

Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa

Margarita Bernales,⁽¹⁾ Báltica Cabieses,⁽¹⁾ Ana María McIntyre,⁽¹⁾ Macarena Chepo,⁽¹⁾ Javiera Flaño,⁽¹⁾ Alexandra Obach.⁽¹⁾

Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A.
Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa.
Salud Publica Mex. 2018;60.
<https://doi.org/10.21149/9033>

Resumen

Objetivo. Explorar los determinantes sociales de la salud (DSS) de niños migrantes, a partir de las percepciones de cuidadores y trabajadores/autoridades de salud en las zonas más densas de población migrante en Chile. **Material y métodos.** Se realizó un análisis de datos secundario de un estudio realizado desde un paradigma cualitativo de investigación. El estudio original incluyó entrevistas semiestructuradas y grupos focales. El análisis temático secundario de datos contempló todos los temas emergentes referidos a niños migrantes y condiciones de vida, incluyendo utilización de servicios de salud. **Resultados.** Los DDS fueron agrupados de acuerdo con el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud, el cual permite reflexionar en torno a las condiciones de vida de niños migrantes y su situación de salud. **Conclusión.** Esta investigación muestra el impacto de los DSS en salud de niños migrantes en Chile, resaltando temáticas relevantes en torno a este grupo.

Palabras clave: niños; migrantes; salud; Chile

Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A.
Social determinants of the health of international migrant children in Chile: qualitative evidence.
Salud Publica Mex. 2018;60.
<https://doi.org/10.21149/9033>

Abstract

Objective. To explore the social determinants of health (SDH) of international migrant children, from the perceptions of caregivers, health workers and local authorities in eight municipalities in Chile. **Materials and methods.** A secondary analysis of data was conducted from a qualitative study. The original study involved semi-structured interviews and focus groups. The secondary thematic analysis of data included all emerging issues related to international migrant children and their living conditions, including use of health services. **Results.** Findings were grouped according to the model of social determinants of health, which allow a reflection on living conditions of international migrant children and their health situation. **Conclusion.** This research shows the impact of SDH on international migrant children in Chile, highlighting relevant issues around this group.

Keywords: children; immigrants; health; Chile

(1) Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile.

Fecha de recibido: 16 de agosto de 2017 • **Fecha de aceptado:** 12 de julio de 2018
 Autor de correspondencia: Margarita Bernales. Av. La Plaza 680 San Carlos de Apoquindo, Las Condes. 7610658 Santiago, Chile
 Correo electrónico: margaritabernales@udd.cl

La migración internacional es un fenómeno creciente a nivel mundial. En 2015 se reportaron 244 millones de migrantes internacionales, 41% más que en el año 2000.¹ Se ha estimado que 37 millones de estos migrantes son menores de 20 años.² En Chile, resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), para el año 2015, estiman que la población menor de 18 años de edad alcanzó un total de 76.814 (1.76% de la población).³ Respecto a la salud y bienestar de este grupo, se ha encontrado que proporcionalmente los niños migrantes, en comparación con los niños chilenos, presentan mayores índices de pobreza, mayor deserción escolar y que un mayor porcentaje de ellos no tiene previsión de salud.⁴

La condición migratoria se asocia con vulnerabilidad social^{1,2,5-8} y variables migratorias específicas, las cuales han sido reconocidas como determinantes sociales de la salud.⁹ Se denominan determinantes sociales de la salud (DSS) a aquellas dimensiones en las cuales las personas viven, trabajan o estudian, y que pueden afectar la salud.⁶ Los DSS incluyen aspectos macroeconómicos como políticas y cultura, variables intermedias que se relacionan con estatus social en una población, y aspectos de corte individual, como estilos de vida, predisposición genética y condiciones habitacionales.¹⁰ El sistema de salud de un país es también un determinante social de la salud, en tanto oportunidades de acceso y uso efectivo de prestaciones en forma diferenciada según estatus socioeconómico.^{9,11}

Los niños migrantes internacionales enfrentan diferentes retos en salud en comparación con la población local, como falta de acceso a atención médica y a servicios sociales, exposición a barrios inseguros o a contaminantes.⁹ El último reporte de niñez de las Naciones Unidas de 2016 entrega información crítica acerca de la importancia de nacer y crecer en un espacio familiar, comunitario y sociocultural estable.^{5,6,12,13}

Existe preocupación mundial acerca de la migración de niños.^{14,15} Muchos de los estudios cualitativos en materia de salud de niños migrantes buscan comprender el proceso de toma de decisiones^{16,17} o acompañamiento a familias de migrantes cuyos hijos experimentan alguna enfermedad severa, como cáncer.¹⁸ Otros estudian diferencias culturales de estilos de vida y decisiones de consulta de salud, por ejemplo, lactancia materna,¹⁹ prevención de obesidad infantil,²⁰ uso de Papanicolaou²¹ y percepciones de barreras de acceso a salud.^{22,23} Otra línea de estudio cualitativo investiga procesos sociales de aculturación,^{24,25} asimilación, estigma y discriminación,²⁶ estrés,²⁷ participación en salud,²⁸ construcción de identidad,²⁹ capital social^{30,31} y consecuencias en salud de adultos y niños migrantes.³² Adicionalmente, se ha explorado competencia cultural e intercultural en salud.^{33,34}

Desde la mirada de DSS, los niños migrantes experimentan vulnerabilidad en al menos tres niveles: por ser migrantes, por vivir en condiciones socioeconómicas de riesgo y por ser niños. Este estudio corresponde a un análisis secundario de datos cuya pregunta de investigación fue ¿Cuál es la percepción de cuidadores, trabajadores de salud primaria y autoridades locales respecto a la salud, bienestar y condiciones de vida de los niños migrantes en Chile? El objetivo general de este estudio fue indagar en los DSS de niños migrantes en Chile a partir de las percepciones de sus cuidadores, de trabajadores de salud primaria y de autoridades locales de ocho comunas de Chile. El propósito es identificar factores de riesgo y dificultades específicas que permitan diseñar intervenciones adecuadas para mejorar el bienestar y salud de niños migrantes en Chile.

Material y métodos

Diseño de investigación

Esta investigación corresponde a un análisis secundario de datos,³⁵ que contempla la reutilización de datos cualitativos del proyecto Fondecyt 11130042 "Desarrollando inteligencia en salud pública para inmigrantes en Chile: un estudio multi-métodos" (Conicyt, Gobierno de Chile), realizado por los mismos autores, desde un paradigma constructivista de investigación.³⁶

El estudio original seleccionó la metodología de estudio de caso,³⁶ orientada a la búsqueda de descripción profunda de un caso, cuyo tema de estudio fue la experiencia de vida y su impacto en salud de los migrantes internacionales en Chile. El presente reporte corresponde a un análisis temático secundario de datos obtenidos en el estudio original; pretende responder a una nueva pregunta de investigación para los "viejos datos",³⁷ la cual se enfoca en caracterizar los DSS en niños migrantes internacionales en Chile. Los temas y la aproximación teórica del proyecto original son pertinentes con la nueva pregunta de investigación.³⁷

Procedimientos

El estudio original se desarrolló en ocho comunas que presentaban la mayor densidad de población migrante con índices marcados de vulnerabilidad social en Chile, según datos censales.³⁸ En cuadro I se presenta una descripción del fenómeno migratorio en cada una de estas comunas, de acuerdo con resultados obtenidos en el estudio original.

