

Vulnerabilidad social y necesidades de salud de población inmigrante en el norte de Chile

Social Vulnerability and Health Needs of Immigrant Population in Northern Chile

Muriel Ramírez-Santana,^{1 2} Johana Rivera Humeres,¹ Margarita Bernales Silva³ y Báltica Cabieses Valdés³

Resumen

Se propuso conocer la vulnerabilidad sanitaria y necesidades de salud de personas inmigrantes en Chile, a través de un estudio cualitativo exploratorio. Los hallazgos indican que su vulnerabilidad estaría dada por su condición irregular, trabajo precario y bajos ingresos, cuando lo tienen. Las afecciones de salud son morbilidad común, de salud mental y reproductiva. La aculturación y actitud positiva hacia el autocuidado serían factores protectores. Importante barrera de acceso es la situación ilegal de algunos inmigrantes; y el desconocimiento del sistema sanitario chileno. Se sugiere socializar políticas sanitarias para migrantes y expandir estrategias dirigidas para su atención de salud.

Palabras clave: 1. inmigrantes, 2. atención primaria de salud, 3. vulnerabilidad sanitaria, 4. América Latina, 5. Chile.

Abstract

It was proposed to know the health vulnerability and health care needs of immigrants in Chile, through a qualitative exploratory study. The findings suggest that their vulnerability would be due to their irregular status, precarious work and low incomes, when they do. Health conditions are common morbidity, mental and reproductive health. Acculturation and a positive attitude towards self-care would be protective factors. An important barrier to access is the illegal status of some immigrants; as the ignorance of the Chilean health system. It is suggested to socialize health policies for migrants and to expand targeted strategies for their health care.

Keywords: 1. immigrants, 2. primary health care, 3. health vulnerability, 4. Latin America, 5. Chile

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2017

Fecha de aceptación: 10 de agosto de 2017

¹ Universidad Católica del Norte, Chile.

² Autora para correspondencia: mramirezs@ucn.cl, <https://orcid.org/0000-0002-3642-6965>

³ Universidad del Desarrollo, Chile.

Introducción

Chile es miembro de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) desde 2010, en 2012 tenía una población estimada de 17.4 millones de habitantes y un producto interno bruto de 21 990 dólares en 2013 (OCDE, 2015). Esto convierte al país en un polo de atracción para la migración de países vecinos, la cual aumentó de 83 mil en 1982 a 411 mil en 2014 (Ministerio del Interior, 2014). Según el anuario de estadísticas migratorias Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de 2014, la mayoría de inmigrantes son mujeres (52.9 %) y proceden de Perú (31 %), Argentina (16 %) y Bolivia (8.8 %) (Ministerio del Interior, 2016). Este fenómeno ha sido descrito como migración sur-sur en América Latina; es decir, ocurre entre países del cono sur limítrofes o cercanos. En este sentido, si bien Argentina ha sido denominado como país receptor, Brasil y Chile también presentan este perfil (Marroni, 2016) y, en este último, el fenómeno se caracteriza por un componente de feminización importante, según refieren varios autores (Acosta González, 2013; Elizalde, Thayer y Córdova, 2013; Mora, 2008). Estudios realizados sobre migraciones en Latinoamérica describen que estas poblaciones se trasladan desde lugares con condiciones de vida deficientes hacia países con economías más fuertes, pero mayor inequidad, en busca de mejores oportunidades, por lo tanto y paradójicamente, pasan a formar parte de los grupos más vulnerables en los países receptores (Vásquez-De Kartzow, Castillo-Durán y Lera, 2015).

Es necesario señalar que los inmigrantes no tienen condición de ciudadanos en Chile, pueden comenzar el trámite de la nacionalidad una vez que hayan cumplido 5 años de residencia con visa temporal (Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile, 2011). Además, la legislación chilena garantiza cobertura de salud, a través de seguro público (Fondo Nacional de Salud [Fonasa]) o privado (Institución de Salud Previsional [Isapre]), solamente a quienes tienen contrato de trabajo. En caso contrario, pueden acceder al sistema público –o a cualquier sistema de atención– en calidad de *indigentes*, siempre y cuando paguen las costosas prestaciones de manera particular. Fonasa, como seguro público de salud, otorga atención de salud de primer nivel por medio de Centros de Salud Familiar (Cesfam) en todo el país, con administración municipal (Vásquez-de Kartzow, 2009) y regidos por una misma normativa. Respecto a la situación previsional de salud de los inmigrantes en Chile, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) de 2013 establece que la mayoría se encuentra afiliado a un sistema de seguros de salud; 68.7 por ciento pertenece al sistema público o Fonasa, 18.1 por ciento pertenece al sistema privado o Isapre y, finalmente, 8.9 por ciento declaró que no pertenece a ningún tipo de sistema previsional de salud (Ministerio de Desarrollo Social, 2013). Según Cano, Contrucci y Pizarro (2009): “la alta proporción de cotizantes en el sistema público es, en parte, fomentada por la actual política migratoria implementada en Chile, que establece el cumplimiento de un contrato de trabajo como requisito para acceder a la visa de residencia definitiva”. Sin embargo, existe una proporción de inmigrantes en situación irregular que aún no es identificada claramente, pues 30 por ciento de los inmigrantes en la Región Metropolitana eran indocumentados (Vásquez-De Kartzow, 2009).

Castañeda *et al.* (2013) identifican la condición de inmigrante como determinante social de la salud, y la caracterización psicosocial de las condiciones de vida y salud de población inmigrante en Chile fue descrita por Cabieses (2012) como una población conformada, en su mayoría, por mujeres jóvenes pertenecientes a minorías étnicas. Los migrantes de estratos socioeconómicos más bajos tienen características similares a las de los chilenos del mismo estrato en cuanto a desempleo y pobreza, pero son más jóvenes. Según Cabieses, Tunstall y Pickett (2015), se trata de un grupo socialmente complejo y heterogéneo, con características particulares de vulnerabilidad aunque es importante señalar que los estudios publicados que dan cuenta de las necesidades de atención de salud de la población inmigrante en Chile son escasos. Cabieses, Tunstall, Pickett y Gideon (2012) identificaron que el acceso a las prestaciones de nivel primario de la población inmigrante difiere, en parte, de aquellas atenciones recibidas por los ciudadanos chilenos, pues presentan mayores tasas de uso de cuidados antenatales y ginecológicos, así como menor utilización de controles infantiles.

El presente artículo relata los hallazgos principales de un estudio de tipo cualitativo, anidado en un proyecto de investigación mayor (Fondecyt 11130042 “Desarrollando inteligencia en salud pública para inmigrantes internacionales en Chile”) aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad del Desarrollo (acta de aprobación 2013-38 del 17 de mayo de 2013), que tiene como propósito aportar al conocimiento acerca de la situación de salud de inmigrantes internacionales en Chile. Se reportan los resultados de un estudio de caso con método cualitativo y de tipo exploratorio, realizado en la comuna de Coquimbo, en el norte de Chile, entre agosto de 2014 y mayo de 2015. Su propósito fue explorar la vulnerabilidad sanitaria de la población inmigrante internacional que hace uso de la atención primaria, identificar sus necesidades de atención de salud y cómo perciben el servicio en los centros de atención primaria de salud en dicha comuna. En consideración a lo anterior, participaron en el estudio personas inmigrantes usuarias de dos centros de atención primaria de salud y se entrevistó a sus directivos y al alcalde de la comuna; responsables de administrar los establecimientos de atención primaria de salud.

