

Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes *versus* locales en Chile

Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile

Baltica Cabieses^a, Macarena Chepo^b, Marcela Oyarte^c, Niina Markkula^d,
Patricia Bustos^e, Víctor Pedrero^f, Iris Delgado^g

^aPrograma de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Visiting scholar University of York. Epidemióloga social, PhD

^bPrograma de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Enfermera comunitaria, MSc(c)

^cPrograma de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Bioestadístico, MSc(c)

^dPrograma de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; MD, PhD

^eDirección de Salud Servicio de Salud Metropolitano Occidente, kinesióloga, MSc(c)

^fPrograma de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Enfermero, psicometrista, MSc

^gCentro de Epidemiología y Políticas de Salud, CEPS, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; matemático, MSc, PhD(c)

Recibido el 7 de febrero de 2017; aceptado el 8 de junio de 2017

Resumen

Introducción: Los niños y jóvenes migrantes internacionales enfrentan diferentes retos en salud en comparación con la población local, en particular si se enfrentan a ambientes inseguros o a condiciones sociales adversas. Este estudio busca identificar brechas existentes en resultados de salud de la niñez entre población migrante internacional y chilena. **Métodos:** Este estudio analiza tres fuentes de información: (i) *Nacer en Chile*: Datos de consulta antenatal recolectados de los registros electrónicos de las mujeres usuarias del programa Chile Crece Contigo, de todos los centros de salud familiar (CESFAM) de administración municipal de la comuna de Recoleta el año 2012; (ii) *Crecer en Chile*: Datos de encuesta poblacional "Caracterización Socioeconómica Nacional" CASEN 2013 y (iii) *Enfermar en Chile*: Datos de todos los egresos hospitalarios de 2012, proporcionada por el departamento de estadística e información en salud (DEIS) del Ministerio de Salud. **Resultados:** (i) *Nacer en Chile*: Hay mayor proporción de inmigrantes con riesgo biopsicosocial (62,3% vs 50,1% en chilenas) y con ingreso tardío al programa (63,1% vs 33,4%). Hay menos cesáreas en inmigrantes que en chilenas (24,2% vs 33,6%). (ii) *Crecer en Chile*: Existe una mayor proporción de niños migrantes fuera del sistema escolar y una mayor proporción en pobreza multidimensional (40% vs 23,2%). (iii) *Enfermar en Chile*: En migrantes entre 7-14 años es más frecuente egresar hospitalariamente por traumatismos/ otras causas externas (23,6% vs 16,7% en chilenos). **Conclusiones:** Este estudio entrega nueva evidencia sobre necesidades urgentes de salud de nuestros niños en Chile. Este es un imperativo ético, legal y moral, independiente de la condición migratoria.

Palabras clave:

Desigualdad;
migración
internacional;
infancia;
estado de salud

Abstract

Introduction: Children and young international migrants face different health challenges compared with the local population, particularly if they live in insecure environments or adverse social conditions. This study seeks to identify gaps in health outcomes of children between immigrant and local population in Chile. **Methods:** This study analyses data from three sources: (i) *Born in Chile:* Electronic records of antenatal visits from all municipal antenatal clinics of Recoleta in 2012; (ii) *Growing up in Chile:* Population survey "National Socioeconomic Characterization" (CASEN) from 2013 and (iii) *Getting sick in Chile:* Data of all hospital discharges in 2012, provided by the department of statistics and health information (DEIS) of the Ministry of Health. **Results:** (i) *Born in Chile:* Immigrants more frequently have psychosocial risk (62.3% vs 50.1% in Chileans) and enter later into the program (63.1% vs 33.4% enter later than 14 weeks of pregnancy). All birth outcomes were better among immigrants (e.g. caesarean sections rates: 24.2% immigrants vs % Chileans). (ii) *Growing up in Chile:* A higher proportion of migrant children is outside the school system and lives in multidimensional poverty (40% immigrants vs 23.2% Chileans). (iii) *Getting sick in Chile:* Injuries and other external causes were more frequent cause of hospitalisation among migrants (23.6%) than the local population (16.7%) aged between 7 and 14 years. **Conclusions:** Addressing the needs of the children in Chile, regardless of their immigration status, is an ethical, legal and moral imperative.

