migra, debiendo esta última adaptarse al país que la acoge, repercutiendo los cambios directamente tanto en su salud física y mental como en sus niveles de bienestar.

Los datos recogidos en la población peruana y colombiana residente en tres ciudades de Chile (Arica, Antofagasta y Santiago) revelan una alta presencia de síntomas asociados a problemas de salud mental, fundamentalmente a depresión y ansiedad, dificultades en la interacción social y problemas de ajuste social. En el caso de la sintomatología, los porcentajes encontrados son altos, develando necesidades urgentes de intervención desde un punto de vista clínico (14). La presencia de estos síntomas está asociada a un alto nivel de estrés por aculturación (estrés derivado del hecho de migrar), siendo las principales causas de este estrés en términos decrecientes la distancia del país de origen (el extrañar), la

discriminación de la cual se sienten objeto (14) y la utilización de una estrategia de aculturación (esto es la medida en que la persona adopta las costumbres chilenas o mantiene la de su país de origen) vinculada a la asimilación y la marginación. En este contexto, una estrategia bicultural (o integrada), donde la persona conserve sus propias costumbres y tradiciones, a la vez que incorpora las de Chile, pareciera constituirse en un factor protector para la salud mental (15). La adopción de esta estrategia estaría fuertemente influenciada por el grado de identidad étnica (16).

En el caso del estrés por aculturación, este tipo particular de estrés es el resultante del proceso de aculturación. A nivel psicológico implica demandas dadas el enfrentamiento de sus actitudes y valores, la necesidad de adquirir nuevas habilidades sociales y normas, los cambios en referencia a la pertenencia a un grupo y el ajuste o adaptación a un ambiente diferente (17). Cuando estas demandas de adaptación a la nueva cultura exceden las capacidades de las personas para afrontarlas surge el denominado estrés por aculturación (18). Se ha estudiado las formas en que población colombiana y peruana viviendo en Chile afrontan el estrés a través de diversas respuestas conductuales y cognitivas. Se reporta que la distancia y añoranza familiar son la principal fuente de estrés, siendo mayor entre los colombianos, quienes usan más la movilidad individual (realizar acciones destinadas al cambio de su estatus individual), la distracción y las comparaciones sociales, mientras los peruanos internalizan más el estigma del inmigrante. Las comparaciones intergrupales y temporales se relacionaron con menor estrés de aculturación (19). También se ha reportado que el estrés por aculturación tiene un efecto negativo sobre la salud de los migrantes, el cual puede ser mediado parcialmente por el apoyo social (20).

El bienestar psicológico, entendido como un estado de plenitud y armonía psicológica (21), implica una percepción del compromiso con la existencia y cambios de la vida, donde el crecimiento y desarrollo personal serían los principales factores del funcionamiento positivo (22,23). Se han reportado diversos elementos vinculados al proceso migratorio que pueden afectar el Bienestar, entre estos, la etnicidad, el género, los niveles educativos y la etapa en el ciclo vital (24), el estado de salud percibido (25,26), el racismo, también vinculado con el estado de salud, el estrés psicológico (27-28), el soporte social (29), la identidad étnica (30) y la discriminación, vinculada a una peor calidad de vida relacionada con la salud (31).

En migrantes colombianos y peruanos en Chile, se

ha reportado que los dominios mejor evaluados del bienestar psicológico fueron la autoaceptación y el propósito en la vida. Quienes reportaron mayor nivel de bienestar fueron aquellos que poseían mayores ingresos económicos, los que se autodefinieron como mulatos y blancos, quienes poseían estudios técnicos completos, quienes vivían acompañados y las personas que tenían pareja. No se encontraron diferencias significativas en el bienestar psicológico entre colombianos y peruanos, sin embargo, las variables sociodemográficas se relacionaron de forma distinta con el bienestar de ambas poblaciones (32). En un estudio centrado en población afrodescendientes, los factores con mayor incidencia en el nivel de bienestar fueron un mayor nivel educacional, residir en Antofagasta y la utilización de estrategias conjuntas que permitiesen preservar la cultura original y adoptar la cultura local, como forma de integrarse con las personas nativas (33).

En cuanto al bienestar social, en migrantes viviendo en Chile se ha reportado que el dominio mejor evaluado es el de contribución social, en tanto el que tiene la peor evaluación es el de la aceptación social. Adicionalmente se ha encontrado que los peruanos residentes tienen una mayor percepción de coherencia social que los colombianos, en tanto estos últimos muestran una mayor percepción de contribución social (34).