Material y método

Se trata de un estudio cualitativo enmarcado en modelo constructivista, según las orientaciones metodológicas de Amezcuá y Gálvez Toro (2002), usando el modelo de estudio de caso propuesto por Lund (2014). La información para *análisis de contenido* se obtuvo de los textos transcritos, recolectados a través de grupos focales con personas inmigrantes usuarias del sistema de salud, en atención primaria, de la comuna de Coquimbo y entrevistas semiestructuradas a dos tipos de informantes clave relacionados a la situación de estudio, con el objetivo de tener la perspectiva de personas familiarizadas con el contexto de atención de salud, tales como los directores de centros de atención primaria y la autoridad comunal.

La muestra se realizó por criterios, según métodos de muestreo de Miles, Huberman y Saldaña (2014). La selección de los Cesfam dependió de la disposición de sus directivos para formar parte del estudio y los participantes fueron seleccionados según tres criterios:

1) que fueran inmigrantes internacionales y usuarios de dos Cesfam de la comuna de Coquimbo, 2) la disposición de los respectivos directores de aquellos centros y 3) el alcalde de la comuna de Coquimbo como autoridad responsable de administrar el nivel primario de atención de salud. Los criterios de inclusión fueron: 1) ser mayores de 18 años; 2) residir en Chile por un año, al menos; 3) estar vinculado de alguna manera con los Cesfam estudiados; 4) leer y aceptar el consentimiento informado; y 5) firmar el documento que certifica su participación voluntaria, anónima y sin pago alguno en este estudio. Una vez explicado y firmado el consentimiento informado, los directivos de centros de salud y autoridad comunal fueron entrevistados siguiendo la guía de entrevista y en un espacio tranquilo y privado. Se realizaron dos sesiones de grupos focales con inmigrantes que aceptaron participar, una en cada centro de salud. Se grabó el audio de las conversaciones sin registro de identificación personal del participante y, posteriormente, fueron transcritas a texto en formato Word palabra por palabra, por personal entrenado.

Se analizó el contenido de los textos con el establecimiento de categorías según lo descrito por Amezcua y Gálvez Toro, (2002), después se realizó el análisis semántico –o del sentido del texto–, en donde la interpretación se lleva a cabo desde el discurso de los participantes, conforme a la estructura general de la guía de entrevista, para dar una visión general del tema. Las preguntas de la guía se describen en el cuadro 1, al igual que las categorías relevantes y códigos emergentes. Las categorías se originaron desde la codificación de Taylor y Bogdan en base a palabras clave y con apoyo del programa Atlas-ti; generando primero 56 etiquetas (Amezcua y Gálvez Toro, 2002).

Cuadro 1. Libro de códigos, objetivos, descripción de guía de entrevistas/grupos focales, categorías y códigos emergentes

Objetivos	Guía de entrevistas/grupos focales: ¿qué se preguntó?	Categoría	Códigos emergentes	Viñetas
Explorar la vulnerabilidad social de la población inmigrante usuaria de los centros de atención primaria de salud.	¿Cuál es su edad? ¿Cuál es su sexo? ¿Cuál es su estado civil? ¿Cuál es el nivel de educación que usted ha completado? ¿Cuál es su país de origen? ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta comuna? ¿Por qué se vino a vivir a Chile? Indique 3 razones principales. ¿Cuántas personas viven en su casa? ¿Tiene hijos? ¿Trabajó la última semana? ¿Tiene contrato formal de trabajo? ¿Tiene sus documentos de migración al día? ¿Tiene previsión de salud? ¿Cuál es el ingreso mensual total de su	Características socioculturales previas: Motivación para migrar. Visión de Chile. Características de los inmigrantes y contexto: Bajo nivel educacional. Situación laboral inestable (sin previsión). Bajos ingresos. Hacinamiento, vivienda compartida. Discriminación (positiva/negativa).	El alto costo de vida provoca que los migrantes vivan en malas condiciones Factores intervinientes de tipo social: Redes de apoyo. Proceso de asimilación a la cultura chilena como factor protector. Valorización del profesional migrante.	“He tenido el sueño de salir de mi país para poder superarme” (E149B, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Busco una mejor vida para mi familia” (E729D, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Se gasta ja, ja –o sea– si no se puede ahorrar nada”, “yo vivo con [...] con extranjeras, no tenemos previsión social [...] con la plata que uno gana, alcanzaría para el arriendo, no más” (E226C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Me cuesta. Le cuesta la [...] la adaptación. La presión que hay de la cultura, o sea, en cuanto a que siempre tiene que ser como más lo de la cultura dominante que la del inmigrante, entonces es difícil la participación, las relaciones” (E640C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Nos juntamos, pero, lastimosamente, no tenemos por decir, los días de feriado o un domingo, ¿dónde?, no tenemos un lugar, una

	<p>hogar? De éste, ¿cuánto envía de regreso a su país cada mes?</p>	<p>“pieza, eso nos hace falta [...] pero podríamos conseguir” (E149B, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p> <p>“Es un proceso difícil el dejar la familia ¿eh? ... el aprender de ustedes, porque tu cuando llegas a una nueva cultura no conoces que es lo que es correcto y lo que no es, las normas, tanta cosa, tanta cosa que hay en una cultura” (E640C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p> <p>“Pues las personas que atendí aquí, 2 inmigrantes y con hijos inmigrantes, una boliviana y una mexicana –yah– pasan situaciones muy muy difíciles porque no son profesionales” (E640C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p> <p>“Yo pienso que el ser profesional te da algunas ventajas porque tienes un título o hay acceso, obviamente, aunque en mi campo laboral no son las mejores condiciones” (E640C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p>
	<p>Explorar la percepción que tienen las/os inmigrantes respecto a la atención recibida en centros de atención primaria de salud.</p>	<p>¿Creen que los inmigrantes conocen sus derechos en relación a la atención de salud en Chile?</p> <p>Factor interviniente: Políticas de migración y de Salud para Migrantes</p> <p>Factor interviniente: Desconocimiento de convenios internacionales, del sistema de salud chileno y las características y necesidades de salud de la población inmigrante y la implementación de políticas.</p> <p>“Cuando ellos ingresan al sistema tienen exactamente los mismos beneficios que los habitantes chilenos, acceden al sistema como usuario, así mismo los que acceden a un empleo [...] no hay ningún tipo de discriminación en ese sentido” (E949C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p> <p>“Yo pues, yo pues en el momento del parto, entonces, estoy como asustada porque no sé si me van a cobrar, no sé si un millón, no sé cuánto [...] así me han dicho, que más o menos va por ahí el valor [...] y no tengo para pagar esa plata, soy madre soltera” (E226C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p> <p>“En los diagnósticos participativos, en el último que vi yo, que está como bien hecho, que es del 2013, no hablaba de la población inmigrante” (E949C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p> <p>“No lo tenemos cuantificado, no lo tenemos cuantificado hoy día porque el sistema te habla de números y ahora nosotros estamos en el proceso de ver el caso a caso” (E949C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p>
	<p>Explorar la percepción que tienen las/os inmigrantes respecto a la atención recibida en centros de atención primaria de salud.</p>	<p>¿Cómo describirían la relación entre los inmigrantes y el centro de salud o consultorio? ¿Por qué?</p> <p>Caracterización de la atención de salud:</p> <p>Acceso a atención de salud.</p> <p>Deficiencias (tiempos de espera, falta de espacio).</p> <p>El costo alto de la atención de salud provoca que algunos migrantes prefieran el sistema de su propio país.</p> <p>“Igual, igual [sic] si lo vemos en forma particular, ahora pienso viajar con mi hija también, posiblemente a Bolivia, mi país, para poder tratar la vista de ella, ver la medición de los lentes y también el asunto de la odontología es necesaria, acá en el país es demasiado caro” (E149B, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p> <p>“¡Eh! A diferencia del sistema de salud que tenemos allá en nuestro país, te cubre más en cuanto a medicamentos, a atención con los especialistas, económicamente, pues tú pagas muy poco en Colombia, dependiendo del extracto social que tengas y acá no, acá todo es plata [...] es que Chile es un país, en todos los sentidos, muy caro” (E640C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).</p>