Keywords:

Inequality;
Emigration and
immigration;
Child;
Health status

Introducción

En 2015 se reportaron 244 millones de migrantes internacionales en el mundo, un 41% más que en el año 2000¹. Se ha estimado que 37 millones de estos migrantes son menores de 20 años, de los cuales la mayoría reside en países en vías de desarrollo².

Recientemente se ha reconocido que la condición migratoria puede ser un indicador de vulnerabilidad social o de desigualdad social en salud al interior de un país^{1-4,9,10} y que variables migratorias específicas, posibles de modificar o prevenir, pueden ser determinantes en este proceso⁸. Los principales factores que afectan a la salud de los migrantes internacionales son condiciones laborales, barreras culturales, acceso y uso a servicios de salud, condiciones previas en el país de origen, tiempo de residencia en el país de destino (asociados a fenómenos de asimilación y aculturación), procesos sociales de integración/exclusión y experiencias de estigma y discriminación¹¹⁻¹³.

El último reporte de niñez de las Naciones Unidas del 2016 (Estado Mundial de la Infancia 2016: una oportunidad para cada niño) entrega información crítica acerca de la importancia de nacer y crecer en un espacio familiar, comunitario y socio-cultural estable, seguro y que ofrece oportunidades de crecimiento sano y permanente³. Los niños y jóvenes migrantes internacionales enfrentan diferentes retos en salud en comparación con la población local, en particular si se enfrentan a ambientes inseguros o a condiciones sociales adversas. Desafíos como la falta de acceso a atención médica y a servicios sociales, así como la exposición a barrios inseguros o a contaminantes son factores de riesgo conocidos para su salud⁴. Además, el proceso de migración es una fuente de varios factores de estrés

psicosocial. Ya sea forzosa o voluntaria, la migración implica separación de la familia y la cultura. Las condiciones de trabajo inseguras y otros desafíos sin las redes de apoyo y capital social habituales los exponen a mayor ansiedad y los desafía para la integración social. La migración forzada, resultante de un conflicto, la inseguridad económica o los desastres naturales, agrava aún más los riesgos para la salud mental de los migrantes internacionales, incluyendo a los niños⁵⁻⁷.

Estos factores de riesgo se traducen en resultados adversos para la salud de los niños migrantes internacionales. De acuerdo a lo reportado en la literatura internacional, niños nacidos de madres con antecedentes de inmigración tienen una mayor incidencia de muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro y bajo peso al nacer⁸⁻¹¹. El estado de salud física de los niños migrantes después del nacimiento se ha estudiado con menos rigor, pero hay indicios de mayor prevalencia de caries dentales, algunas enfermedades infecciosas^{10,12} y obesidad¹³. También se han reportado problemas de salud mental e integración psicosocial^{14,15}. Es importante reconocer que diversos estudios se han centrado en la salud mental de este grupo, pero ha sido difícil obtener resultados concluyentes debido a las diferentes metodologías de estudio, definiciones y contextos de los migrantes internacionales entre los países estudiados¹⁶.

Además de las diferencias en factores de riesgo y de estado de salud, el uso de los servicios de salud en las familias migrantes puede diferir de la población local. Las razones para ello son diversas e incluyen, por ejemplo, diferentes patrones de enfermedad, diferentes comportamientos de acceso al sistema de salud, variabilidad económica y social, así como la disposición de cobertura de seguros de salud parcial o total. De hecho, revisiones sistemáticas han documentado el

reducido uso de servicios de salud prenatal entre inmigrantes embarazadas^{8,17}. Hay pocos estudios acerca del uso de servicios de los niños migrantes internacionales. En Suiza, los niños de familias migrantes tienen significativamente mayor uso de los servicios hospitalarios y de atención intensiva que la población local¹⁰. En España, un estudio realizado en 2009 sugirió que los hijos de los inmigrantes tuvieron significativamente menos enfermedades crónicas, mientras que el estado de salud percibida, de acuerdo con la autoevaluación de los padres u otro cuidador, era peor si ambos padres eran inmigrantes¹⁸. Las diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre niños inmigrantes y locales pueden ser profundizadas por otros factores socioeconómicos como la pobreza y el origen étnico¹⁹⁻²¹.