El estudio contempló los siguientes actores: a) población migrante mayor de 18 años, b) autoridades comunales y c) directores y funcionarios de la salud de

Cuadro I

CARACTERIZACIÓN DE OCHO COMUNAS EN TORNO A TEMÁTICA DE MIGRANTES INTERNACIONALES, DATOS EXTRAÍDOS DE HALLAZGOS PROYECTO FONDECYT 11130042 “DESARROLLANDO INTELIGENCIA EN SALUD PÚBLICA PARA INMIGRANTES EN CHILE: UN ESTUDIO MULTI-MÉTODOS” REALIZADO EN SANTIAGO DE CHILE, 2014-2017

Arica (Zona Extremo Norte de Chile)

1. Comuna ubicada en la zona norte de Chile en el límite directo con Bolivia y Perú.
2. En la zona fronteriza se encuentran pasos habilitados (aduanas oficiales) y pasos irregulares por los cuales ingresa un alto número de migrantes internacionales en condiciones de alto riesgo.
3. Hay gran presencia de migrantes internacionales en toda la comuna, principalmente de países vecinos.
4. Alta presencia de población migrante translocal, entran y salen de Chile por periodos cortos.
5. Se presentan condiciones de vida riesgosas para salud física y mental de la población migrante en valles interiores de Arica, especialmente en aquellas zonas en que este grupo trabaja en modalidad “temporero”.
6. Problemas asociados con situaciones laborales irregulares de la población migrante, que conllevan dificultades de acceso a servicios de salud y educación por parte de este grupo.

Iquique (Zona Extremo Norte de Chile)

1. Iquique ha sido históricamente una zona con alta presencia de grupos migrantes internacionales en Chile, incluyendo diversas nacionalidades de origen.
2. Hay alto número de requerimientos de interconsulta de salud mental en Iquique por parte de la población migrante, los cuales sobrepasan las posibilidades del sistema de salud de responder.
3. Se perciben algunas resistencias a nivel de comunidad chilena ante la presencia de la comunidad migrante.
4. Comunidad colombiana es localmente percibida como especialmente conflictiva por parte de la población local.

Antofagasta (Zona Extremo Norte de Chile)

1. Antofagasta es una de las comunas de la zona norte en Chile que ha recibido un número importante de migrantes colombianos.
2. Las autoridades manifiestan problemas de salud asociados con aspectos psicosociales, delincuencia, tráfico de sustancias y presencia de sicarios en el grupo de migrantes internacionales habitantes de esta zona.
3. Facilitadores interculturales perciben dificultades para llevar a cabo sus labores de manera eficaz.
4. Se percibe alto rechazo de la población local frente a la presencia de grupos migrantes; en esta comuna se organizó una marcha oficial “antimigración”.

Calama (Zona Extremo Norte de Chile)

1. Calama es una zona de alta densidad de población migrante.
2. Entre las dificultades mencionadas por las autoridades se encuentra la dispersión geográfica de la población migrante en la zona, además del desconocimiento de estadísticas actualizadas respecto del número oficial de migrantes.
3. Se reconocen dificultades por parte de autoridad local para conocer el total de la población migrante que consulta en los centros de salud, así como sus características socio-demográficas y problemas de salud relevantes, dado que este registro se vincula a tener regularizada la situación migratoria. Este problema representa una barrera al momento de realizar diagnósticos de necesidades e implementación de programas de salud priorizados.
4. Se plantea como problemático otorgar acceso a la salud a migrantes en situación irregular.

Recoleta (Zona Central de Chile, comuna que forma parte de la capital)

1. Recoleta es una de las zonas con mayor presencia de migrantes en la zona central de Chile.
2. Se percibe la relevancia del trabajo intersectorial como una herramienta para mejorar las condiciones de vida y de salud de migrantes internacionales.
3. Algunos problemas de comunicación con migrantes (lingüísticos) pueden afectar atención de salud, especialmente con comunidad haitiana y más aún cuando se trata de atenciones de urgencia.
4. Patología de migrantes haitianos es percibida como grave, presenta altos índices de VIH positivo y tiene algunas patologías que son nuevas en Chile, como por ejemplo la anemia falciforme.

Independencia (Zona Central de Chile, comuna que forma parte de la capital)

1. La habitabilidad de la población migrante en Independencia es precaria. Se describen escenarios de hacinamiento.
2. Existe tensión con la incorporación de la comunidad migrante a la población en general. Se describen situaciones de estigma y prejuicio, en particular con el pueblo peruano, al cual definen como demandante. La incorporación de población migrante, por otro lado, se traduciría a ojos de los chilenos como una amenaza a la distribución de recursos.
3. El trato, tanto en la población en general como en los centros de salud, muchas veces es descrito como discriminatorio, lo que determinaría el bienestar de la población migrante.
4. Una preocupación descrita por el equipo de salud es la presencia de conductas sexuales de riesgo en algunos grupos de migrantes, sumado al ingreso tardío de embarazo, lo que refuerza la necesidad de diseñar estrategias en esta línea de prevención.

Santiago (Zona Central de Chile, comuna que forma parte de la capital)

5. Importante presencia de comunidad venezolana y haitiana, cada una con sus temáticas propias, muy diferentes entre sí.
6. Presencia de barreras lingüísticas importantes con la comunidad haitiana impiden una mejor integración a la comunidad.
7. Condiciones de vida riesgosas para salud física y mental en comunidad haitiana.
8. Percepción de que Chile no estaba preparado a nivel de instituciones (salud, educación) para recibir a numerosos migrantes, lo cual ha dejado sin atención oportuna a dicha comunidad.
9. Percepción de la relevancia del trabajo intersectorial como una herramienta para ir derribando todas las barreras existentes y así mejorar el acceso y uso de servicios básicos.

Maipú (Zona Central de Chile, comuna que forma parte de la capital)

1. Maipú es una comuna en la que el arribo de la comunidad migrante es reciente e incipiente, por lo cual las autoridades locales no han generado estrategias específicas para esta población.
2. La población migrante se encuentra espacialmente muy distribuida en la comuna de Maipú, no es fácil ubicarlos y saber dónde se encuentran, lo cual dificulta el trabajo con esta comunidad.
3. Existen algunas problemáticas asociadas con el acceso de la comunidad migrante al sistema de salud formal, sobre todo en los casos en que no cuentan con número de cédula de identidad.
4. Los funcionarios de salud y de recintos educacionales manifiestan que no han recibido capacitaciones que los oriente en el trabajo con población migrante, tanto en aspectos administrativos como en trato.

centros de atención primaria de salud. Todo el material recolectado en la investigación original fue analizado para el presente estudio, contemplando como temáticas principales las condiciones de vida (DSS) de niños migrantes y el impacto en su salud. La guía de análisis temático se organizó en diferentes segmentos, atendiendo a la pregunta de investigación y objetivo general del análisis secundario.

Participantes

Los criterios de inclusión del estudio original fueron ser mayor de 18 años y voluntariedad, confirmada a través de firma de consentimiento informado. El número final de entrevistas del estudio original contempló criterios de saturación de información en torno a los objetivos propuestos,³⁹ momento definido cuando el material cualitativo recolectado dejó de aportar nuevos datos para la comprensión del fenómeno en estudio. El cuadro II describe a los participantes del estudio original.

Análisis

Se realizó un análisis secundario de datos de tipo suplementario a partir de las transcripciones de audio del estudio original,³⁵ lo que corresponde a un análisis en torno a una temática emergente, diferente al foco del análisis temático realizado en el estudio original.⁴⁰ Los datos y temas fueron seleccionados para lograr un ajuste entre los datos primarios y la pregunta de la investigación secundaria. Se utilizó software NVivo 10 de acuerdo con categorías de interés del estudio y con la nueva pregunta de investigación. En el cuadro III se presentan preguntas directrices y códigos emergentes del estudio original, con lo que queda manifestado que las preguntas no estuvieron focalizadas en infancia y migración, aunque muchas de ellas evocaron la reflexión en torno a esta temática por parte de los participantes.