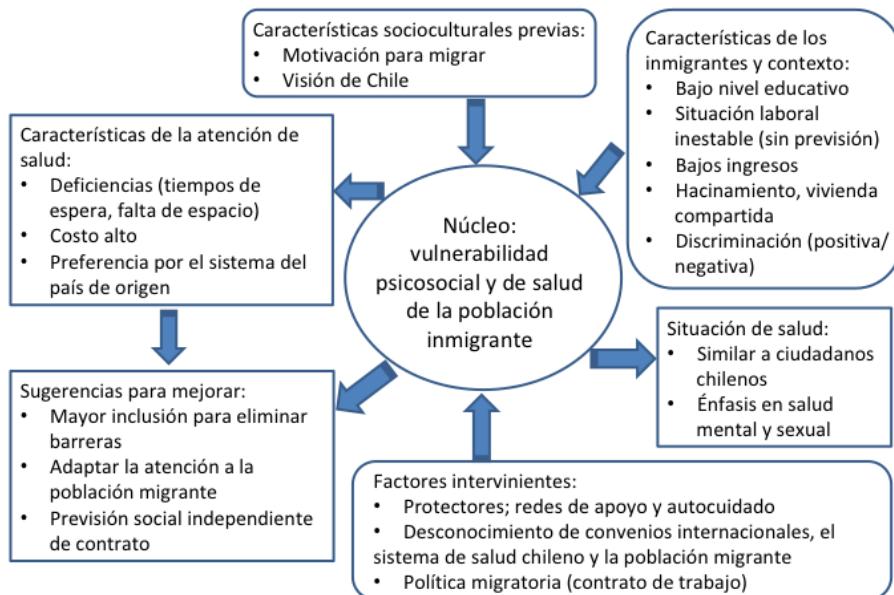
Identificar las necesidades de salud de la población inmigrante internacional usuaria de atención primaria.	¿Cómo califica su salud actual? ¿Cuáles son sus principales necesidades de salud en este momento? ¿Cuáles son las principales necesidades actuales de salud de su familia? ¿Cuáles son las principales necesidades de vida y salud de la población inmigrante en su comuna?	Situación de salud. Necesidades de atención de salud.	Enfermedades comunes similares a la población chilena. Problemas de salud mental. Factor interviniente: Autocuidado en salud sexual y alimentación.	“Tengo el problema de la vista yo, que eso es lo primordial para mí” (E149B, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Porque vengo a buscar atención para él, vengo a ver medicina general, ver la atención para mi hijo y dolor estomacal, eso es” (E729D, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “El control del niño y mi señora que está [...] dio a luz a hace poco” (E329C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Yah, a mi mamá la operaron, hace poco, yah, le sacaron todo, el colon es de lo que más sufrimos, de lo que [...] todas, todas las hermanas, mi mamá, todas [sufrimos]” (E529A, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Algunas personas con depresión, porque también cuando tienen su primera estadía acá, en los primeros meses [...] depende también de la nacionalidad, lo que yo te digo ahí la salud mental está muy relacionada con la estrategia de aculturación, en mi caso” (E640C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Pido ayuda, o sea le digo a mis hermanas que me acompañen al [...] a que me vean -yah- a ver qué onda, qué tengo” (E529A, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “La más importante, es cuidarme de que algún día no se me pegue el VIH que [...] ¡es lo más importante! –Sí– eso es como lo principal” (E529A, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Me estoy alimentando bien en mi país, para venir a otro país a alimentarme mal” (E640C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).
Explorar la percepción que tienen las/os inmigrantes respecto a la atención recibida en centros de atención primaria de salud.	¿De qué forma se ha adaptado este centro de salud para responder a las necesidades específicas de la población inmigrante que reside en esta comuna? ¿Cómo se han evaluado estos cambios?	Políticas internas de cada centro de salud.	Mecanismos de adaptación para atender a migrantes. Administrativos. Atención directa.	“Sí, nosotros vamos a hacerles visitas, como que son reacios a recibir personas. Así que son gente bien especial, pero igual tratamos de que los sectores trabajen donde corresponde” (E1049C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).
Explorar la percepción que tienen las/os inmigrantes respecto a la atención recibida en centros de atención primaria de salud.	¿Podría describirme el proceso para tomar una hora en el centro de salud?, ¿es diferente para la población chilena y la inmigrante?, ¿de qué forma? ¿Cómo podrían afectar la salud de los inmigrantes estas diferencias?	Políticas de Salud. Políticas de migración. Acceso a centros de salud primario.	Dificultades relacionadas a la discriminación y normalización de las condiciones de inequidad.	“No nos arriendan porque somos extranjeras, dicen que vamos a dañar sus cosas o vamos hacer mucho desorden” (E226C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Entonces, como que no tenemos los mismos derechos de los que han nacido aquí, en Chile” (E226C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “A menor nivel educativo es más la discriminación, a mayor nivel educativo es menor, pero igual se siente, o sea, es más sutil, yo pienso, es más sutil” (E640C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).
Explorar la percepción que tienen las/os inmigrantes	¿Tienen alguna sugerencia para mejorar el servicio de salud dirigido a inmigrantes en	Sugerencias para mejorar: Mayor inclusión.	Información acerca del perfil poblacional de los migrantes.	“Yo creo que, tal vez, podía ser que el consultorio podría juntarnos a los inmigrantes de mi país y ahí [...] para que la atención pueda ser mejor” (E149B, comunicación