De acuerdo a la evidencia internacional, la problemática de salud y uso de servicios sanitarios por parte de niños migrantes se resume en: (i) el acceso difícil y el desconocimiento del nuevo sistema de atención de la salud; (ii) las barreras del idioma; (iii) las diferencias en expectativas y necesidades percibidas por parte de este grupo; (iv) la divergencia en la capacidad de pago de los costos de atención de la salud; y (v) las diferencias culturales en las definiciones de enfermedad y los tratamientos esperados. Los pocos estudios disponibles en niños migrantes sugieren que las barreras idiomáticas²² y las expectativas de los padres respecto del sistema de salud⁶ son particularmente relevantes. Sobre este último punto, un estudio cualitativo de familias polacas en Escocia sugirió que las preocupaciones de los padres migrantes acerca de los servicios de salud son propensos a tener un impacto en sus creencias y comportamientos infantiles²³.

El propósito de este estudio fue identificar brechas existentes en resultados de salud de la niñez (hasta los 14 años de edad) entre población migrante internacional y chilena, a partir del análisis de tres fuentes de información cuantitativas disponibles en la actualidad: (i) *Nacer en Chile*: Datos de consulta antenatal recolectados de 4 centros de salud primarios de la comuna de Recoleta el 2012; (ii) *Crecer en Chile*: Datos de encuesta poblacional CASEN 2013 y (iii) *Enfermar en Chile*: Datos de egresos hospitalarios de 2012. Se espera que este estudio aporte con evidencia inédita sobre salud de niños migrantes y cómo se compara con niños chilenos, en favor de una sociedad más inclusiva y respetuosa de la diversidad, así como un sistema de salud más vigilante del cumplimiento de declaraciones internacionales sobre derechos de salud del niño.

Metodología

Estudio analítico cuantitativo dedicado a comparar diferencias de acceso, uso de servicios y resultados de salud de migrantes internacionales *versus* nacidos en

Chile. Este estudio se enmarca dentro de los objetivos del proyecto Fondecyt 11130042 “Desarrollando inteligencia en salud pública primaria en Chile: un estudio multi-métodos” (2013-2017), cuyo propósito es producir conocimiento nuevo sobre condiciones de vida, acceso a servicios de salud y resultados de salud de migrantes internacionales en Chile (aprobación Comité de Ética Facultad de Medicina UDD y Comité de Ética de Conicyt).

1. Nacer en Chile: datos cuantitativos de consulta antenatal 2012

Los datos cuantitativos de consulta antenatal se obtuvieron a partir de los registros electrónicos anónimos de las mujeres usuarias de todos los CESFAM de administración municipal de la comuna de Recoleta a lo largo del año 2012 (se excluyó centro CristoVive dependiente de una fundación). Dichos registros corresponden a bases de datos del programa Chile Crece Contigo, complementados con registros de elaboración propia de cada encargado de CESFAM del programa de la mujer. Esta base contiene los antecedentes sociodemográficos, obstétricos y de morbilidad de la madre, además de variables relacionadas con el control actual del embarazo y con el resultado final de parto. Para el análisis de esta base de datos se descartaron las prestaciones de salud de mujeres que asistieron con niños recién nacidos, mujeres con más del 70% de las observaciones vacías, y mujeres con embarazos múltiples (13 casos), logrando una base final para análisis de 1.272 casos, de las cuales 1.012 eran chilenas y 260 (20,4%) migrantes internacionales. Esta base de datos fue entregada anonimizada por el Departamento de Salud Municipal de Recoleta.

Mediante medidas de frecuencia se describieron características sociodemográficas, uso de controles prenatales, factores de riesgo para el resultado de embarazo y parto incluyendo co-morbilidades y riesgo biopsicosocial (cuestionario EPSA); tanto en población inmigrante (nacionalidad distinta a chilena) como en población chilena. Se realizaron comparaciones entre dichas poblaciones al 95% de confianza (Test t y exacto de Fisher, según cantidad de observaciones, y test χ^2).