Sobre la calidad de vida, esta puede definirse como la evaluación cognitiva basada en distintos estándares de comparación, que realiza una persona sobre su grado de satisfacción en varios dominios de su vida (35). En migrantes viviendo en Chile, se ha reportado que los mejores predictores para una buena evaluación de esta fueron la edad, el nivel de ingresos mensuales, con quien se vive y si se encuentra en pareja o solo (36). Se ha encontrado también que la adopción de una estrategia de aculturación bicultural (integración) se encuentra vinculada a una mejor calidad de vida, al igual que la estrategia de separación en migrantes colombianos, probablemente dado por lo reciente de su llegada como grupo migrante, en comparación con los peruanos. La marginalización siempre se reportó como asociada a una peor evaluación de la calidad de vida (37).

DISCRIMINACIÓN

La discriminación se conceptualiza como el trato diferente hacia un grupo con características comunes o hacia una persona que pertenece a dicho grupo (38). La percepción de ser discriminado negativamente (aislamiento y trato injusto) tiene efectos sobre la salud de las personas, tanto a nivel físico

como mental, los que han sido sistemáticamente reportados en distintos tipos de discriminación. En estudios realizados principalmente en Estados Unidos, se ha evidenciado que la percepción de ser discriminado negativamente (aislamiento y trato injusto) tiene efectos sobre la salud de las personas, tanto a nivel físico como mental. En población migrante, dos de los tipos de discriminación más estudiados son la étnica y la racial, relacionándose entre otros con la presencia de síntomas depresivos, una baja autoestima y un menor bienestar (39-42).

La discriminación pareciera ser la principal causa de una peor salud tanto física como mental en la población colombiana y peruana viviendo en Chile, así como de un menor bienestar psicológico y calidad de vida. Sin embargo, también se ha encontrado que algunos factores pueden incidir en este efecto negativo de la discriminación sobre la salud y el bienestar de las personas, como lo son la autoestima individual y la estrategia de aculturación. Una buena autoestima es capaz de disminuir el efecto dañino de la discriminación, a la vez que la adopción de costumbres chilenas sin dejar de lado las costumbres del país de origen, es decir, la convivencia armónica de ambas.

Dada la frecuente exposición de diferentes grupos étnicos a la discriminación y al alto impacto que produce esta sobre el sufrimiento individual, la pérdida del bienestar y el costo social de los problemas de salud física y mental, se torna relevante investigar no tan solo la relación entre la discriminación y la salud (física y mental) y el bienestar, sino también los factores que influyen en la fuerza de esta relación (43). En este marco, se ha encontrado en inmigrantes peruanos y colombianos viviendo en Chile, que una buena autoestima puede mediar el efecto negativo que tiene la discriminación sobre el bienestar psicológico (44) y sobre la salud mental (45).

DESIGUALDAD EN LAS CONDICIONES DE VIDA

El análisis de perfil sociodemográfico de la población migrante internacional y su comparación con la nacida en Chile sugiere que, si bien la población migrante internacional en Chile proviene en su mayoría de países fronterizos, en los últimos años han crecido otros colectivos, como son los colombianos, venezolanos y haitianos. Existe un aumento importante de la migración en las regiones de la Zona Norte (especialmente Antofagasta, Atacama y Coquimbo), en donde las personas migrantes pueden superar el 5% de población total, y

en la Zona Central (especialmente en las regiones Metropolitana y de Valparaíso).

La desigualdad social al interior de la población migrante es mucho mayor que en la población chilena. Así, cerca del 50% de los migrantes se encuentran en los quintiles más altos de ingreso (IV y V), siendo concordante con el nivel educacional que presentan -correspondiendo en su mayoría a educación media o superior- y a diferencia de los chilenos que predominantemente poseen educación básica o media. Pese a lo anterior, los migrantes presentan una proporción mayor de personas en pobreza multidimensional que los chilenos. Respecto de los indicadores de trabajo, la mayoría se desempeña como empleado con una franca disminución del trabajo doméstico. Además, la mayoría cuenta con contratos de trabajo indefinido (46).

En relación con las condiciones de vivienda, presentan cifras similares a la población chilena (viviendas aceptables con servicios básicos); sin embargo, superan a los nacionales en las cifras de hacinamiento (46).

Sobre condiciones de vida destacan las siguientes dimensiones: trabajo, educación, vivienda, barrio y convivencia. En cuanto a trabajo, la principal razón de ingreso a nuestro país por parte de migrantes internacionales es la búsqueda de oportunidades de trabajo que permitan garantizar un mínimo de bienestar a sí mismos y a sus familias. Con esto en mente, es necesario atender con urgencia las condiciones de búsqueda, inicio, mantención y término de trabajo de migrantes internacionales, en especial aquellos que trabajan de manera informal, temporeros y migrantes circulares de quienes se sabe muy poco. Los mismos migrantes señalan como temas prioritarios: (i) estrategias laborales amplias anti-discriminación, (ii) estrategias diversas que apoyen a empresas, en especial pequeñas y medianas, a minimizar las contrataciones informales, y (iii) supervisión y pena de cualquier tipo de contratación ilegal, en especial aquella que ponga en riesgo la seguridad y vida del trabajador (47).