respecto a la atención recibida en centros de atención primaria de salud.	el centro de salud?	Previsión social independiente de contrato.	Conocer el perfil sociodemográfico y, eventualmente, detectar necesidades especiales.	personal, octubre 2014-marzo 2015). “Sería como legalizar o ayudar más a los extranjeros para que tengamos una previsión social, sin importar que tengamos o no contrato de trabajo” (E226C, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015).
Explorar la percepción que tienen las/os inmigrantes respecto de la atención recibida en centros de atención primaria de salud	En general, ¿cómo calificaría la atención de salud primaria en la comuna de Coquimbo? En su opinión, ¿el centro de salud ha logrado adaptarse a las necesidades de los inmigrantes?, ¿cómo?	Necesidades actuales relacionadas a la atención de salud.	Eliminar barreras que entorpecen la operación del Centro de Salud Familiar (Cesfam).	“Necesitamos es tener un catastro confiable de cuales [...] cuánto es [...] de qué población estamos hablando y las características demográficas reales de esa población, cuántos son niños, cuántos son adultos mayores [...] y también saber cuáles son los que están adscritos al sistema público de salud y quiénes no tienen, quiénes su salud la obtienen del servicio privado o con las ayudas sociales” (E1152A, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “Mucha la espera, demasiado espera uno, uno necesita atenderse lo antes posible y mucha espera una está obligada a esperar [sic]” (E149B, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “No te prestan atención para la cuestión que uno necesita” (E529A, comunicación personal, octubre 2014-marzo 2015). “No tienes el espacio físico para hacerlo (para atenderlos en forma especial), entonces, hoy día estamos con el problema de que los profesionales se tienen que turnar para atender un box, entonces, no puede crecer porque estás limitado por todas las cosas y un montón de cuestiones” (E949C).

Fuente: Elaboración propia.

Se identificaron siete categorías de temas relevantes a través de esquemas asociativos y una de ellas es el núcleo principal. Según Gomes Campo y Ribeiro Turato (2009), las categorías relevantes son aquellos enunciados que permiten responder las preguntas de investigación; en este estudio dichas categorías fueron las condiciones sociales y de contexto de los inmigrantes, su situación de salud y factores que intervienen en la misma, la percepción sobre la atención sanitaria y factores macroestructurales relacionados a las políticas públicas y el núcleo identificado como categoría principal es la vulnerabilidad psicosocial y de salud de la población inmigrante. También se incorporan códigos emergentes no investigados directamente, que surgen del discurso de los participantes y que se relacionan con temas explorados, la figura 1 ilustra lo anterior.

Figura 1. Categorías temáticas relacionadas al riesgo psicosocial de población inmigrante en Coquimbo, Chile, 2014-2015



Fuente: Elaboración propia.

Con el propósito de explorar en mayor profundidad el tema, se analizó el caso “Vulnerabilidad social y de salud de inmigrantes internacionales usuarios de la atención primaria en una ciudad del norte de Chile” empleando el modelo conceptual propuesto por Lund (2014), lo cual implica desarrollar una visión del tema desde cuatro perspectivas: 1) específica y concreta, 2) específica y abstracta, 3) general y concreta, y 4) general y abstracta. Para esta interpretación final se utilizó el pensamiento deductivo e inductivo en forma dialéctica, contribuyendo a la construcción del conocimiento a la vez que el investigador se apoya en su intuición y conocimiento previo del tema (Gomes Campo y Ribeiro Turato, 2009).

Resultados

Caracterización de los participantes

En el cuadro 2 se presentan las características sociodemográficas de los participantes. Ocho inmigrantes internacionales, dos directivos de Cesfam y el alcalde de la comuna de Coquimbo. El grupo de inmigrantes se compuso, en su mayoría, de mujeres solteras, procedentes de Colombia, Perú, Argentina, Bolivia y República Dominicana que ejercían labores de mesera o asesora del hogar; en general, con nivel educacional medio o técnico y solamente una profesional universitaria.

Cuadro 2. Caracterización sociodemográfica de las/os participantes

Nacionalidad	Sexo	Edad	Estado civil	Educación	Profesión/oficio
Chilena	Femenino	49	Casada	Profesional	Directora de Centro Salud
Chilena	Masculino	49	Soltero	Profesional	Director de Centro Salud
Chilena	Masculino	52	Casado	Profesional	Alcalde de Comuna Coquimbo
Boliviana	Femenino	49	Soltera	Educación media	Asesora de hogar
Colombiana	Femenino	26	Soltera	Técnico	Mesera
Colombiana	Masculino	29	Soltero	Técnico	Comerciante pesquero
Argentina	Femenino	29	Soltera	Educación media	Promotora
República Dominicana	Femenino	29	Soltera	Técnico	Mesera
Colombiana	Femenino	26	Soltera	Educación media	Mesera
Colombiana	Femenino	40	Soltera	Profesional	Psicóloga
Peruana	Femenino	49	Soltera	Educación media	Asesora de hogar

Fuente: Elaboración propia.

Descripción y análisis del caso

A continuación, el caso sobre “Vulnerabilidad social y de salud de los migrantes internacionales usuarios de la atención primaria en una ciudad del norte de Chile” es descrito en base a la información recabada, con apoyo de citas de los participantes y, a la vez, analizado desde cuatro perspectivas, cuyo resumen es presentado en el cuadro 3.

Cuadro 3. Análisis en cuatro dimensiones del caso “La vulnerabilidad social y de salud de los migrantes internacionales en una ciudad del norte de Chile”

Dimensión	Concreta	Abstracta
Específica	Información social y demográfica de los migrantes, determinantes sociales de la salud, factores de riesgo sanitario y problemas de salud. Factores protectores: adaptación y autocuidado.	Acceso y atención de salud: condiciones, situación migratoria/laboral/previsional de las personas/usuarios, nivel de información (o desinformación) de los proveedores y usuarios del sistema, calidad de atención.
General (estructural y normativa)	Sistema de salud chileno. Sistema público de salud y atención primaria municipal.	Políticas migratorias. Políticas sanitarias y estrategias locales para la atención de migrantes. Derecho a la salud en Chile.

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, se presentan y analizan los aspectos concretos y específicos del caso; es decir, aspectos sociales y demográficos de los migrantes, determinantes sociales de la salud, factores de riesgo sanitario y problemas de salud del grupo estudiado. Para

caracterizar a los participantes inmigrantes y su contexto es necesario conocer su ocupación actual y necesidades de salud. Los factores motivacionales para se relacionan con la búsqueda de oportunidades de trabajo para cambiar su situación económica y desarrollo personal: “He tenido el sueño de salir de mi país para poder superarme” (Entrevistada 1, comunicación personal, noviembre de 2014), “una mejor vida para mi familia” (Entrevistada 7, comunicación personal, diciembre de 2014). La percepción sobre las condiciones económicas de Chile también interviene en la decisión de migrar, esto se constata en las realidades descritas y lo comentado por Marroni (2016) acerca de que la globalización motiva la movilidad de la población entre países con nivel de desarrollo desigual y crecimiento de los mercados laborales diverso y es parte del fenómeno de migración sur-sur.