2. Crecer en Chile: datos cuantitativos de encuesta poblacional CASEN 2013

Se utilizó la encuesta poblacional anónima “Caracterización Socioeconómica Nacional”, CASEN, desarrollada por el Ministerio de Desarrollo Social cada 2-3 años y de descarga gratuita electrónica. Mide las condiciones socioeconómicas de los hogares del país y es representativa de los residentes en viviendas particulares 324 comunas de las 15 regiones del país, excluyendo alrededor de 15 comunas de difícil acceso y a personas institucionalizadas. Esta encuesta utiliza

un muestreo probabilístico estratificado¹⁹. Para el año 2013 esta encuesta contó con un total de 66.725 encuestas a hogares, correspondientes a la información de 212.346 chilenos, 3.555 inmigrantes y 2.590 individuos que prefirieron no reportar su estatus migratorio (datos perdidos y excluidos de este análisis). Utilizando factores de expansión para representación poblacional, estos representan a 16.689.377 chilenos y 354.581 inmigrantes (correspondientes al 96,6% y 2,1% del total de la población del país, respectivamente). Según datos CASEN 2013 en Chile existen 4.718.494 niños y jóvenes menores de 18 años, de estos el 1,4% corresponde a migrantes, mientras que en 1,2% de los casos no es posible determinar su nacionalidad. En esta base de datos se consideran como inmigrantes a personas que respondieron que su madre no vivía en Chile al momento de su nacimiento (inmigrantes de primera generación).

Para el análisis se realizaron estimaciones de perfil sociodemográfico de población inmigrante y chilena (medidas de tendencia central y dispersión o proporciones según la variable) y se realizaron comparaciones entre dichas poblaciones al 95% de confianza, considerando el diseño complejo de la muestra.

3. Enfermar en Chile: datos cuantitativos de egresos hospitalarios 2012

El análisis de egresos hospitalarios entrega información tanto de morbilidad como de uso, oferta, demanda y calidad de los servicios de cuidado de la salud²⁵. Desde el punto del acceso y uso a servicios de salud, los indicadores obtenidos a partir de egresos hospitalarios (EH) son relevantes para conocer y adecuar los servicios de salud a las necesidades de los distintos subgrupos de la población²⁶. La base de datos de egresos hospitalarios de año 2012, proporcionada por el departamento de estadística e información en salud (DEIS) del Ministerio de Salud, contiene la información de sexo, edad, nacionalidad, residencia y previsión de salud, junto con características de la hospitalización como diagnóstico, condición de egreso (alta/defunción), realización de una intervención quirúrgica, días de hospitalización e información de centro donde se produjo el EH. En esta base de datos se consideraron como inmigrantes a aquellos sujetos cuyo registro era con una nacionalidad distinta a la chilena. Es esencial mencionar que la unidad de análisis de esta base de datos de egresos hospitalarios 2012 es el egreso y no el individuo. Vale decir, puede haber más de un egreso por persona, lo que es habitual en personas con condiciones crónicas y severas de salud. Esto es improbable para el caso de resultado de parto.

Se estimaron medidas de frecuencia para las características hospitalarias (condición de egreso/intervención quirúrgica/diagnóstico, según CIE-10) y socio-

demográficas de los EH, por condición migratoria y agrupación de edad, con sus test de comparación de proporciones a un nivel de 0,05 de significación.