Acerca de la vivienda, se destaca la urgente reducción de brechas sociales de condiciones de la vivienda, en particular hacinamiento y condiciones subóptimas o pobres de la vivienda, incluyendo a quienes son migrantes internacionales sin ninguna excepción por país de origen o estatus legal. En cuanto a barrio y convivencia, los migrantes destacan su preocupación por temas de violencia, seguridad, capital social psicológico, financiero y de apoyo doméstico en el espacio comunitario del "barrio"; construcción de identidad barrial, confianza y respecto a la diversidad.

EDUCACIÓN

Respecto a educación, las personas migrantes solicitan especial atención a: (i) problemáticas de acceso al sistema educacional, políticas y programas específicos anti-bullying y anti-discriminación escolar, (ii) desarrollo de intervenciones de sensibilización de la diversidad cultural en colegios de manera transversal, (iii) realización de diagnósticos sistemáticos de escolares que consideren la variable migratoria de manera formal y estandarizada para identificación y control de brechas de logro de desarrollo infantil, y (iv) la prevención de retiro de niños y jóvenes migrantes en edad escolar, quienes lo hacen para dar inicio a su actividad laboral (48).

VULNERABILIDAD SOCIAL

Se ha reportado una distribución heterogénea de población migrante internacional vulnerable socioeconómicamente en el territorio continental chileno (49). Migrantes vulnerables en términos socioeconómicos se concentran en comunas de alta vulnerabilidad social general, con “bolsones de concentración” en comunas específicas (50). Los migrantes internacionales se han concentrado en determinadas regiones y comunas a lo largo del tiempo, tales como Arica, Antofagasta, Santiago y Valparaíso. Sin embargo, este patrón se ha acentuado en las últimas dos décadas. Si bien los migrantes internacionales vulnerables se agrupan en algunas comunas del norte y centro de Chile, estas comunas no siempre son las que reportan los mayores rangos de vulnerabilidad para la población general. Hay entonces gran variabilidad en vulnerabilidad social espacial en población migrante internacional en Chile. No obstante, lo anterior, los migrantes internacionales vulnerables se han concentrado en las comunas que a su vez presentan la mayor concentración de inmigrantes a nivel nacional, sobre todo en comunas del norte y de la zona central de Chile. Queda pendiente incorporar una mirada multidimensional de su vulnerabilidad socioeconómica, añadiendo variables de entorno para saber cuál es el impacto que tiene esta distribución espacial en el territorio y cómo los migrantes internacionales interactúan con él (acceso a servicios básicos, como salud, educación, alimentación) (51).

ACCESO A LA SALUD

Se reportan diferencias en el acceso a servicios

de salud entre población migrante internacional y chilena. Un 8-12% de migrantes (según año de la encuesta CASEN) reporta no tener ningún sistema previsional. Al analizar según grupo etario, el grupo de inmigrantes de 0-14 años es el que presenta la mayor proporción de individuos sin previsión de salud (26% versus 1,8% en niños chilenos). Esto es consistente con evidencia internacional que demuestra que niños en todo el mundo accede en menor proporción al sistema de salud que los niños locales (52). Existe mayor proporción de migrantes que reportan no haber accedido a prestaciones de salud habiendo tenido una necesidad (intentó conseguir hora, pero no lo logró). Nuevamente destacan, entre los grupos que no tienen previsión de salud formal, los hombres adultos y los menores de edad, lo que podría relacionarse en muchos de estos casos a su mayor fragilidad socioeconómica (53).

Respecto del uso de servicios a corto plazo (últimos 3 meses), el 24,5% de inmigrantes intentó pedir hora al sistema de salud, pero no la obtuvo (demanda de salud expresada pero no satisfecha). Tanto en chilenos como en inmigrantes, los individuos sin previsión de salud fueron los que presentaron menores tasas de atención médica ($59,7 \times 100$ inmigrantes vs 79×100 nacidos en Chile). Acerca de uso de servicios a largo plazo (últimos 12 meses), un 8 13,3% de inmigrantes afirmó estar en un tratamiento por alguna condición médica en los últimos 12 meses previos a la encuesta (versus 24,4% en chilenos). Además, inmigrantes sin previsión fueron quienes presentan la menor proporción de cobertura de tratamientos, mientras que chilenos con ISAPRE o con otro tipo de previsión los que presentan los menores porcentajes de cobertura.