Lamentablemente, las expectativas laborales no siempre son cubiertas en los países receptores, dentro de los discursos compartidos se identifican condiciones sociales como falta de previsión, poca calificación laboral, sueldos bajos, trabajos esporádicos e informales (como servicios domésticos, comerciantes, prostitución, servicio en restaurantes, etc.) y necesidad de compartir la vivienda con su red social próxima (hijos, familiares o amigos). Varias de las entrevistadas son madres solteras, descendientes de afroamericanos, separadas o en modalidades relaciones familiares disfuncionales: “Pues las personas que atendí aquí, dos inmigrantes y con hijos inmigrantes, una boliviana y una mexicana, yah, pasan situaciones muy muy [sic] difíciles porque no son profesionales” (Entrevistada 6, comunicación personal, noviembre de 2014). La baja capacidad de ahorro limita la posibilidad de enviar dinero a su país, dado el alto nivel de gastos para vivir: “Se gasta ja, ja –o sea– sí, no se puede ahorrar nada” (Entrevistada 2, comunicación personal, octubre de 2014). Las descripciones realizadas por los participantes son un ejemplo claro de lo referido por Elizalde *et al.* (2013) en cuanto a que la condición de migrante tiende a degradarlos ocupacionalmente las competencias acumuladas en sus países de origen no son reconocidas y tienen que recurrir a trabajos más precarios.

Hasta el momento, el estudio permite sugerir que la población inmigrante usuaria de atención primaria de la comuna de Coquimbo presenta vulnerabilidad sociosanitaria, dadas, principalmente, las condiciones laborales y socioeconómicas en las que se encuentran. Lo anterior coincide con lo presentado por Urzúa, Heredia y Caqueo-Urízar (2016), quienes relacionan el nivel de ingresos con la calidad de vida entre inmigrantes del norte de Chile; en conjunto con otros factores como la situación familiar y de pareja, los cuales también influyen en la trayectoria de vida de los inmigrantes, según Steffoni, Bonhomme, Hurtado y Santiago (2014). Condiciones similares de vulnerabilidad psicosocial ya han sido descritas en migrantes de otros países latinoamericanos (Elizalde *et al.*, 2013).

Respecto a las necesidades y problemas de salud, las/os entrevistadas/os hacen referencia a las enfermedades comunes autodetectadas propias y de sus familiares cercanos, tales como resfrió, trastornos del colon, ansiedad, obesidad, vista, vesícula o hipertensión-presión: “Tengo el problema de la vista yo, que eso es lo primordial para mí” (Entrevistada 1, comunicación personal, noviembre de 2014), “vengo a buscar atención

para él, vengo a ver medicina general, ver la atención para mi hijo y dolor estomacal, eso es" (Entrevistada 7, comunicación personal, diciembre de 2014), "el control del niño y mi señora que está [...] dio a luz a hace poco" (Entrevistado 3, comunicación personal, marzo de 2015), "yah, a mi mamá la operaron, hace poco, yah, le sacaron todo, el colon es de lo que más sufrimos de lo que [...] todas, todas las hermanas, mi mamá, todas [sufrimos]" (Entrevistada 5, comunicación personal, octubre de 2014).

Algunos de los inmigrantes y un director de Cesfam señalan casos de depresión y síntomas como irritabilidad y cansancio, ellos mismos se consideran en riesgo dadas sus habilidades escasas para asimilación del cambio de vida: "Algunas personas con depresión [...] porque también cuando tienen su primera estadía acá, en los primeros meses" (Entrevistado 9, comunicación personal, octubre de 2014), "depende también de la nacionalidad, lo que yo te digo ahí la salud mental está muy relacionado [sic] con la estrategia de aculturación, en mi caso" (Entrevistada 6, comunicación personal, noviembre de 2014). Estos aspectos de salud mental concuerdan con el metaanálisis de Jurado *et al.* (2016) de población migrante a nivel mundial. Los factores que afectan la vulnerabilidad de los emigrados para desarrollo de trastornos mentales comunes son: país de origen, sexo femenino, bajo nivel educacional y posición social, y situación familiar y de pareja, así como los factores asociados al proceso migratorio como idioma, aculturación, necesidad de migrar y planificación de la migración. Así mismo, se identifica la discriminación como un elemento que puede modular la percepción de malestares psicológicos como sensibilidad y depresión, según lo descrito por Burman (2016) en su estudio de población migrante peruana en Santiago de Chile.

Se identificaron factores interviniéntes positivos como categorías emergentes, asociados a la existencia de redes de apoyo y autocuidado. En el ámbito de aceptación social/discriminación, la percepción que tienen los inmigrantes sobre sentirse marginados contradice el discurso de los directivos, el cual señala que las personas originarias de Chile no discriminan a los migrantes. Por un lado, una inmigrante mencionó: "No nos arriendan porque somos extranjeras, dicen que vamos a dañar sus cosas o vamos hacer mucho desorden [...] entonces, como que no tenemos los mismos derechos de los que han nacido aquí, en Chile" (Entrevistada 2, comunicación personal, octubre de 2014), mientras que otra participante comentó: "A menor nivel educativo es más la discriminación, a mayor nivel educativo es menor, pero igual se siente, o sea, es más sutil yo pienso" (Entrevistada 6, comunicación personal, noviembre de 2014). Por otro lado, un directivo explicó: "Cuando ellos ingresan al sistema tienen exactamente los mismos beneficios que los habitantes chilenos, acceden al sistema como usuario, así mismo los que acceden a un empleo [...] no hay ningún tipo de discriminación en ese sentido" (Entrevistado 9, comunicación personal, octubre de 2014).

La aculturación es el proceso que lleva a los grupos humanos a incorporarse culturalmente en una sociedad. En ese sentido, han sido identificadas cuatro estrategias según el modelo de Berry (2008) y bajo la perspectiva del grupo minoritario que se incorpora a una sociedad: 1) asimilación: el grupo minoritario no desea mantener su cultura, sino incorporarse diariamente a la nueva; 2) separación: el grupo nuevo no desea

perder su propia cultura y evita la interacción con otros; 3) integración: ambos grupos desean mantener su propia cultura, pero interactuando entre sí; y 4) marginalización: el interés en mantener la cultura propia es baja, así como en relacionarse con los otros. Las estrategias de aculturación son importantes para el proceso de adaptación de los migrantes y su estado de salud mental (Urzua et al., 2016). Para los participantes del estudio, el proceso de asimilación de la cultura chilena incluyó dos elementos constitutivos: por una parte, tendencia a la separación; dada por la capacidad de articular redes con otros inmigrantes para resolver o enfrentar problemas: “nos juntamos, pero, lastimosamente, no tenemos, por decir, los días de feriado o un domingo, ¿dónde?, no tenemos un lugar, una pieza, eso nos hace falta [...] pero podríamos conseguir” (Entrevistada 1, comunicación personal, noviembre de 2014). El segundo elemento es la asimilación a través de los esfuerzos por adaptarse: “Es un proceso difícil el dejar la familia ¿eh? [...] el aprender de ustedes, porque tú cuando llegas a una nueva cultura no conoces qué es lo que es correcto y lo que no es, las normas, tanta cosa, tanta cosa que hay en una cultura [...] me cuesta la [...] la adaptación. La presión que hay de la cultura, o sea, en cuanto a que siempre tiene que ser como más lo de la cultura dominante que la del inmigrante, entonces es difícil la participación, las relaciones” (Entrevistada 6, comunicación personal, noviembre de 2014). Respecto de la capacidad de integración, Urzúa, Vega, Jara, Trujillo y Muñoz (2015) mencionan que la integración social favorece la calidad de vida en este grupo de personas en su estudio de inmigrantes en el norte de Chile. Sin embargo, según Berry (2008), esta estrategia requiere de la participación de la sociedad receptora, en este caso, de los mismos chilenos. En este sentido, la integración se vería favorecida por una valoración positiva de la condición profesional manifestada por una usuaria inmigrante y profesional, quien señaló el valor de poseer educación superior o profesional: “Yo pienso que el ser profesional te da algunas ventajas porque tienes un título o hay acceso, obviamente, aunque en mi campo laboral no son las mejores condiciones” (Entrevistada 6, comunicación personal, noviembre de 2014).