Resultados

1. Nacer en Chile

De las mujeres usuarias del programa Chile Crece Contigo (ChCC), de todos los CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, el 20,4% (n = 260) correspondió a mujeres migrantes internacionales, las cuales la mayoría (80,8%) eran provenientes del Perú, seguido por Colombia (4,6%), Haití, Bolivia, República Dominicana, Argentina y Ecuador. El promedio de edad era levemente mayor en mujeres inmigrantes que en chilenas (inmigrantes: 27 años vs chilenas: 26 años). De las mujeres chilenas asistentes al programa, el 20,1% (203 casos) correspondía a menores de 19 años, cifra que aproximadamente dobla al porcentaje de mujeres inmigrantes en la misma situación (10,8% del total de inmigrantes equivalentes a 28 casos). Las inmigrantes, en comparación con las chilenas, se encuentran en mayor proporción casadas o convivientes (68,4% vs 54,7%) y autoreportan nivel de escolaridad secundaria o superior en mayor proporción que las chilenas. Un 28,8% de mujeres inmigrantes no tenían previsión de salud (*versus* 0,8% mujeres chilenas)(p < 0,001).

No hubo diferencias significativas en paridad (número del embarazo actual) entre chilenas e inmigrantes. Por el contrario, en abortos se observa que el 29% (n = 76) de las inmigrantes reportó haber tenido uno o más abortos a lo largo de su vida, mientras que en chilenas dicho porcentaje alcanza el 18% (n = 188).

No hubo diferencias significativas en la tasa de derivaciones a nivel secundario entre mujeres chilenas e inmigrantes (tabla 1). Hipertensión arterial era levemente más común en la población migrante, mientras que diabetes gestacional era más común en mujeres chilenas. Fueron las inmigrantes quienes significativamente presentaron una mayor proporción de riesgo biopsicosocial (inmigrantes: 62,3% vs chilenas: 50,1%), aunque existe una mayor proporción de mujeres chilenas en riesgo severo (inmigrantes: 2,7% vs chilenas: 8,3%). Se observa un mayor porcentaje de mujeres inmigrantes que chilenas con síntomas depresivos, aunque esta diferencia no resultó ser estadísticamente significativa.

En las embarazadas migrantes fue más común el ingreso tardío al programa, vale decir después de 14 semanas de embarazo (33,4% en chilenas vs 63,1% en inmigrantes) (tabla 2). Esa diferencia se mantuvo aun cuando se estratificó por si la mujer comenzó sus controles en el CESFAM o si fue trasladada desde otro centro.

Tabla 1. Proporción de factores de riesgo para el desarrollo o término del embarazo en mujeres usuarias del programa Chile Crece Contigo, CESFAM Recoleta 2012, según condición migratoria

	Inmigrante, % (n = 1.012)	Chilena, % (n = 260)	Diferencia (valor p)
Derivadas a COPAR	41,2	43,4	-2,2 (0,516)
Con síntomas depresivos	32,3	29,7	2,6 (0,428)
Con riesgo biopsicosocial	62,3	50,1	12,2 (< 0,00)
Severo	2,7	8,3	-5,6 (< 0,00)
Moderado	22,3	15,1	7,2 (0,011)
Leve	37,3	26,7	10,6 (0,001)
Embarazo no planificado	66,5	61,4	5,1 (0,117)
Presencia de morbilidades:			
HTA	3,8	2,9	0,9 (0,452)
Diabetes mellitus	0,0	1,5	-1,5 (0,051)*
Dislipidemias	0,0	0,3	-0,3 (1,000)*
Otras enfermedades	15,4	21,4	-6,0 (0,019)

Las diferencias en riesgo biopsicosocial y presencia de otras enfermedades son estadísticamente significativas, con una significancia del 0,05. *Corresponde al valor p del test exacto de Fisher.

Tabla 2. Uso de los controles del programa de salud de las mujeres embarazadas en usuarias del programa Chile Crece contigo, de todos los CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria

	Inmigrante (n = 1.012)	Chilena (n = 260)	Diferencia (valor p)
Ingreso tardío a controles			
Sí	63,1%	33,4%	29,7 (< 0,00)
No	36,9%	66,6%	-29,7 (< 0,00)
Número de controles prenatales			
1	6,2%	7,6%	-1,4 (0,394)
2	4,6%	6,2%	-1,6 (0,285)
3	8,5%	5,4%	3,1 (0,105)
4	5,4%	5,4%	0,0 (0,975)
5	7,3%	7,3%	0,0 (0,998)
6	10,4%	9,3%	1,1 (0,602)
7 o más	55,4%	55,3%	0,1 (0,966)
Sin información	2,3%	3,5%	-1,2 (0,293)