El análisis sugiere que en población migrante internacional ser hombre joven, ser niño, y tener bajo nivel socioeconómico se asocian a no tener previsión de salud. Se observan además diferencias según país de origen, que se mantienen para diferencias en uso efectivo de servicios de corto y largo plazo (54). En conclusión, la brecha en acceso al sistema de salud en migrantes comparado con nacidos en Chile es real y consistente a lo largo del tiempo de acuerdo con análisis repetido de encuesta CASEN, pese a variaciones marginales entre años de análisis. De estos resultados se desprende además la necesidad de mejorar en forma significativa los registros nacionales sobre acceso y uso de servicios por parte de población migrante internacional, tanto a nivel primario y secundario, como en el sector de salud público y privado (55).

USO DE SERVICIOS DE SALUD

Se recogió información de la atención prenatal del programa Chile Crece contigo (ChCC) en 4 centros de salud primarios de la comuna de Recoleta durante el año 2012. Del total atendido, el 20,4% (n = 260) correspondió a mujeres migrantes internacionales, las cuales en su amplia mayoría eran provenientes del Perú. El promedio de edad fue levemente mayor en mujeres inmigrantes que en chilenas (27 años inmigrantes vs 26 años chilenas), teniendo además las inmigrantes mayor escolaridad que las chilenas.

Como resultados principales se pudo constatar algunas diferencias importantes en uso de servicios de salud tales como:

- En inmigrantes se encuentra un 28,8% de mujeres sin previsión de salud (versus 99,1% de cobertura en mujeres embarazadas chilenas).
- El 41,2% de las embarazadas inmigrantes (107 casos) fueron derivadas a COPAR, versus un 43,2% (437 casos) en mujeres chilenas.
- Inmigrantes presentaron una mayor proporción de Riesgo Biopsicosocial comparado a chilenas 11 (62,3% inmigrantes vs 50,1% chilenas).
- Las mujeres inmigrantes comenzaron sus controles maternos en forma más tardía.

Tanto de manera global como estratificando por variables como derivación a COPAR, ingreso tardío a controles maternos y riesgo biopsicosocial, son las mujeres migrantes las que finalmente ostentan mejores resultados de parto, presentando menores proporciones de embarazos de pretérmino, recién nacidos con bajo peso al nacer y partos por cesárea a o fórceps. De este estudio se desprende la importancia de desarrollar estrategias concretas en salud para acortar las brechas identificadas de acceso al sistema de salud chileno por parte de mujeres inmigrantes embarazadas, en particular aquellas en situación legal irregular, con riesgo obstétrico o biopsicosocial y sin previsión de salud (56).

Pese a que se han establecido normativas y se han generado estrategias de atención en salud para población migrante, éstas en su mayoría no son estables ni conocidas por todos los trabajadores de salud primaria en 8 comunas de Chile que fueron analizadas en estos estudios. Tampoco son fáciles de implementar en las diversas realidades investigadas. La ausencia de registros confiables sobre el número de migrantes que accederán al sistema sanitario dificulta el diseño de intervenciones específicas.

RESULTADOS DE SALUD: CASEN Y EGRESOS HOSPITALARIOS

Los migrantes internacionales reportan, en general para distintas condiciones de salud agudas y crónicas, menor proporción de problemas de salud que la población local. Esto ha sido observado en múltiples estudios internacionales y se ha llamado el “efecto de migrante sano”, que aparece en los años 90 en la literatura internacional y podría explicarse porque, en promedio, los migrantes son más jóvenes, o quienes se desplazan son más sanos (selección natural), o por temor a señalar sus problemas de salud por el riesgo a ser deportados, o por fallas en los registros habituales de un país, entre otros (57). Estudios en Chile provenientes de uno de los dos proyectos Fondecyt indican que el efecto de migrante sano se podría observar en forma cruda en migrantes internacionales comparado con chilenos, pero que desaparecería tras ajustar por nivel socioeconómico (58, 59). De esta forma, es importante cuestionar el efecto de migrante sano para distintos subgrupos de inmigrantes en Chile, que incluso siendo más jóvenes que los locales, están deteriorando rápidamente su salud por experimentar altos grados de vulnerabilidad socioeconómica (57).

Como fuente de información de representación nacional, los egresos hospitalarios permiten analizar tanto morbilidad como uso, oferta, demanda y calidad de los servicios de salud, según sea la patología explorada. En la literatura internacional se registra que los servicios de atención secundaria son utilizados por la población inmigrante, en algunos casos sin previo uso a nivel primario (52).

Se reportan diferencias en las causas de egresos hospitalarios entre población migrante internacional y chilena. Una alta proporción de egresos ocurren por “embarazo parto y puerperio” en inmigrantes, le siguen accidentes y causas externas, problemas digestivos y cáncer (60). Comparado con población local, preocupa la mayor proporción de migrantes hombres y menores de 15 años que egresan sin previsión de salud. Además, llama la atención la mayor proporción de egresos hospitalarios por accidentes, traumatismos y causas externas en migrantes entre 7 y 14 años, y 15 y 34 años, que es significativamente superior a la prevalencia de egreso por esta misma causa en nacidos en Chile del mismo rango etario.