El autocuidado refleja una actitud positiva de parte de los participantes, el cual podría actuar como factor protector de la salud, pues los participantes señalaron inquietudes por mejorar su alimentación, tener habilidades para el manejo de estrés y ansiedad, y precaución hacia las infecciones de transmisión sexual (ITS): “Yo pienso que tener hábitos saludables, por ejemplo, practicar alguna actividad deportiva y tener alimentación balanceada, donde se combinen los diferentes alimentos en los grupos de alimentos [...] eso trato de hacer” (Entrevistada 6, comunicación personal, noviembre de 2014), “la más importante es cuidarme de que algún día no se me pegue el VIH que [...] ¡es lo más importante! Sí, eso es como lo principal” (Entrevistada 5, comunicación personal, octubre de 2014). También demostraron disposición recibir atención psicológica en el Cesfam para resolver alguna dificultad o problema contingente: “Pido ayuda, o sea le digo a mis hermanas que me acompañen al Cosam [Centro Comunitario de Salud Mental] [...] a que me vean, yah, a ver qué onda, qué tengo” (Entrevistada 5, comunicación personal, octubre de 2014). Esta actitud positiva hacia el autocuidado también se observa en lo descrito por Cabieses *et al.* (2012), quienes señalaron un mayor uso de servicios de atención prenatal y ginecológica en la población migrante, comparado con la chilena, lo cual debería ser

considerado por los equipos sanitarios para fomentar en ellos –y en la comunidad en general– conductas preventivas. En estudios realizados en población inmigrante en Estados Unidos, estas poblaciones presentan menos riesgo de diabetes en jóvenes y menos riesgo de ITS en mujeres latinas (Jaacks, L. M. *et al.*, 2012; Ojeda *et al.*, 2009). Es posible que el hecho de sentirse con menor acceso a la atención sanitaria les lleve a tener una actitud positiva de autocuidado. En este ámbito, es pertinente señalar a la alimentación como factor protector; Concha, (2015) menciona que la dieta algunos inmigrantes (por ejemplo, peruanos) sería de más equilibrada que la dieta de los propios chilenos.

En un segundo nivel del análisis, desde lo específico y abstracto, se identifican temas relacionados con la atención de salud y el acceso a la misma. Respecto a este último, se evidencia un escaso conocimiento de los beneficios sociales y de salud, tanto por parte de los inmigrantes como de quienes ofrecen los servicios sanitarios. Un tema que emerge como hallazgo es la necesidad urgente de contar con registros de los migrantes usuarios y las atenciones que reciben. Tanto los directivos como los mismos migrantes mencionan la que los servicios sanitarios tienen información escasa acerca de la población inmigrante usuaria o beneficiaria y el desconocimiento de la misma en cuanto al sistema de atención chileno. Los comentarios del alcalde de la comuna de Coquimbo ejemplifican lo anterior:

No lo tenemos cuantificado, no lo tenemos cuantificado [sic] hoy día porque el sistema te habla de números y ahora nosotros estamos en el proceso de ver el caso a caso [...] necesitamos tener un catastro confiable de cuales [...] cuánto es [...] de qué población estamos hablando y las características demográficas reales de esa población, cuántos son niños, cuántos son adultos mayores [...] y también saber cuáles son los que están adscritos al sistema público de salud y quiénes no tienen, quiénes su salud la obtienen del servicio privado o con las ayudas sociales” (Entrevistado 11, comunicación personal, enero de 2015).

Un directivo de Cesfam menciona que “en los diagnósticos participativos, en el último que vi yo, que está como bien hecho, que es del 2013, no hablaba de la población inmigrante”. (Entrevistado 2, comunicación personal, enero de 2015). Si bien los funcionarios de salud están conscientes de la existencia de un grupo importante de migrantes, carecen de estrategias sanitarias especiales y orientadas hacia los mismos.

Por otra parte, es evidente que los migrantes desconocen el sistema de salud chileno: “Yo pues, yo pues [sic] en el momento del parto, entonces, estoy como asustada porque no sé si me van a cobrar, no sé si un millón, no sé cuánto [...] así me han dicho, que más o menos va por ahí el valor [...] y no tengo para pagar esa plata, soy madre soltera” (Entrevistada 10, comunicación personal, febrero de 2015). Estos ejemplos se encuentran en línea con lo señalado por Burgos y Parvic (2010): la falta de información sobre atención de salud y beneficios sanitarios puede provocar la vulneración de derechos cuando restringe el acceso a la atención, ya sea por desconocimiento del sistema por parte de los migrantes beneficiarios, falta de información del personal sanitario sobre los derechos de los migrantes o temores de quienes se encuentran en una situación migratoria irregular.

Los costos de la salud en Chile son elevados, especialmente porque el sistema público no es capaz de hacerse cargo de la demanda. En el estudio, los participantes mencionaron la falta de recursos propios para costear gastos médicos y saturación del servicio por la demanda alta: “Mucha la espera, demasiado espera uno, uno necesita atenderse lo antes posible y mucha espera, una está obligada a esperar [sic]” (Entrevistada 1, comunicación personal,), “no te prestan atención para la cuestión que uno necesita” (Entrevistada 5, comunicación personal, noviembre de 2014), “no tienes el espacio físico para hacerlo, entonces, hoy día, estamos con el problema de que los profesionales se tienen que turnar para atender un *box*, entonces, no puede crecer porque está limitado por todas las cosas y montón de cuestiones” (Entrevistado 2, comunicación personal, octubre de 2014).

Tomando en cuenta lo anterior, pudo observarse que los usuarios inmigrantes prefieren el servicio proporcionado por el Sistema de Salud de su país de procedencia, principalmente por los costos, forma de atención, condiciones de interconsulta y cobertura dental y de medicamentos por parte del Estado: “Igual, igual [sic] si lo vemos en forma particular, ahora pienso viajar con mi hija también, posiblemente a Bolivia mi país, para poder tratar la vista de ella, ver la medición de los lentes y también el asunto de la odontología es necesaria, acá en este país es demasiado caro” (Entrevistada 1, comunicación personal, noviembre de 2014), “¡eh! A diferencia del sistema de salud que tenemos allá en nuestro país, te cubre más en cuanto a medicamentos, a atención con los especialistas, económicamente, pues tú pagas muy poco en Colombia, dependiendo del extracto social que tengas y acá no, acá todo es plata [...] es que Chile es un país, en todos los sentidos, muy caro” (Entrevistada 6, comunicación personal, noviembre de 2014). Resulta evidente que el sector salud no tiene la adaptación suficiente para satisfacer las necesidades de este grupo de población, lo que provoca una preferencia hacia el sistema de atención en su país de origen.