Por otra parte, al final del embarazo un 4,3% del total de mujeres habían sido trasladadas a otro centro y un 10,9% no asistió al control luego del parto. Las mujeres inmigrantes son las que significativamente ostentan mejores resultados de parto, presentando menos embarazos de pre término, recién nacidos con bajo peso al nacer y partos por cesárea a o fórceps (figura 1). Esta situación se mantiene incluso tras estratificar por edad, derivación a COPAR, ingreso tardío a controles maternos y riesgo biopsicosocial.

2. Crecer en Chile

Los niños en Chile se concentran en el tramo 7-15 años, tanto en chilenos como migrantes; sin embargo, esto es más acentuado en migrantes (49,6% del total de niños migrantes). En la población local las diferencias

por sexo no logran superar los 5 puntos porcentuales en ningún tramo de edad, mientras que en el caso de la población migrante destaca que el grupo de menores de un año está conformado principalmente por hombres (65,5%). Por el contrario, en el tramo entre 1 a 6 años existe un número mayor de mujeres (66,5%) (tabla 3).

En relación al nivel educacional, en el grupo de 1-6 años existe una mayor proporción de niños migrantes dentro del sistema escolar (79,6%) *versus* chilenos (64,2%), mientras que en los tramos siguientes hay mayor cantidad de chilenos en el sistema escolar. Las razones entregadas por los padres para no integrar a los niños y jóvenes al sistema escolar varían según tramo de edad. Entre 1-6 años no lo encuentran necesario (74% de los padres chilenos y 57,4% migrantes cuyos