En conclusión, se observaron altos porcentajes (en comparación con la población local) de egresos hospitalarios por causas propias del género femenino, lo cual apoya la teoría de la feminización

de la migración. En los egresos hospitalarios correspondientes a inmigrantes se destaca la alta proporción de estos correspondientes a sujetos sin previsión de salud, en comparación a la población local.

Por otra parte, si bien la base de datos de egresos hospitalarios nos permitió extraer información relevante, aún hay variables de interés para el análisis de morbilidad y uso de servicios que no son recolectadas de manera habitual, en particular en relación con la condición migratoria. Se debe intentar recoger información de estatus migratorio (país de origen, nacionalidad y situación de regular/irregular), si se es primera o segunda generación de inmigrante (consultar por país de origen y nacionalidad de los padres), tiempo de residencia en el país, ocupación y uso previo de servicios de salud.

Queda como desafío generar más información sobre esta problemática tanto a nivel país como a nivel de la región, principalmente considerando que la evidencia existente en la literatura internacional no necesariamente representa el fenómeno migratorio de esta región (61).

CONCLUSIONES

La complejidad asociada al fenómeno migratorio requiere de la incorporación de diferentes estrategias metodológicas de investigación, que incluyan idealmente equipos de investigación interdisciplinarios y técnicas de levantamiento de información que aporten en forma directa a los vacíos de conocimiento actuales en esta materia en Chile (62).

El fondo público concursable Fondecyt ofrece una oportunidad valiosa para el desarrollo de investigación de primera línea y con los más altos estándares de calidad sobre la relación entre migración internacional y salud. El trabajo de síntesis presentado en este manuscrito de dos proyectos Fondecyt ya finalizados permite actualizar información nacional en esta temática, y al mismo tiempo, desarrollar nuevas preguntas de investigación e hipótesis para el trabajo investigativo futuro.

De acuerdo con los hallazgos, existen importantes desafíos en la materia de salud de migrantes internacionales.

La atención en salud presenta complicaciones, los trabajadores de salud primaria no necesariamente poseen herramientas que les permitan brindar una atención que sea culturalmente sensible a las necesidades de la comunidad migrante.

Algunas necesidades concretas y urgentes percibidas por los trabajadores de salud primaria son: (i) estabilidad y claridad en las normativas vigentes en relación con acceso y prestación de servicios, (ii) capacitación en normativas y la manera concreta en la que éstas deben operar, y (iii) sensibilización en competencia intercultural en salud (63).

Por otra parte, es imposible aproximarse al fenómeno migratorio sin analizar su estrecha relación con el territorio local, en particular el de comuna y de barrio. Los migrantes internacionales, autoridades locales, trabajadores de salud y directores de atención primaria coinciden en la percepción sobre la diversidad de grupos migrantes que hoy llegan a Chile. Sus principales desafíos son asentarse con sus familias o dejarlos atrás, encontrar trabajo y regularizar sus papeles, convivir en espacios identificados como de extranjeros y convivir con el pueblo nacional. El sistema de salud y el sistema educacional se perciben como difíciles de navegar y en algunos casos ignoran modificaciones legales recientes que les permiten mayor cobertura en salud.

El bienestar es una apreciación de lo cotidiano, que se construye socialmente a partir de la propia cultura, sus tradiciones, identidad y respeto a la diversidad. Es urgente reducir discriminación y estigma, promover espacios comunitarios y familiares de inclusión y participación, sacar de la pobreza a una proporción relevante de niños migrantes que hoy la enfrentan, y por último proteger que todo niño tenga garantizado el término efectivo de sus estudios escolares completos. Respecto a salud de trabajadores migrantes informales, en este tema es requerida la colaboración entre ministerios del trabajo, desarrollo social, justicia, interior y salud, entre otros. Organizaciones internacionales y también pueden jugar un papel crítico para avanzar hacia medidas de protección social en el trabajo. Dichas medidas no solo deben responder a una lógica de derechos mínimos, sino también de medidas estándares internacionales para cualquier trabajador en Chile, independiente de su país de origen. Programas preventivos de salud, garantía de tratamiento y cuidado incluso en situación legal irregular o sin contrato, son mínimos de protección social basada en derechos.