Cabe destacar que no todos los participantes del estudio original hicieron mención a los temas que fueron foco de este estudio –niños migrantes– ya sea por tratarse

Cuadro II
PARTICIPANTES FASE CUALITATIVA DEL PROYECTO FONDECYT 11130042,
REALIZADO EN SANTIAGO DE CHILE 2014-2017

<i>Etapa inicial de recolección de datos: 2014-2015</i>	
<i>Participantes 2014-2015</i>	<i>Información sociodemográfica</i>
<i>Total: 225</i>	
Autoridades locales 16 (14 entrevistas individuales) (1 entrevista bipersonal)	Sexo: 9 mujeres, 5 hombres Rango de Edad: 28-58; promedio: 43.86 años Sexo: 2 mujeres Edades: 46- 47; promedio: 46.50 años
Directores de centros de salud 17 (15 entrevistas individuales) (1 entrevista bipersonal)	Sexo: 11 mujeres, 4 hombres Rango de edad: 27-64, Promedio: 47.60 años Sexo: 2 mujeres Edades: 35-39; promedio 37.50 años
Trabajadores de salud 69 (8 grupos focales)	Sexo: 58 mujeres, 11 hombres Rango de edad: 26-67; promedio: 39.01 años
Expertos 3 (3 entrevistas individuales)	Sexo: 3 hombres Rango de edad: 37-51; promedio: 42.33 años
Migrantes; total: 120 (65 entrevistas individuales, 1 entrevista bipersonal y 8 grupos focales)	Sexo: 80 mujeres, 40 hombres Rango de edad: 19-69; promedio: 36-29 años Nacionalidad: 46 peruanos, 27 colombianos, 20 ecuatorianos, 14 bolivianos, 11 dominicanos, 2 haitianos
<i>Etapa confirmación de datos: 2016</i>	
<i>Participantes Confirmación Hallazgos</i>	<i>Información sociodemográfica</i>
<i>Total: 31</i>	
Autoridades locales: 13 (9 entrevistas individuales y 2 entrevistas bipersonales)	Sexo: 7 mujeres, 6 hombres Rango de edad: 24-59; promedio: 39.77 años
Directores de centros de salud: 4 (4 entrevistas individuales)	Sexo: 2 mujeres, 2 hombres Rango de edad: 28-64; promedio: 47.25 años
Funcionarios o trabajadores de centros de salud primaria: 8 (1 grupo focal)	Sexo: 2 mujeres, 6 hombres Rango de edad: 30-57; promedio: 45.11 años
Migrantes internacionales: 6 (4 entrevistas individuales y 1 entrevista bipersonal)	Sexo: 20 mujeres, 20 hombres Rango de edad: 24-53; promedio: 34.83 años

Cuadro III

PREGUNTAS DIRECTRICES INCLUIDAS EN LAS GUÍAS DE ENTREVISTA Y GRUPO FOCAL DEL PROYECTO FONDECYT 11130042, REALIZADO EN SANTIAGO DE CHILE 2014-2017

Dimensión de interés	Categoría	Pregunta directriz
Determinantes sociales	Condiciones de vida de la comuna	¿Podría usted describir su comuna? Sus habitantes, fuentes de producción económica, capital humano, recursos disponibles, necesidades, fortalezas, etc. ¿Podría usted indicarme cuáles son los principales problemas sociales de su comuna? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
	Salud de habitantes de la comuna	¿Podría usted indicarme cuáles son los principales problemas de salud de los habitantes de su comuna? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
	Migrantes internacionales en la comuna	¿Cómo son los inmigrantes que residen en su comuna? Características demográficas, condiciones socioeconómicas y materiales, trabajo, familia, situación de migración, etc.
	Salud de migrantes internacionales en la comuna	¿Cómo calificaría usted la salud de la población inmigrante en su comuna? ¿Cuáles son los principales problemas sociales y de salud de esta población? ¿Por qué existen? ¿Cómo ha intentado usted remediarlos? ¿Cómo ha evaluado sus esfuerzos?
La condición de migrante internacional	Vivencias de enfermar	¿Qué hacen los inmigrantes de su comuna cuando están enfermos? ¿Qué hacen los inmigrantes de su comuna para aliviar sus síntomas o sentirse mejor? ¿Cómo le afecta a un inmigrante de su comuna el estar enfermo?
	Vivencia de enfermar en condición de vulnerabilidad social	¿Cómo afecta la salud de los inmigrantes las siguientes situaciones: (a) estar indocumentado, (b) ser mujer inmigrante, (c) ser un niño inmigrante, (d) vivir en situación de vulnerabilidad socioeconómica?
	Estrategias de solución ante problemas de salud	¿A quién consulta un inmigrante por sus problemas de salud?
	Desafíos pendientes	¿Cuáles son los desafíos pendientes en su comuna para mejorar la salud de la población inmigrante?
Acceso y uso de servicios de salud	Uso habitual de servicios de salud	¿Cuáles son los grupos de la población que más se atienden en este centro de salud? ¿Por qué piensa que esto es así?
	Nivel primario de atención	¿De qué forma este centro de salud se ha adaptado para responder a las necesidades específicas de la población inmigrante que reside en esta comuna? ¿Cómo se han evaluado estos cambios? ¿Podría describirme el proceso para tomar una hora en el centro de salud? ¿Son procesos diferentes para la población chilena y la inmigrante? ¿De qué forma? ¿Cómo estas diferencias podrían afectar la salud de los inmigrantes?
	Relación entre servicios de salud y migrantes internacionales	¿Cómo describiría la relación entre los inmigrantes y los centros de salud de su comuna? ¿Por qué?
	Desafíos pendientes	¿Cuáles son los desafíos pendientes en los centros de salud de su comuna para mejorar la salud de la población inmigrante?

de personas migrantes sin hijos o familiares menores de edad o profesionales de la salud que no habían tenido experiencia con niños migrantes. Por esta razón, si bien se analizaron todas las transcripciones de entrevistas y grupos focales, aproximadamente 60% de los recursos del estudio original entregaron información atinente a este análisis, por lo que no lograron saturación de información en todos los subtemas expuestos ni en todos los niveles del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud. De esta manera, los resultados de este análisis secundario corresponden a hallazgos exploratorios preliminares que deben ser profundizados en futuras investigaciones.

Criterios de rigurosidad científica

En investigación cualitativa es especialmente importante ser explícito acerca de los criterios de rigurosidad empleados para asegurar la credibilidad y confiabilidad de

los hallazgos.⁴¹ La credibilidad ocurre cuando múltiples realidades reveladas por los participantes están representadas tan adecuadamente como sea posible en los hallazgos, y quienes que viven la experiencia se reconocen en la descripción e interpretación de los mismos. Por otro lado, la confiabilidad se define como la consideración de la variabilidad de los fenómenos estudiados, incluyendo la adaptación de estrategias de reclutamiento y de recolección de datos de manera flexible y acorde con la realidad estudiada. Para garantizar la credibilidad y confiabilidad en el estudio original, se consideraron cinco criterios de rigurosidad:⁴² a) triangulación, b) revisión de pares, c) *audit trail* (auditoría), d) *reflexivity* (reflexión), y e) validación de participantes.