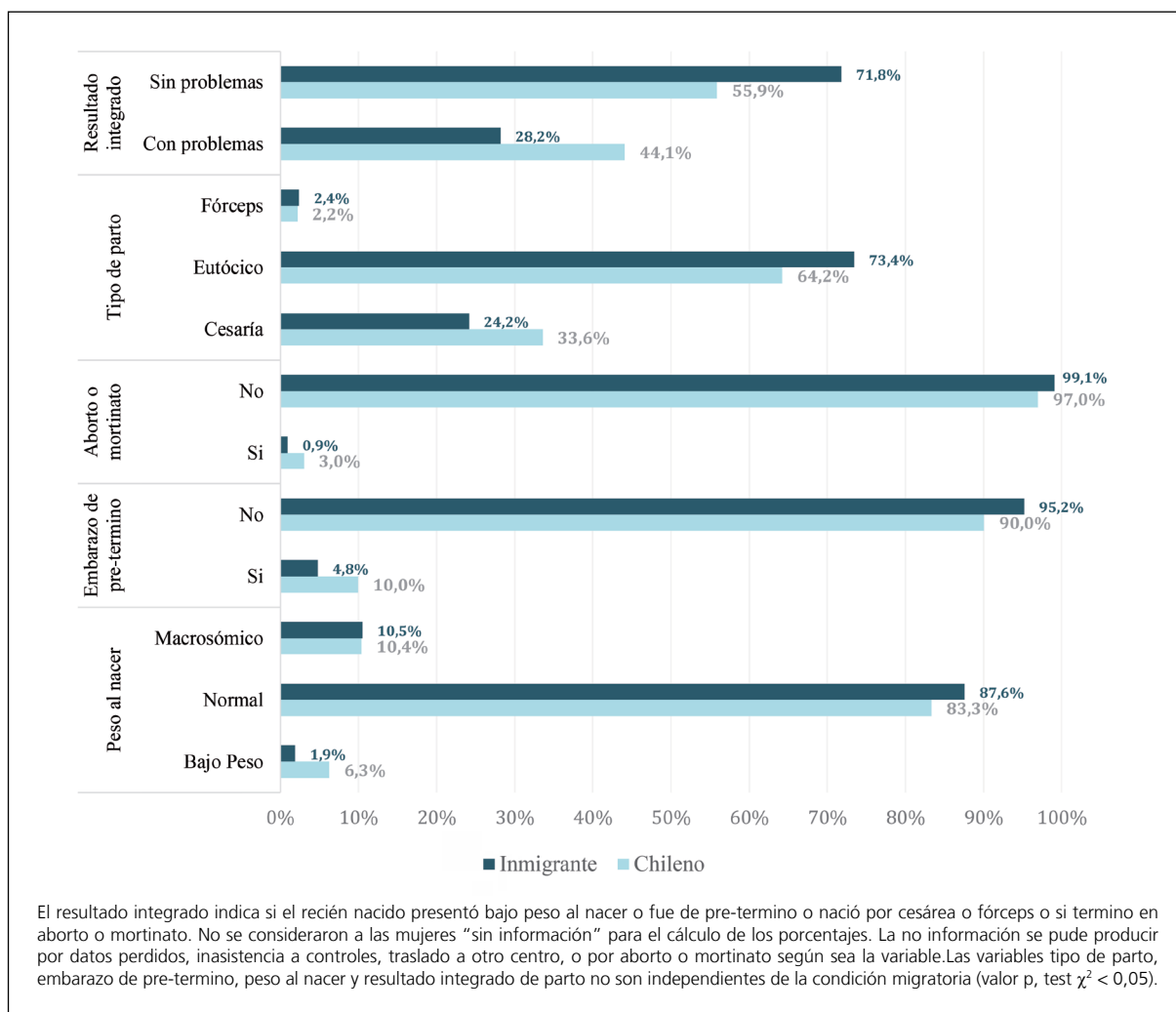


Figura 1. Resultados de mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de los 4 CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.

hijos no están en el sistema escolar) o no confían en el cuidado (16% de los padres migrantes *versus* 3,4% de padres chilenos). En el tramo 7-14 años la población migrante más frecuentemente indica "no sabe" o "no responde" y los chilenos señalan que es por discapacidad. Finalmente, en el grupo 15-18 años en migrantes es porque se encuentra buscando trabajo (41,7%), en cambio en chilenos es porque ya terminó de estudiar (22,5%) y en segundo lugar la búsqueda de trabajo (19,7%). Respecto de la situación socioeconómica, destaca que más del 50% de los niños migrantes entre 1-6 años provienen de hogares pobres multidimensionales (ie. hogares con 25% o más de indicadores de bienestar carentes), lo que corresponde al doble que en población chilena. Este fenómeno se mantiene con pequeñas variaciones hasta el grupo 15-18 años. Por último, en inmigrantes el 3,4% de los menores de 7 años se encontraban desnutridos o en riesgo de desnu-

trición (*vs* 2,3% en chilenos) y el 1,7% con sobre peso u obesidad (*vs* 13,8% en chilenos).

3. Enfermar en Chile

Durante el año 2012 se produjeron un total de 1.659.654 egresos hospitalarios (EH) en Chile, de los cuales un 0,5% correspondió a población migrante internacional. Del total de egresos en menores de 18 años, el 0,19% se produjo en pacientes migrantes internacionales, equivalentes a 666 egresos hospitalarios (tabla 4). De los EH en inmigrantes el 46% fue en menores entre los 15 y 18 años, en chilenos este porcentaje corresponde al 21,1%.

Las distribuciones de EH de pacientes migrantes entre ISAPRE (Sistema privado), FONASA (Sistema público) y sin previsión de salud fueron similares, cercanas al 30%. Situación que se invierte en los egresos hospitalarios en menores de un año (66,2% FONASA,

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de población de niños migrantes versus chilenos, CASEN 2013.