En cuanto a salud de migrantes en situación de pobreza absoluta y multidimensional, esta dimensión fue especialmente distinguida por los participantes, por su severidad en algunos grupos de migrantes, quienes sienten haber perdido la dignidad y sus derechos, así como sentirse con el ánimo bajo por un sentimiento de agotamiento y

fracaso con la vida. Se reconoce la complejidad de lograr erradicar la pobreza absoluta y multi-dimensional. Se pide, no obstante, el apoyar a migrantes en regularizar más rápido sus papeles y en acceder a mecanismos de protección social que les permita salir de la pobreza. Es interesante también reflexionar sobre el bienestar y salud de familias multinacionales. Una de las características de la migración internacional de origen laboral es que muchas familias se dividen y experimentan elevados grados de estrés psicosocial. Este estrés se produce en las familias en las cuales un padre o madre deja el país de origen en busca de trabajo, dejando a familiares de mayor edad y con frecuencia a niños y jóvenes en manos de terceros. El “sacrificio” de dejar a los seres más queridos por el anhelo de surgir debe ser mejor atendido en nuestro país. Debemos recuperar nuestra empatía social, comprender lo que debe significar vivir algo de esta envergadura para cualquier persona y generar estrategias innovadoras y creativas para que estas personas se sientan bienvenidas y a la vez conectadas con quienes quedaron atrás

Existe la urgente necesidad de mejorar la estrategia de inclusión de población migrante en la encuesta nacional CASEN, de tal forma de alcanzar el poder muestral suficiente para realizar análisis más robustos y precisos acerca de las condiciones de vida y uso de servicios por parte de este grupo en nuestro país. Vale la pena discutir como país la incorporación sistemática de, por ejemplo, un “paquete temático” sobre población migrante internacional en todas las encuestas que se realizan en la actualidad y datos administrativos tales como estadísticas vitales de mortalidad y nacidos vivos, entre otros.

El complejo y dinámico proceso de globalización que se ha instalado en el mundo en los últimos 50 años nos permite recoger experiencias pasadas de países que han sido polo de atracción de migrantes internacionales, y el profundo impacto que tienen la existencia -o ausencia- de políticas migratorias, sociales y de salud que verdaderamente protejan la calidad de vida y el bienestar familiar, laboral y social de dichas personas. Esta evidencia histórica es una oportunidad para que Chile tome las decisiones correctas en materia de protección social y de derechos humanos para todo ser humano que habite territorio nacional, independiente de su edad, género, país de origen, clase social y color de piel.

Chile se encuentra hoy en una posición de oportunidad para proteger el bienestar y salud de la población migrante internacional. El país ha

declarado adherirse a convenios internacionales en esta materia, con énfasis en la protección de los derechos humanos, y ha generado una serie de propuestas para una entrega efectiva de información y un mejor acceso y uso de beneficios sociales y prestaciones de salud por parte de este grupo. Todas estas declaraciones, políticas y programas requieren hoy de una adecuada implementación en los espacios comunales locales y oportuna evaluación, de manera de lograr el impacto deseado de protección de grupos de migrantes internacionales en nuestro país. Esto se adscribe a las metas específicas en materia de migración internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y a las cuales Chile ha formalizado su compromiso e interés. Más aún, los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, por primera vez formulan metas de reducción de inequidades en salud para población migrante internacional, lo que ha catalizado el desarrollo de diversos estudios y ejes programáticos a nivel central y local en todo el territorio nacional.

REFERENCIAS

1. International Organization for Migration. Informe sobre las migraciones en el mundo. Geneva: United Nation; 2018.
2. United Nations. Trends in international migration. New York; 2015. [Internet]. New York: Department of Economic and Social Affairs, UN; 2015.
3. Organización de Naciones Unidas – ONU [Internet]. 2018.. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html>
4. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Informe sobre las migraciones en el mundo 2010. Disponible en http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2010_spanish.pdf?language=es
5. Willers S. Migración y violencia: las experiencias de mujeres migrantes centroamericanas en tránsito por México. *Sociologica (Méx)*. 2016;31(89):163-95.
6. Temores-Alcántara G, Infante C, Caballero M, Flores-Palacios F, Santillanes-Allande N. Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México. *Salud Publica Mex*. 2015;57(3):227-33.
7. Ripoll 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.

8. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Resultados Censo abreviado 2017. Internet. Disponible en www.inec.cl.

9. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas [Internet]. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017 enero 2017. 529 p. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

10. Cabieses B, Alarcón A, Bernales M, Astorga S, Martínez F. Informe Final Estudio Licitación Sistematización y Evaluación del Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes. Santiago: Ministerio de Salud de Chile. En colaboración con Organización Internacional para las Migraciones y Universidad del Desarrollo; 2018

11. Cabieses B. Sobre el concepto de vulnerabilidad desde el enfoque de desigualdad social en salud. In: B C, M B, A O, V P, 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.

12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Informe de la reunión extraordinaria de la mesa directiva de la conferencia regional sobre población y desarrollo de América Latina y El Caribe [Internet]. Santiago: CEPAL; 2017. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43289/1/S1800134_es.pdf

13. Arango J. Las Migraciones Internacionales en un Mundo Globalizado. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2007.