Respecto a los criterios de rigurosidad de este análisis secundario, se realizó una reflexión teórica en torno a la pertinencia teórica y metodológica del estudio original para responder a la nueva pregunta de investigación.³⁷

Consideraciones éticas

El proyecto original (Fondecyt 11130042) fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo y por el Comité de Ética de Fondecyt, Comisión Nacional de Investigación, Ciencia y Tecnología del Gobierno de Chile. Dado que fue el mismo equipo de investigación el que recolectó los datos y realizó el análisis secundario, y a que existe pertinencia teórica entre el estudio original y el nuevo análisis, no se requirió una nueva aprobación por parte del Comité de Ética.³⁷

Resultados

De acuerdo con el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud es posible establecer que los niños migrantes en Chile presentan desafíos en distintos niveles (figura 1). En relación con el nivel macro de contexto socioeconómico y político, los resultados de este estudio permiten establecer que existirían algunos problemas que emergen desde las políticas sociales en Chile en torno a la acogida de la población migrante y algunos desafíos que emergen de la cultura, normas y valores sociales del encuentro entre la población local y la migrante.

Respecto del nivel macro de DSS de políticas sociales, surgen desde los participantes temáticas tales como la situación de “niños transeúntes”, la cual deja entrever la percepción de algunos vacíos en torno a la política migratoria chilena respecto de la infancia. Los llamados “niños transeúntes” son niños nacidos en Chile, hijos de padres inmigrantes en situación irregular y sin RUT (cédula de identidad chilena). Un testimonio señala:

Estresándome, claro, me estreso mucho al ver que no me dan soluciones. A mi hija me la han discriminado aquí, yo he ido a la gobernación y me dicen: su hija nunca va a ser chilena, ¡nunca! y yo: ¿pero por qué si ella nació aquí?, y uno es de donde nace, ¿no? y pues yo ya voy a averiguar más porque yo no quiero que eso quede así (entrevista 61: Iquique 2014; mujer, 24 años, migrante de Colombia)

Una de las principales consecuencias asociadas con el estado de *niño transeúnte* es que se dificulta el acceso formal en la educación escolar chilena. Existe una constante inquietud de *educar a sus niños en Chile* en igualdad de condiciones que la población infantil local. Experiencias de discriminación escolar y el no tener RUT o visa permanente para ser matriculados formalmente en los colegios fueron tópicos relevantes que emergieron en los grupos focales realizados con grupos de migrantes internacionales.

En relación con cultura, normas y valores sociales propios de la comunidad migrante y que se “encuen-

tran” con la cultura local, emergen temáticas tales como estilos de crianza, valores familiares asociados con el sacrificio, el surgimiento de familias multinacionales y la necesidad de envío de remesas a sus países de origen, lo cual debilita el presupuesto familiar, fenómeno común en la comunidad migrante.

La población local percibe que los niños migrantes internacionales son criados en un *estilo parental* jerárquico y autoritario, que afectaría la manera de expresar emociones y de comportarse de estos niños. Una participante relacionada con la comunidad colombiana explica:

Tení que pensar que acá los niños juegan; hasta los 10 o 12 años los niños juegan. Allá a los 5 años ya te lavan la ropa interior porque no dejan que nadie les vea su ropa sucia: el niño entra al baño, se baña todos los días y lava sus interiores; el niño a esa edad ya tiene que hacer su aseo, su cuarto; si le toca almorzar en casa ajena, él sabe que tiene que lavar platos en casa ajena porque el pan se lo tiene que ganar; es otro nivel cultural (entrevista 26: Antofagasta 2014; mujer, 36 años, contacto clave Colombia).

El concepto de *sacrificio* está muy presente en el relato de las familias migrantes: el sacrificio que implica vivir en otro país, dejando parte de la familia en el país de origen, y el sacrificio de tener que adaptarse a una nueva cultura y forma de ser. Este modo de entender la situación migratoria es “exigido” a todos los miembros de la familia, incluyendo a los niños, a quienes se les solicita “comprensión” en torno a este sacrificio familiar. En este contexto de sacrificio familiar, las *familias multi-nacionales* son familias que se han constituido con personas que se quedan en el país de origen y personas en Chile:

Hay historias muy tristes porque mamás llegan solitas acá... y dejan a sus niños chiquititos con el papá o la abuela; ¡hay historias bien tristes, bien fuertes!... Y ellas están acá para trabajar, para mandar [dinero] y, además, ojalá poderse traer a sus otros chicos o niños adolescentes. Hartas historias, hay hartas (entrevista 99: Independencia 2015, grupo focal APS).

Emerge con frecuencia la dura experiencia de *dejar al núcleo familiar*. Este un tema altamente sensible para los migrantes, reconocido por autoridades y trabajadores de la salud, ya que implica ejercer la maternidad a distancia, con todas sus complejidades y aspectos emocionales.

Vinculado con las *remesas*, surge como necesidad por parte de muchos migrantes el envío de dinero a sus países de origen para cubrir gastos de los hijos al cuidado de familiares o amigos:

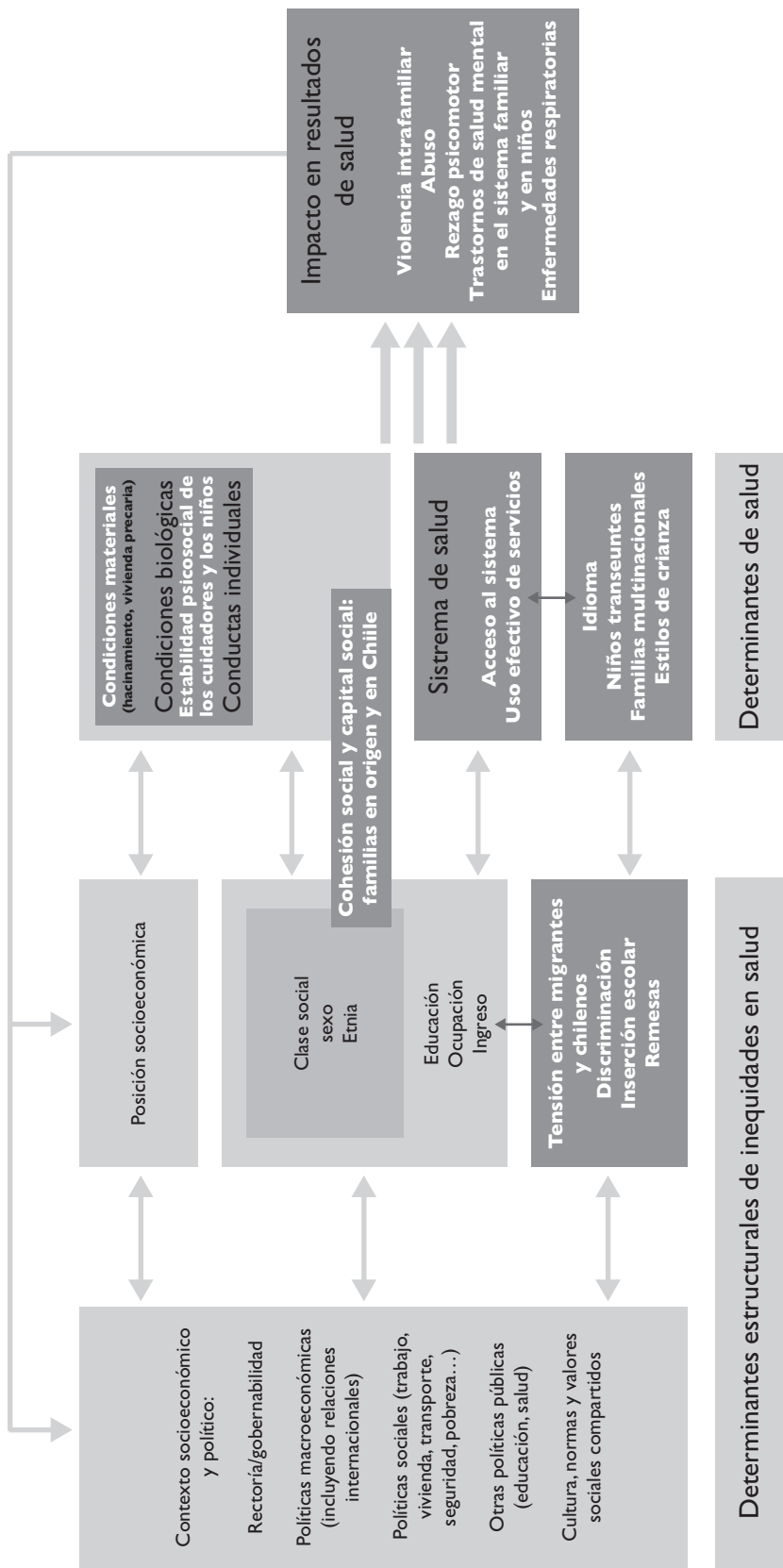


FIGURA 1. MAPA CONCEPTUAL DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS DE ESTE ESTUDIO, A PARTIR DE LOS COMPONENTES DEL MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. COMPONENTES DESTACADOS EN GRIS EMERGIERON COMO HALLAZGOS DE ESTE ESTUDIO; OTROS COMPONENTES DEL MODELO SE MANTIENEN EN BLANCO. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE NIÑOS MIGRANTES INTERNACIONALES EN CHILE

También muchas mujeres vienen y dejan a sus hijos allá en su país; entonces, para que el dinero les alcance para poder mandar a Bolivia, tienen que vivir acá en lugares más vulnerables y hacinados ¿para qué? para rendir más el dinero, para poder enviar más y poder vivir algo acá (entrevista 53: Calama 2014, grupo focal APS).

En relación con el nivel intermedio de DSS, en particular *posición socioeconómica*, se destaca el tipo de ocupación asociado con el ingreso que recibe la población migrante, lo cual muchas veces sitúa a las familias en situación de pobreza, dando espacio a condiciones de hacinamiento y violencia.

Respecto a situaciones de *violencia*, éstas están presentes en los relatos, tanto al interior como al exterior de sus viviendas. Un director de centro de salud ha sido testigo de diversas experiencias al respecto:

Aquí a las ocho de la noche, cuando uno sale de la extensión horaria, acompañada, ojalá nadie solito, porque es otra realidad; usted ve en estos momentos, bonito, parque, juegos, tranquilo, pero se transforma en la noche ¿ya? Hemos tenido balacera, así como muy... así como muy periferia, que podríamos verlo en los consultorios más del área Sur (entrevista 81: Santiago 2015; 36 años, mujer, director de CESFAM).

La percepción de los trabajadores de la salud es que todas las condiciones sociales y de vida ya descritas afectan el desarrollo de los niños:

Si el niño no habla, pero mientras que camine, está bien... Y hay un caso en particular que por ejemplo, no voy a dar nombres... es un caso que es bastante... y es familia boliviana. Y ellos tienen el lenguaje materno que es aymara, el segundo lenguaje es quechua y el tercero español. Entonces ya cuando nosotros tratamos de responderle no nos entiende nada (entrevista 109: Recoleta 2015, grupo focal APS).

El *hacinamiento* y problemas de higiene generan riesgo sanitario, que es causa de enfermedades y accidentes en el hogar. En varios relatos de migrantes y autoridades se deja en evidencia el riesgo:

Allá donde vivo no hay nada de agua caliente, nada (...) pero hay un calentador de agua, con eso lo pones en una tina, y agua y ahí lo mezclas... Dicen que el agua fría hace mucho daño a los pulmones (entrevista 89: Maipú 2015, 30 años, hombre migrante de Ecuador).

En relación con el nivel de impacto de los resultados de salud desde el modelo de DSS, se destacan dos gran-

des aspectos: la estabilidad psicosocial y emocional de los cuidadores de los niños y el acceso y uso del sistema de salud. Respecto a la *salud y bienestar emocional*, son frecuentes problemas del ánimo:

Yo llegué sola... no sé porque yo la verdad nunca había salido de Bolivia. Y allá la vida es... como para ustedes que son chilenos acá la vida es más tranquila (...) Al principio... sí la depresión... acá uno al principio no tiene voz ni voto, no puede hablar (entrevista 77: Calama 2014; mujer, 23 años, migrante de Bolivia).

La estabilidad emocional de los cuidadores es un fenómeno que repercute directamente en el bienestar de los niños migrantes, quienes ven a sus padres y cuidadores afectados por distintas situaciones, incluyendo su estabilidad laboral y la escasez de recursos.

En relación con el *acceso y uso de servicios de salud*, emergen algunas percepciones de descontento por parte de la población migrante, vinculada con el tipo de atención recibida, con el tipo de profesional que presta los servicios y con la rapidez de respuesta del sistema. El sistema de salud público en Chile se organiza en distintos niveles, y es siempre el nivel primario la puerta de entrada al sistema. En dicho nivel no hay presencia de especialistas, ya que es el médico de salud general quien debe realizar derivaciones en forma oportuna. Esta situación de ausencia de especialistas y de necesidad de derivación usualmente no es bien recibida por la población migrante.

Respecto de los problemas de salud experimentados por niños migrantes, surgen nuevamente algunos desencuentros culturales en relación con tratamientos y prontitud en la entrega de medicamentos específicos, lo cual genera diferencias de opinión entre los grupos de migrantes internacionales y parte de trabajadores de la salud. Sobre este último punto, incluso los parámetros de control de niño sano propios de la cultura chilena podrían aumentar estos desencuentros ya que, de acuerdo con la métrica utilizada por algunos trabajadores de la salud, no es infrecuente encontrar a niños migrantes que presenten índices de rezago psicomotor. En el cuadro IV se aprecia en mayor profundidad el análisis temático antes expuesto.

Todos los fenómenos antes expuestos impactan de manera directa e indirecta en la salud y el bienestar de la población de niños migrantes, lo que los convierte en desafíos concretos que las autoridades locales y centrales deben continuar estudiando para diseñar estrategias que permitan que los niños migrantes crezcan y se desarrollen de la mejor manera posible.

Cuadro IV
ANÁLISIS TEMÁTICO. CATEGORÍAS, CÓDIGOS Y VIÑETAS SEGÚN CATEGORIZACIÓN DE MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. REALIZADO EN SANTIAGO DE CHILE, 2017

Temática: nivel macro de contexto socioeconómico y político

Subtemas y viñetas:

1. Políticas sociales en Chile, marco regulatorio en torno a población migrante internacional.

“Niños transeúntes”, concepto utilizado por los participantes para referirse a niños nacidos de padres inmigrantes que no cuentan con la regularización de sus documentos de estadía en Chile.

Los niños con rut provisorio pueden terminar el año escolar en diciembre pero no quedan registrado en ningún sistema oficial...la profesora o el profesor va a tener su libro de clases, pueden hacer un certificado interno, pero es complejo porque hasta hace muy poco tiempo a los niños no los dejaban pasar de curso... entonces habiendo aprobado el año tenían que repetir otra vez tercero básico... hoy les permiten pasar [de nivel] pero no hay ningún documento que lo pruebe (entrevista 35:Antofagasta 2014; hombre, 37 años, autoridad).

Inserción escolar, ausencia de estrategias de integración

Y él fue el que más sufrió porque los niños lo hacían a un lado... Entonces ahí decía: mami yo me quiero ir pa' Colombia porque no tengo amiguitos, nadie quiere jugar conmigo... él era un niño que estaba acostumbrado a compartir con otros niños y cuando llego acá es como si nunca hubiera estado en grupos de niños, como su hubiera sido su primera vez en un aula de clases, entonces con ellos el tema fue muy complicado... ellos llegaban y me ponía a llorar con ellos... (entrevista 36:Antofagasta 2014; mujer, 32 años, migrante de Colombia).