La tercera dimensión del análisis es general y concreta, que en este caso refiere a la organización del sistema de salud chileno y desarrollo de estrategias locales para la atención de salud en migrantes. Respecto a lo último, los directivos de Cesfam y el alcalde de la comuna expresaron su preocupación por solucionar las demandas de la comunidad y buena disposición para articular consultas a otros servicios en casos sociales o de violencia: “Si nosotros vamos a hacerle visitas, como que son reacios a recibir personas. Así que son gente bien especial, pero igual tratamos de que los equipos (de salud) trabajen donde corresponde” (Entrevistada 10, comunicación personal, febrero de 2015). Aunque lo anterior muestra intereses particulares para otorgar atención dirigida a los migrantes, se requieren estrategias orientadas para dar respuesta a sus necesidades, según las patologías más prevalentes (mayor cobertura de salud mental, control y orientación en salud sexual), y apoyo psicosocial para situaciones límite de vida. Algunas orientaciones han sido descritas por Vásquez-De Kartzow (2009), en específico hacia la población infantil. En relación a las estrategias para mejorar su situación respecto a la atención en salud, se mencionaron ideas para acercar a los equipos de salud a su comunidad: “Yo creo que tal vez podía ser que el consultorio podría juntarnos a los inmigrantes de mi país y ahí [...] para que la atención pueda ser mejor” (Entrevistada 1, comunicación personal, noviembre

de 2014), “sería como legalizar o ayudar más a los extranjeros para que tengamos una previsión social, sin importar que tengamos o no contrato de trabajo” (Entrevistada, 2, comunicación personal, octubre de 2014).

Es importante señalar que en Chile existen múltiples sistemas de salud que varían dependiendo de la condición económica de los individuos; el público se hace cargo de la mayor parte de la población, incluidos los sectores más vulnerables. En este sentido, los inmigrantes comparten la atención de salud brindada a los oriundos de menores recursos, dadas las condiciones económicas y sociales de este grupo de personas. En consecuencia, los problemas percibidos en la atención de salud del sistema público y, en específico, del nivel primario de atención, son comunes para chilenos e inmigrantes y la frecuencia de los problemas en la atención de salud identificados por los inmigrantes en la encuesta Casen 2013 son muy similares a las cifras mencionadas por los usuarios nacionales del sistema (Ministerio de Desarrollo Social, 2013).

Si el sistema de salud es una instancia básica de la inserción social (Concha, 2015) y considerando que el de nivel primario es el referente para acercar los servicios de salud a las comunidades, toda estrategia o política pública para mejorar y potenciar dicho nivel primario de atención favorecerá tanto a ciudadanos chilenos como a migrantes.

Finalmente, desde un punto de vista general y abstracto, cabe analizar aspectos relacionados a las políticas públicas, para este caso aplican las políticas migratorias y sanitarias, incluyendo el derecho a la salud. Estos tres aspectos están muy relacionados, dado que la carta fundamental de Chile establece que los ciudadanos tienen el derecho a elegir el sistema de atención de salud (seguro público o privado), siempre y cuando haya un contrato laboral. En este sentido, tanto trabajadores nacionales como extranjeros con contrato (y sus cargas legales) tienen derecho a la atención de salud, asegurado en condiciones similares y dependiendo del nivel de ingresos. Lo anterior significa, entonces, que los migrantes regulares con contrato laboral tienen equidad en el acceso a la salud y la atención respecto de los chilenos en condiciones similares. En cuanto a los ciudadanos sin contrato laboral, caen en la categoría de *indigentes* y están obligados a utilizar el sistema público de salud, perdiendo el derecho a *elegir*. En cuanto a los migrantes, el testimonio de los participantes evidencia que existe un grupo indeterminado que son indocumentados en una situación socioeconómica vulnerable y deteriorada, y desconocen el sistema de atención de salud, lo que dificulta hacer uso eficaz de la asistencia disponible: “Yo vivo con [...] con extranjeras, no tenemos previsión social [...] con la plata que uno gana, alcanzaría para el arriendo, no más” (Entrevistada 2, comunicación personal, octubre de 2014). La situación descrita corresponde con lo evidenciado por Cabieses, Pickett y Tunstall (2012) en el artículo “¿Cuáles son las condiciones de vida y salud de quienes no reportan su estado migratorio?” Desde una perspectiva estructural, su diferencial de vulnerabilidad social y sanitaria estaría dado, entonces, por la situación migratoria y laboral en donde la irregularidad les impide ser *identificados* por el sistema y, por lo tanto, son marginados de la atención sanitaria. No obstante, una actualización de la regulación da una salida a esta situación a través del Decreto N°67 del Ministerio de Salud de Chile (2015a), el cual incorpora a los inmigrantes en situación irregular, sin visa o documentos

como beneficiarios de Fonasa. Sin embargo, muchos desconocen esta posibilidad y, por lo tanto, una propuesta pertinente sería distribuir la información sobre los beneficios de salud disponibles. En este sentido, el Ministerio de Salud de Chile ha puesto en marcha programas piloto de atención de salud para migrantes en tres ciudades del norte del país y dos comunas de la capital, Santiago (Ministerio de Salud de Chile, 2015b), sin embargo, el esfuerzo parece insuficiente para lugares en donde la llegada de migrantes ya es una realidad, pues el sistema no se encuentra preparado para ofrecer una atención de salud acorde a las necesidades específicas de este grupo poblacional, como es el caso de la ciudad de Coquimbo.

Es importante mencionar que el estudio tiene algunas limitaciones, en primer lugar, es exploratorio y anidado en un estudio mayor, lo que limitó la flexibilidad metodológica. De la misma manera, su carácter exploratorio limitó el desarrollo de teorías que permitieran explicar la vulnerabilidad sociosanitaria de los inmigrantes a mayor profundidad. Sin embargo, hubo una aproximación a los factores que intervienen en dicha vulnerabilidad desde las perspectivas utilizadas para analizar el caso (mostrada en el cuadro 3). Si bien el estudio fue realizado en una comuna, su carácter cualitativo y exploratorio busca comprender el caso, en lugar de generalizarlo, desde el análisis del discurso de los participantes. También hay que considerar que la vulnerabilidad sanitaria asociada a las políticas públicas y la organización del sistema representa un problema a nivel nacional en Chile. Respecto a la atención en salud y sus recursos asociados, la situación de la comuna estudiada se asemeja a la de otras ciudades o comunas urbanas del país, en las cuales el nivel primario de atención es, igualmente, de administración municipal y se rige por una normativa y sistema de financiamiento común (Ministerio de Salud de Chile, 2012; Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2015).