14. Urzúa A, Heredia O, Caqueo-Urizar A. Salud mental y Estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Rev Méd Chile* 2016. 144: 563-570.

15. Urzúa A, Boudon S, Caqueo-Urizar A. Salud Mental y Estrategias de Aculturación en inmigrantes colombianos y peruanos en el Norte de Chile. *Acta Colombiana de Psicología* 2017, 20(1): 70-79. Doi: 10.14718/ACP.2017.20.1.5

16. Arenas P, Urzúa A, Estrategias de Aculturación e identidad étnica. Un estudio en migrantes Sur-Sur en el norte de Chile. *Universitas Psychologica* 2016, 15 (1): 117-128.

17. Berry JW. Globalization and acculturation. *International Journal of intercultural relations* 2008;32: 328-36.

18. Arbona C, Olvera N, Rodríguez N, Hagan J, Linares A, Wiesner M. Acculturative Stress

Among Documented and Undocumented Latino Immigrants in the United States. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2010, 32(3): 362-384.

19. Urzúa A, Basabe N, Pizarro JJ, Ferrer R. Afrontamiento del estrés por aculturación: inmigrantes latinos en Chile. *Universitas Psychologica* 2017. 16(5): 1-13. doi: 10.11144/Javeriana.upsy16-5.aeci

20. Urzúa A, Caqueo-Urizar A, Calderón C, Rojas L. ¿el apoyo social mediatiza el efecto negativo del estrés por aculturación en la salud? un estudio en colombianos y peruanos inmigrantes en el norte de Chile. *Interciencia* 2017, 42(12): 818-822.

21. Rodríguez-Carvajal R, Díaz D, Moreno-Jiménez B, Blanco A, van Dierendonck D. Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema* 2010. 22: 63-70.

22. Ryff C, Keyes C, Shmotkin D. Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002. 82:1007-1022.

23. Díaz D, Rodríguez R, Blanco A, Moreno B, Gallardo I, Valle C, Van Dierendonck D. Adaptación Española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema* 2006. 18: 572-577.

24. Afable A, Brindis C. Acculturation and the sexual and reproductive health of latino youth in the united states: a literatura review. *Perspectives on Sexual and Reproductive health* 2006. 38: 208 – 219.

25. Basabe N, Zlobina A, Páez D. Integración sociocultural y adaptación psicológica de los inmigrantes extranjeros en el País Vasco. *Cuadernos Sociológicos Vascos* 2004;15. Vitoria: Gobierno Vasco.

26. Yang Y. Social inequalities in happiness in the United States, 1972 to 2004: an age-period-cohort-analysis. *American Sociological Review* 2008. 73: 204-226.

27. Williams, D. Race, socioeconomic status and health: the added effects of racism and discrimination. *Ann NY Acad Sci* 2000. 896: 173 – 188.

28. Williams D, Neighbors H, Jackson J. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health* 2003. 93: 200 – 208.

29. Martínez MF, García M, Maya I. Social support and locus of controls as predictors of psychological well-being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain. *International Journal of Intercultural Relations* 2002, 26: 287-310