2. Cultura, normas y valores sociales

Estilos de crianza

Los niños en Colombia y los que viven acá, lo mejor si me puedes entender, su nivel como de acorazamiento es en los ojos y en el pecho. Cuando tú les llamas la atención se ponen como tiesos, como que inmediatamente se arman así como una onda militar y tiene que ver con un tema de represión. Lo otro, no lloran. Y no lloran no porque no les guste llorar, no lloran porque desde niños se les prohíbe llorar, porque si te están llamando la atención o si te llegan un par de correazos es porque tú actuaste mal entonces te toca portarte bien para que eso no ocurra y te toca no llorar (entrevista 26:Antofagasta 2014; mujer, 36 años, contacto clave Colombia).

Valores sociales asociados con el sacrificio

A veces yo le digo a mi hija la mayor, le digo: “Hija, si yo me hubiera quedado en Tacna no hubiese podido comprar la casa ni tampoco ayudarte para que estudies la carrera, ahora vas a ser una futura profesional. Ya y ella me dice “si mamá (entrevista 30:Antofagasta 2014; mujer, 48 años, migrante de Perú).

Familias multinacionales, dejar parte de la familia “atrás”

Entonces las tres niñas que están en la universidad están allá. Así que nos dividimos, eso [es] duro sí. Claro que había veces en que yo me sentaba a pensar ¿no? Que los mejores años de vida de mis hijas y los míos, de compartir en familia me los he perdido, me los estoy perdiendo (entrevista 30:Antofagasta 2014; mujer, 48 años, migrante de Perú).

Remesas, necesidad de enviar dinero a países de origen

El extranjero trabaja porque de repente tiene familia allá y tiene que mandarle a su familia allá, tiene que tratar de sobrevivir acá y siempre como que tienes drama porque siempre tienes que mandar allá y mantenerte acá (entrevista 32:Antofagasta 2014; 32 años, mujer migrante de Colombia).

Temática: nivel intermedio de posición socioeconómica

Subtemas y viñetas:

1. Ocupación, asociado con el ingreso que recibe la población migrante, lo cual, en muchas ocasiones los sitúa en situación de pobreza.

Hacinamiento y violencia

Son 5 o 6 personas viviendo en una habitación. Cuando yo les digo, incluso cuando tienen violencia intrafamiliar (...), lo que pasa es que yo también peleo con mi esposo, pero cuando peleamos uno se va a la cocina y otro se va a la pieza... ellos no tienen opción y ahí es donde hay problemas de violencia (entrevista 25:Antofagasta 2014; grupo focal APS).

Con estos grupos que han llegado, los estilos de vida y toda esa parte cultural es diferente porque ellos ejercen violencia tanto psicológica como física, entonces hay VIF [violencia] en la familia, hay niños con problemas, o sea te llega un peruano y tú dices oh!... Las condiciones de hacinamiento en las que viven... principalmente en pediatría y tú sabes que los niños tienen problemas de algún tipo de desarrollo psicomotor, puede ser el lenguaje, puede ser motor, etc ... En una pieza vive un matrimonio y tienen tres niños y con suerte hay dos camas... prestamos la ayuda por el mismo hacinamiento o que muchas veces tienen que salir solos, o llegan del colegio solitos a las piezas donde viven o el baño queda allá atrás... (entrevista 99: Independencia 2015; grupo focal APS).

(Continúa...)

(Continuación)

Temática: Nivel proximal de impacto en los resultados de salud

Subtemas y viñetas:

1. Estabilidad psicosocial-emocional de los cuidadores de los niños migrantes

Deprimida, uno ahí, me cae toda la tristeza y me quiebro, pero después yo me levanto y digo, el señor me levanta y sí me va a levantar. Al menos hay una razón grande y yo les digo "hijas, después vamos a estar juntas. Unos meses más y me regreso allá o ustedes, se van ahí y al final ustedes van a hacer sus vidas y yo me voy a seguir quedando sola (entrevista 30: Antofagasta 2014; mujer, 48 años, migrante de Perú).

Sí, es muy difícil. Salir de su país, dejar sus hijos... es muy duro, muy duro (...) son cosas muy, muy difíciles. A veces mis amigas me dicen que no me preocupe, que todo va a pasar, que todo va a estar bien y todas esas cosas graves, Dios mío, yo digo cuándo será... (pausa) Yo sería una mujer muy feliz si mi hija estuviera conmigo (entrevista 34: Antofagasta 2014; 40 años, mujer migrante de Colombia).

2. Acceso y uso del sistema de salud

Acceso y uso. Los participantes manifiestan cierta disconformidad con los servicios públicos de salud

[En relación con el uso del centro de salud familiar para controlar a hijos] En el consultorio de aquí no hay pediatría, hay medicina general y yo he vivido en otras comunas y hay un sector de pediatras, hay como cinco pediatras. Hay medicina general para los adultos así que están en una sala los niños esperando para pediatría, en otro lado están para esperando los adultos mayores, aquí están todos mezclados. Están los abuelos que tosen cuando es invierno, están las guaguas, entonces estamos todos mezclados y hay medicina general y no hay pediatría, yo no sé porque en este consultorio no hay (...) y a mí no me gusta mucho eso, porque no es lo mismo que te vea un especialista y lo que es lo que hago con mi marido como ya me ha tocado ir, no me gusta como que y luego va mi hijo que sigue enfermo y optamos... mi marido hace el esfuerzo, va y pagamos un particular, un pediatra particular porque, él nos da justo y preciso, las cosas, los medicamentos y mi hijo se sanó, pero con medicina general no (entrevista 16: Recoleta 2014; grupo focal Inmigrantes).

[Respecto a atenciones de hijos pequeños] Ahora lo que opté mejor es buscar un particular y ya que le saqué... me dijo que tiene hora en noviembre, porque necesita porque mi hijo es hiperactivo y necesita atenderse. Entonces yo al consultorio, yo no paso el tiempo, entonces opté con mi marido... mi marido hace el esfuerzo por los niños, claro que le cuesta más, pero el hace el esfuerzo porque es para la salud de mi hijo (...) No, no, me dice: tú no vas a ir al consultorio para que mi hijo salga más enfermo. No, me dice: busca y llama y pide hora ahí a la clínica [particular] (entrevista 30: Antofagasta 2014; mujer, 48 años, migrante de Perú).

Situaciones de salud de niños migrantes

El otro día va mi nieto a hacerse ver, está mal con los bronquios y le dice: no, es un virus y que se hagan los análisis y esto, lo otro y ¿no te dieron nada? No, ningún jarabe... Nada... Chuta! Y se va a seguir empeorando mi hijo, le digo. Entonces yo le compré un jarabe para que expectore porque tenía una tos muy seca y sus pulmoncitos; yo sé que cuando uno hace esfuerzo de toser los pulmones son los que se afectan... si no hay ni para comprar el jarabe cómo se va a hacer los análisis (entrevista 100: Independencia 2015; hombre, 57 años, migrante de Perú).

Rezago psicomotor percibido por trabajadores de la salud

Tienen otra cultura y tienen otros hitos del desarrollo. O sea, para los niños de 2 años que no hablen es normal para ellos.... Mientras que para nosotros que no hable un niño de 2 años es ya que algo neurológico tiene! Porque ya es demasiado el retraso. Entonces para ellos es súper complicado también que nos entiendan a nosotros, que un niño que cumple dos años, ciertas cosas o al año... Es, es, o sea... Primero no entienden... o creen que es normal (entrevista 109: Recoleta 2015; grupo focal APS).

Discusión

El objetivo general de este estudio de análisis secundario fue develar determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile. Si bien en la sección de hallazgos se relatan algunas diferencias de percepción entre los diferentes grupos de participantes, este estudio ha pretendido mostrar preocupaciones transversales respecto a niños migrantes en Chile y mostrar una reflexión exploratoria y directrices para futuros estudios.