Conclusiones

Para responder las interrogantes: ¿qué hace más sanitariamente vulnerables a los inmigrantes respecto de los ciudadanos en Chile? y ¿qué aporta este trabajo a ese conocimiento? Puede afirmarse que, si se igualaran las condiciones laborales, la vulnerabilidad de los migrantes se vería afectada negativamente en cuanto a su salud mental, aunque la misma podría ser mitigada por la existencia de redes de apoyo, capacidad de adaptación e integración cultural y social. La mayor vulnerabilidad social y sanitaria respecto a los nacionales estaría determinada por el estado migratorio irregular y dependería, en cierta medida, de que se desplieguen o no estrategias locales orientadas hacia la atención de salud a migrantes según el área geográfica de residencia, pues sólo existen políticas y estrategias en desarrollo en algunos lugares del país.

Las dificultades encontradas para el desarrollo de la fundamentación y análisis del caso dejan en evidencia la necesidad de incrementar la investigación en el área sanitaria, esto para conocer la situación de salud de la población inmigrante latinoamericana y se favorezca el desarrollo de políticas internacionales, nacionales y estrategias locales para incorporar efectivamente este grupo social a la sociedad que los acoge.

Referencias

- Acosta González, E. (2013). Mujeres migrantes cuidadoras en flujos migratorios sur-sur y sur-norte: expectativas, experiencias y valoraciones. *Polis, Revista Latinoamericana*, 12(35), 35-62. Recuperado de <https://journals.openedition.org/polis/9247>
- Amezcuá, M. y Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-436. <http://doi.org/10.1590/S1135-57272002000500005>
- Berry, J. W. (2008). Globalisation and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(4), 328-336. <http://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2008.04.001>
- Burgos, Monica y Parvic, T. (2010). Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 587-591. <http://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300025>
- Burman, E. (2016). Lessons in the psychology of learning and love. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 15(1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue1-fulltext-666>
- Cabrieses, B., Pickett, K. E. y Tunstall, H. (2012). 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*, 12(1), 1013. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1013>
- Cabrieses, B., Tunstall, H. y Pickett, K. (2015). Understanding the Socioeconomic Status of International Immigrants in Chile Through Hierarchical Cluster Analysis: a Population-Based study. *International Migration*, 53(2), 303-320. <http://doi.org/10.1111/imig.12077>
- Cabrieses, B., Tunstall, H., Pickett, K. E. y Gideon, J. (2012). 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. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 68. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-11-68>
- Cano, M. V., Contrucci, M. y Pizarro, J. (2009). *Conocer para legislar y hacer política: los desafíos de Chile ante un nuevo escenario migratorio*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas/CELADE-CEPAL.
- Castañeda, H. et al. (2013). Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 1-18. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Concha, N. L. (2015). Poder, contrapoder y relaciones de complicidad entre inmigrantes sudamericanos y funcionarios del sistema público de salud chileno. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Fronterizos*, XV(2), 15-40. <https://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482015000200002>

Elizalde, A., Thayer, L. y Córdova, G. (2013). Migraciones sur-sur: paradojas globales y promesas locales. *Polis, Revista Latinoamericana*, 12(35), 7-13. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682013000200001>

Gomes Campo, C. J. y Ribeiro Turato, E. (2009). Análisis de contenido en investigaciones que utilizan la metodología clínico-cualitativa: aplicación y perspectivas. *Revista Latino-American de Enfermagem*, 17(2), 259-264.

Jaacks, L. M. et al. (2012). Migration Status in Relation to Clinical Characteristics and Barriers to Care Among Youth with Diabetes in the US. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(6), 949-958. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9617-3>

Jurado, D. et al. (2017). Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(1), 45-58. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.004>

Lund, C. (2014). Of What is This a Case?: Analytical Movements in Qualitative Social Science Research. *Human Organization*, 73(3), 224-234.
<http://doi.org/10.17730/humo.73.3.e35q482014x033l4>

Marroni, M. da G. (2016). Escenarios migratorios y globalización en América Latina: Una mirada al inicio del siglo XXI. *Papeles de Trabajo*, 32, 126-142.

Miles, M., Huberman, A. y Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook* (3.^a ed.). Phoenix, AZ: Arizona State University/SAGE.

Ministerio de Desarrollo Social. (2013). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Santiago de Chile, Chile: Autor. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Pueblos_Indigenas_13mar15_publicacion.pdf

Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile. (2011). *Requisitos para solicitar nacionalidad*. Santiago de Chile, Chile: Departamento de Extranjería, autor. Recuperado de <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2018/02/Requisitos-Para-Solicitar-La-Nacionalidad-Chilena-Por-Nacionalización.pdf>

Ministerio de Salud de Chile. (2012). *Marco regulatorio del financiamiento de la salud municipal. Decreto per cápita, cálculo Fonasa y ley GES*. Santiago de Chile, Chile: Autor. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>

Ministerio de Salud de Chile. (2015a). *Decreto Supremo 67, año 2015*. Santiago de Chile, Chile: Autor, Gobierno de Chile. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088253>

Ministerio de Salud de Chile. (2015b). *Salud del Inmigrante*. Santiago de Chile, Chile: Autor. Recuperado de <http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>

Ministerio del Interior. (2016). *Migración en Chile 2005-2014*. Santiago de Chile, Chile:

Autor. Recuperado de <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/06/Anuario.pdf>

Mora, C. (2008). Globalización, género y migraciones. *Polis*, 7(20), 285-297.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682008000100015>

Ojeda, V. D. *et al.* (2009). Associations between migrant status and sexually transmitted infections among female sex workers in Tijuana, Mexico. *Sexually Transmitted Infections*, 85(6), 420-6. <http://doi.org/10.1136/sti.2008.032979>

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico. (2015). *OCDE 360: Chile 2015 ¿En qué situación está Chile comparativamente?* Chile: Autor. Recuperado de http://www.oecd360.org/oecd360/pdf/domain21_media1988_310488-2sr2soko0d.pdf

Stefoni, C., Bonhomme, M., Hurtado, U. A. y Santiago, C. (2014). Una vida en Chile y seguir siendo extranjeros. *Si Somos Americanos. Revista de Estudios Fronterizos*, XIV(2), 81-101.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2015). *Eje gestión de recursos financieros en atención primaria*. Santiago de Chile, Chile: Autor. Recuperado de http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/4_GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-APS.pdf

Urzúa, A., Heredia, O. y Caqueo-Urízar, A. (2016). Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 563-570. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872016000500002>

Urzúa, A., Vega, M., Jara, A., Trujillo, S. y Muñoz, R. (2015). Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 33(2), 139-156. <http://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200008>

Vásquez-De Kartzow, R. (2009). Impacto de las migraciones en Chile. Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados? *Revista Chilena de Pediatría*, 80(2), 161-167. <http://doi.org/10.4067/S0370-41062009000200009>

Vásquez-De Kartzow, R., Castillo-Durán, C. y Lera, L. (2015). Migraciones en países de América Latina. Características de la población pediátrica. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(5), 325-330. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.007>