30. Phinney JS, Horonczyk G, Liebkind K, Vedder P. Ethnic Identity, Immigration and Well-being: An interactional perspective. *Journal of Social Issues* 2001. 57(3): 493-510.
31. Otiniano A, Gee G. Self-reported discrimination and health related quality of life among whites, blacks, mexicans and central americans. *J Immigrant Minority Health* 2012, 14: 189-197.
32. Urzúa A, Sánchez N, Paniagua G, Igor MJ, Castro A. Bienestar Psicológico en Inmigrantes peruanos y colombianos en el norte de Chile. pp. 127 a 141. En Bilbao, Oyanadel y Páez (Ed). *La felicidad de los chilenos: estudios sobre Bienestar. Volumen I*, 2015. Primera Edición. RIL Editores. Santiago de Chile.
33. Silva J, Urzúa A, Caqueo-Urizar A, Lufin M, Irrazaval M. Bienestar psicológico y estrategias de aculturación en inmigrantes afrocolombianos en el norte de Chile. *Interciencia* 2016, 41 (12): 804-811.
34. Urzúa A, Delgado E, Rojas M, Caqueo-Urizar A. Social Well Being among Colombian and Peruvian Immigrants in Northern Chile. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2017. 19(5), 1140-1147. DOI 10.1007/s10903-016-0416-0
35. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de Vida, una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 2012. 30(1): 61 – 71.
36. Urzúa A, Vega M, Jara A, Trujillo S, Muñoz R, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida percibida en Inmigrantes Sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia Psicológica* 2015, 33(2): 139 – 156.
37. Urzúa A, Ferrer R, Canales V, Nuñez D, Ravanal I, Tabilo B. The influence of acculturation strategies in quality of life by immigrants in Northern Chile. *Qual Life Res* 2017. 26(3): 717-726. Doi: 10.1007/s11136-016-1470-8
38. Krieger N. A Glossary for Social Epidemiology. *Journal of Epidemiology and community health* 2001. 55: 10, 693 – 700. doi:10.1136/jech.55.10.693
39. Finch BK, Kolody B, Vega WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *Journal of Health and Social Behavior* 2000. 41: 295-313.
40. Bourguignon D, Seron E, Yzerbit V, Herman G. Perceived group and personal discrimination: differential effects on personal self-esteem. *European Journal of Social Psychology* 2006. 36: 773-789. Doi: 10.1002/ejsp.326.
41. Zeiders KH, Umaña-Taylor AJ, Derlan CL. Trajectories of depressive symptoms and self-esteem in Latino youths: examining the role of gender and perceived discrimination. *Dev Psychol* 2013. 49:951-63. doi: 10.1037/a0028866.
42. Sevillano V, Basabe N, Bobowik M, Aierdi X. Health related quality of life, ethnicity and perceived discrimination among immigrants and natives in Spain. *Ethnicity & Health* 2014. 19: 178-197.
43. Mewes R, Asbrock F, Laskawi J. Perceived discrimination and impaired mental health in Turkish immigrants and their descendents in Germany, *Comprehensive Psychiatry* 2015. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.06.009
44. Urzúa A, Ferrer R, Godoy N, Leppes F, Trujillo C, Osorio C, Caqueo-Urizar A. The Mediating Effect of Self-esteem on the Relationship between Perceived Discrimination and Psychological Well-being in Immigrants. *Plos One* 2018. 13(6): e0198413. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198413>
45. Urzúa A, Cabrera C, Calderon C, Caqueo-Urizar A. The Mediating role of Self-esteem on the Relationship between Perceived Discrimination and Mental Health in South American immigrants in Chile [artículo en revisión].
46. Cabieses B, Tunstall H & Pickett KE. (2015). Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study. *International Migration*; 53(2): 303-320.
47. Cabieses B, Bernales M, Van Der Laet C. (2016) Mental health of migrants in low-skilled work in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Psychiatry*. 3(5):402.
48. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A. Develando percepciones y experiencias de salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Rev SP Méx* (in press)
49. Vasquez A & Cabieses B (2016) Where are vulnerable 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* 12;11(1):e0146047.
50. Cabieses B, Galvez P, Ajraz N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 35, 285-291.
51. Cabieses B. The complex relationship between socioeconomic status, migration and health: a discussion on current evidence. *Value in health regional issues* 2014. 5, 1-6.
52. Markkula N, Cabieses B, Lehti V, Uphoff E, Astorga S, Stutzin F. Use of health services

among international migrant children - a systematic review. *Global Health*. 2018 May 16;14(1):52.

53. Cabieses B, Bird P. (2014) A glossary of access to healthcare in low and middle income countries. *International Journal of Health Services*. 44(4): 845–861.

54. Bernales M, Cabieses B, AM McIntyre, M Chepo. (2017). Challenges in the health care of international migrants in Chile. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica* 34 (2), 167-175.

55. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AMM (2017). Desafíos en salud primaria para migrantes internacionales: el caso de Chile. *Rev Atención Primaria* Mar 30. 49 (6), 370-371.

56. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. (2012) Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants and the Chilean-born. A repeated cross-sectional population-based study in Chile. *Int J equity in health care*, 11(1):68.

57. Cabieses B, Tunstall H & Pickett KE. (2013) Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Rev Med de Chile*, 141(10):1255-65.

58. Cabieses B. The health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *BMC Public Health*; 12(1):1013

59. Cabieses B, Pickett KE & Tunstall H. (2012) Comparing factors associated with disability between immigrants and the local population in Chile: are there different stories to tell? *Int J Environ and Public Health Research*; 9, 4403-4432.

60. Oyarte M, Delgado I, Pedrero V, Agar L, Cabieses B. (2018). Relación entre morbilidad por cáncer y condición de inmigrante en Chile. *Rev Saude Publica*. Apr 9;52:36.

61. Agar L, Delgado I, Oyarte M, Cabieses B (2017). Egresos hospitalarios de la población extranjera en Chile: un análisis comparativo y descriptivo, 2012-2013. *OASIS*. 25:95-112.

62. Cabieses B. (2016). Research on international migration and health in Chile: pushing forward. *Rev Med Chile*. 144(8):1093-1094.

63. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. (2013). Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Pan American Journal of Public Health* 34(1): 68-74.