En relación con el marco regulatorio y político, se han reportado fenómenos similares al de niños transeúntes por otros estudios, los cuales mencionan que el desconocimiento y temor de algunos migrantes

respecto a cómo regularizar su situación dificultaría su acceso a información.⁴³ Chile hoy cuenta con una nueva política migratoria⁴⁴ que se ocupa de la situación de la comunidad migrante, incluyendo a los niños. Las autoridades nacionales debieran diversificar las estrategias de difusión de esta información para que los grupos migrantes conozcan sus derechos y las vías formales de regularización de su status migratorio y el de sus hijos. Respecto a la inserción en el ámbito educacional, existen diversas estrategias que han permitido mejorar la convivencia entre niños migrantes y locales,⁴⁵ las cuales pudieran ser adaptadas e implementadas por autoridades educacionales y sumadas a los esfuerzos ya realizados en la normativa educacional chilena, con la intención de garantizar a los niños migrantes acceso,

permanencia y progreso de su trayectoria educativa, independiente de su situación migratoria.⁴⁶

Respecto a las normas sociales y creencias culturales propias de cada grupo, muchos estudios han explorado los procesos de encuentros culturales y de aculturación.^{47,48} Es importante asegurar un clima de respeto en la convivencia entre las comunidades, para que de esta forma se pueda generar una integración cultural que beneficie la adaptación de la comunidad migrante en su totalidad y, en especial, la de los niños.

Las condiciones de hacinamiento y violencia asociadas con la situación de pobreza de la comunidad migrante se han reportado en otros estudios,⁴⁹ y efectivamente constituyen una amenaza al bienestar de todos los integrantes de la familia. Esta situación es de especial preocupación dada la urgencia de asegurar espacios seguros para el crecimiento y desarrollo de todo niño, por lo cual debiera ser una prioridad en la agenda pública de las autoridades.

Un fenómeno muy preocupante que se presentó de manera transversal en este estudio es el bienestar psicosocial y emocional de los cuidadores de niños migrantes. La salud mental de la población migrante es actualmente un problema;^{50,51} cuidadores que tienen problemas de salud mental provocan consecuencias directas en el desarrollo y la salud mental de los propios niños.⁵² Por lo anterior, se hace urgente generar estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento culturalmente pertinentes para las temáticas de salud mental de la población migrante.

Finalmente, respecto al acceso y uso de los servicios de salud, estudios internacionales han reportado un menor uso por parte de la población infantil migrante en comparación con la población local,⁵³ lo cual se condice con las percepciones de los participantes de este estudio, quienes manifiestan optar por vías alternativas de atención en salud (servicios privados), dada su disconformidad con los servicios públicos en Chile. Esto podría afectar directamente en el desconocimiento por parte de las autoridades chilenas respecto de los problemas de salud de los niños migrantes y sus estrategias de solución a estos problemas, lo que se convierte en un obstáculo para la generación de intervenciones culturalmente pertinentes y que respondan a esas necesidades específicas.⁵⁴

Los hallazgos de esta investigación dan cuenta de la importancia de DSS que impactan en salud de niños migrantes internacionales en Chile, de cara a un proceso de inmigración que aumenta cada año.¹⁰ Esto concuerda con abundante literatura internacional que sugiere que existen factores de riesgo y resultados de salud distintivos en las familias migrantes y que pueden diferir de la población local. En este contexto, es posible establecer

algunos elementos que permitirán a los trabajadores de la salud estar en alerta en los casos de atención a niños migrantes, entendiendo que hay algunos riesgos implícitos a su status migratorio que posiblemente afectan su salud y su bienestar. El reconocimiento de estos elementos clave, tanto de problemas de salud específicos como de condiciones de vida, permitiría realizar una valoración clínica integral conociendo de antemano algunas de las *alertas* que deben ser vigiladas en la atención directa a este grupo, para lograr así una atención centrada en las necesidades específicas de niños migrantes.

Este estudio tiene algunas fortalezas y no está exento de limitaciones. Se anidó en un proyecto más amplio (Fondecyt 11130042), consideró la voz de tres perspectivas relevantes (migrantes, autoridades y trabajadores de salud primaria) y contó con un tamaño muestral amplio. Sin embargo, el estudio original no se centró directamente en las condiciones de vida y el bienestar de los niños migrantes, por lo cual algunas de las temáticas emergentes en este análisis secundario de datos no lograron saturación de información, lo que implica la necesidad de considerar los hallazgos de este estudio de manera exploratoria, reforzando la importancia de generar investigación que profundice las temáticas expuestas.

Chile se encuentra hoy frente a una realidad migratoria creciente, la cual impone desafíos políticos y administrativos en el marco del respeto a los derechos humanos. El desarrollo y el bienestar de los niños migrantes se convierten en una temática central, donde es responsabilidad de todos los actores sociales asegurar un espacio familiar, comunitario y sociocultural estable. Desde el marco de la investigación en salud pública es menester relevar las temáticas de la infancia migrante de manera oportuna.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. United Nation. Trends in international migration 2015 [citado julio 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/populationfacts/docs/MigrationPopFacts20154.pdf>.
2. UNICEF. International Migrant Children and Adolescents. Houston: UNICEF, 2012 [citado julio 2017]. Disponible en: www.unicef.org.
3. Ministerio de Desarrollo Social Chile. Encuesta CASEN. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social Chile. 2015. [citado julio 2017]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php.
4. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. [Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile]. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88(6):707-16. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000600707>

5. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):266-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
6. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS Med*. 2006;3(6):e106. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030106>
7. Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012;379(9812):250-65. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60050-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60050-0)
8. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promot J Austr*. 2006;17(3):180-5.
9. International Organization for Migration. *World Migration Report 2015. Migrants and Cities: New Partnerships to Manage Mobility*. Geneva: International Organization for Migration, 2015 [citado julio 2017]. Disponible en: <https://www.iom.int/world-migration-report-2015>
10. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A, eds. *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago, Chile 2017 [citado julio 2017]. Disponible en: http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf.
11. UNITAR. *Migration and Youth: Overcoming Health Challenges*. New York: UNITAR, 2011 [citado julio 2017]. Disponible en: <http://www.unitar.org/ny/international-law-and-policy/migration-and-development-series/MigrationYouthovercominghealthchallenges>
12. Hertzman C, Siddiqi A, Hertzman E, Irwin LG, Vaghri Z, Houweling TA, et al. Bucking the inequality gradient through early child development. *BMJ*. 2010;340:c468. <https://doi.org/10.1136/bmj.c468>
13. United Nations International Children's Emergency Fund. *Estado Mundial de la Infancia: una oportunidad justa para cada niño*. Nueva York: UNICEF, 2016 [citado julio 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf
14. Devi S. Unaccompanied migrant children at risk across Europe. *Lancet*. 2016;387(10038):2590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30891-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30891-1)
15. The Lancet. Migrant and refugee children need our actions now. *Lancet*. 2016;388(10050):1130-1130. doi:10.1016/S0140-6736(16)31642-7
16. Benadof D, Polk D, Documet P. Stages and transitions in the development of tooth brushing skills in children of Mexican immigrant families: a qualitative study. *Journal of public health dentistry*. 2015;75(4):337-42. <https://doi.org/10.1111/jphd.12108>
17. Wang LD, Lam WVV, Wu JT, Liao Q, Fielding R. Chinese immigrant parents' vaccination decision making for children: a qualitative analysis. *BMC public health*. 2014;14:133. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-133>
18. Klassen AF, Gulati S, Granek L, Rosenberg-Yunger ZR, Watt L, Sung L, et al. Understanding the health impact of caregiving: a qualitative study of immigrant parents and single parents of children with cancer. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2012;21(9):1595-605. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0072-8>
19. Lindsay AC, Wallington SF, Greaney ML, Hasselman MH, Tavares-Machado MM, Mezzavilla RS. Brazilian Immigrant Mothers' Beliefs and Practices Related to Infant Feeding: A Qualitative Study. *Journal of human lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*. 2016. <https://doi.org/10.1177/0890334416676267>
20. Berger-Jenkins E, Jarpe-Ratner E, Giorgio M, Squillaro A, McCord M, Meyer D. Engaging caregivers in school-based obesity prevention initiatives in a predominantly Latino immigrant community: a qualitative analysis. *J Nutr Educ Behav*. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.004>
21. Lindsay AC, de Oliveira MG, Wallington SF, Greaney ML, Machado MM, Freitag Pagliuca LM, et al. Access and utilization of healthcare services in Massachusetts, United States: a qualitative study of the perspectives and experiences of Brazilian-born immigrant women. *BMC health services research*. 2016;16:467. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1723-9>
22. Lee FH, Wang HH, Yang YM, Tsai HM. Barriers faced by Vietnamese immigrant women in Taiwan who do not regularly undergo cervical screenings: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70(1):87-96. <https://doi.org/10.1111/jan.12168>
23. Sangaramoorthy T, Guevara EM. Immigrant Health in Rural Maryland: A Qualitative Study of Major Barriers to Health Care Access. *J Immigr Minor Health*. 2016. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0417-z>
24. Choi YJ. Mental health problems and acculturative issues among married immigrant women in Korea: A qualitative study. *Women & Health*. 2016;56(6):713-29. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1118724>
25. O'Brien MJ, Shuman SJ, Barrios DM, Alos VA, Whitaker RC. A qualitative study of acculturation and diabetes risk among urban immigrant Latinas: implications for diabetes prevention efforts. *Diabetes Educ*. 2014;40(5):616-25. <https://doi.org/10.1177/0145721714535992>
26. Godfrey EB, Wolf S. Developing critical consciousness or justifying the system? A qualitative analysis of attributions for poverty and wealth among low-income racial/ethnic minority and immigrant women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2016;22(1):93-103. <https://doi.org/10.1037/cdp0000048>
27. Sin MK. A qualitative analysis of stress and coping in Korean immigrant women in middle-age and older-adulthood. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(1):52-9. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.942447>
28. Bramberg EB, Nystrom M, Dahlberg K. Patient participation: A qualitative study of immigrant women and their experiences. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2010;5(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4650>
29. Schwartz SJ, Kim SY, Whitbourne SK, Zamboanga BL, Weisskirch RS, Forthun LF, et al. Converging identities: dimensions of acculturation and personal identity status among immigrant college students. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2013;19(2):155-65. <https://doi.org/10.1037/a0030753>
30. Fuligni AJ, Tsai KM. Developmental flexibility in the age of globalization: autonomy and identity development among immigrant adolescents. *Annu Rev Psychol*. 2015;66:411-31. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015111>
31. Bernosky-de Flores CH. A conceptual framework for the study of social capital in new destination immigrant communities. *J Transcult Nurs*. 2010;21(3):205-11.
32. Stoyanova A, Diaz-Serrano L. [Differential impact of social capital on mental health in the native-born and immigrant populations living in Catalonia (Spain)]. *Gac Sanit*. 2009;23 Suppl 1:93-9. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.08.003>
33. Teng L, Robertson-Blackmore E, Stewart DE. Healthcare worker's perceptions of barriers to care by immigrant women with postpartum depression: an exploratory qualitative study. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(3):93-101. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0176-x>
34. Kokanovic R, Manderson L. Exploring doctor-patient communication in immigrant Australians with type 2 diabetes: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2007;22(4):459-63. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0143-2>
35. Heaton J. Secondary Analysis of Qualitative Data: An Overview. *Hist Soc Forsch*. 2008;33(3(125)):33-45. [citado julio 2017]. Disponible en: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/19143>.
36. Creswell J. Philosophical, paradigm, and interpretative frameworks. In: Creswell J, ed. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks: Sage, 2007:15-34.
37. Scribano A, Sena Ad. Las segundas partes sí pueden ser mejores: algunas reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. *Sociologías*. 2009;100-18. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222009000200006>.
38. Vasquez A, Cabieses B, Tunstall H. Where are socioeconomically deprived immigrants located in Chile? A spatial analysis of census data using an index of multiple deprivation from the last three decades (1992-

- 2012). PLoS One. 2016;11(1):e0146047. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146047>
39. Patton M. *Variety in Qualitative Inquiry: Theoretical Orientations*. Qualitative Research & Evaluation Methods 3ed. Thousand Oaks: Sage, 2002.
40. Thomas D. A general inductive approach for qualitative data analysis 2003. April 4, 2011: [1-11 pp.]. [citado julio 2017]. Disponible en: http://www.fmhs.auckland.ac.nz/soph/centres/hrmas/_docs/Inductive2003.pdf.
41. Guba E, Lincoln Y. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin N, Lincoln Y, ed. *The Landscape of Qualitative Research*. London: SAGE, 1998.
42. Johnson R, Waterfield J. Making word count: the value of qualitative research. *Physiother Res Int*. 2004;9(3):121-31. <https://doi.org/10.1002/pri.312>
43. Abrego L. Legal consciousness of undocumented Latinos: fear and stigma as barriers to claims-Making for First- and 1.5-Generation Immigrants. *Law Soc Rev*. 2011;45(2):337-70. <https://doi.org/10.1111/lj.1540-5893.2011.00435.x>
44. Ministerio del Interior y Seguridad Pública Chile. *Minuta: Reforma Migratoria y Política Nacional de Migraciones y Extranjería*. Santiago de Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública Chile, 2018 [citado julio 2017]. Disponible en: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d2/39/d239d0df-c4e9-488e-a36f-8b1ac2ca00ef/nueva_ley_de_migracion.pdf.
45. Cutter-Mackenzie A. Multicultural school gardens: creating engaging garden spaces in learning about language, culture, and environment. *Canadian Journal of Environmental Education*. 2009;14(1):122-35.
46. Ministerio de Educación Chile. *Lineamientos e instrucciones para la política nacional migratoria* Santiago de Chile 2016 [citado julio 2017]. Disponible en: <http://migrantes.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/88/2017/04/7-ORD.894-Mineduc-Migrante.pdf>.
47. Bekteshi V, Kang SW. Contextualizing acculturative stress among Latino immigrants in the United States: a systematic review. *Ethn Health*. 2018;1-18. <https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1469733>
48. Griner D, Smith TB. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chicago, Ill)*. 2006;43(4):531-48. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
49. McDonald WF. Exploiting Immigrant Vulnerability. In: Macmillan P, ed. *The Criminal Victimization of Immigrants* Palgrave Studies in Victims and Victimology. Cham: 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69062-9_4
50. Gualdi-Russo E, Toselli S, Masotti S, Marzouk D, Sundquist K, Sundquist J. Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl 1:16-25. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku107>
51. Toselli S, Gualdi-Russo E, Marzouk D, Sundquist J, Sundquist K. Psychosocial health among immigrants in central and southern Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl 1:26-30. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku100>
52. Stevens G, Vollebergh W. Mental health in migrant children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):276-94. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01848.x>
53. 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;14(1):52. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0370-9>
54. Anderson L, Scrimshaw S, Fullilove M, Fielding J, Normand J. Culturally competent healthcare systems. *Am J Prev Med*. 2003;24(3):68-79. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00657-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00657-8)