	Inmigrantes, n (%) (n = 64.102)		Chilenos, n (%) (n = 4.599.675)	
Menor de un año				
<i>Sexo</i>				
Hombre	555	(65,5%)	100.312	(48,6%)
Mujer	292	(34,5%)	106.147	(51,4%)
<i>Asiste a establecimiento educacional</i>				
Sí	0	(0,0%)	6.384	(3,1%)
No	847	(100,0%)	200.075	(96,9%)
<i>Pobreza multidimensional</i>				
Sí	11,1%		30,0%	
No	88,9%		70,0%	
1 a 6 años				
<i>Sexo</i>				
Hombre	4.891	(33,5%)	724.766	(50,6%)
Mujer	9.710	(66,5%)	708.900	(49,4%)
<i>Asiste a establecimiento educacional</i>				
Sí	11.618	(79,6%)	919.526	(64,2%)
No	2.983	(20,4%)	513.540	(35,8%)
<i>Pobreza multidimensional</i>				
Sí	52,20%		26,20%	
No	47,80%		73,80%	
7 a 14 años				
<i>Sexo</i>				
Hombre	14.853	(46,7%)	949.393	(50,7%)
Mujer	16.940	(53,3%)	922.081	(49,3%)
<i>Asiste a establecimiento educacional</i>				
Sí	30.044	(94,5%)	1.862.941	(99,5%)
No	1.749	(5,5%)	8.533	(0,5%)
<i>Pobreza multidimensional</i>				
Sí	38,2%		20,50%	
No	61,8%		79,50%	
15 a 18 años				
<i>Sexo</i>				
Hombre	7.833	(46,5%)	564.501	(51,9%)
Mujer	9.028	(53,5%)	523.575	(48,1%)
<i>Asiste a establecimiento educacional</i>				
Sí	13.550	(80,5%)	923.108	(86,9%)
No	3.289	(19,5%)	138.908	(13,1%)
<i>Pobreza multidimensional</i>				
Sí	35,1%		22,6%	
No	64,9%		77,4%	

9,9% ISAPRE y 12,7% no tiene) y en mayores de 15 años (49,2% FONASA, 26,1% ISAPRE y 19,5% sin previsión).

Transversalmente, una de las causas más frecuentes de egresos hospitalarios en menores de 18 años fue por enfermedades del sistema respiratorio. Los niños migrantes entre 7-14 años presentaron mayor proporción de egresos hospitalarios por neoplasias (12,1% vs 5,5%) y malformaciones congénitas (9,3% vs 4,2%); mientras inmigrantes entre 1-6 años tenían más egre-

sos por consecuencias de causa externa (23,0% vs 12,8%) y menores de un año tenían más egresos por problemas del período perinatal (54,9% vs 40,2%). Llama además la atención que, tanto en menores de un año como en 7-14 años, la proporción de egresos por problemas respiratorios fue menor en inmigrantes que en chilenos año (12,7% vs 28,9% y 8,6% vs 14,2%, respectivamente). Finalmente, destaca el alto porcentaje de egresos por embarazo en menores entre 15 y 18 años en ambas poblaciones (tabla 4).

Tabla 4. Egresos hospitalarios de pacientes menores de 14 años según condición migratoria, Chile 2012

	Menor de un año				1 a 6 años		7 a 14 años		15 a 18 años			
	Chileno (n = 91.081)		Inmigrante (n = 71)		Chileno (n = 106.475)		Inmigrante (n = 148)		Chileno (n = 77.814)		Inmigrante (n = 140)	
Diagnóstico principal (Capítulos CIE-10)												
I	(infecciosas y parasitarias)	6,2%	2,8%	9,0%	6,8%	4,8%	3,6%	1,7%	2,0%			
II	(neoplasias)	0,4%	2,8%	4,2%	2,7%	5,5%	12,1%*	2,6%	2,3%			
III	(de la sangre y órganos hematopoyéticos)	0,3%	0%	1,1%	0,7%	1,3%	1,4%	0,5%	0%			
IV	(endocrinas, nutricionales y metabólicas)	0,5%	1,4%	0,9%	0,7%	1,7%	0,7%	1,2%	1,0%			
V	(mentales y del comportamiento)	0%	0%	0,1%	0,7%	1,7%	3,6%	3,6%	2,6%			
VI	(sistema nervioso)	1,2%	1,4%	2,8%	0,7%	3,1%	2,1%	1,3%	1,3%			
VII	(ojo y sus anexos)	0,2%	1,4%	0,8%	0%	0,8%	0,7%	0,3%	0,3%			
VIII	(oído y apófisis mastoidea)	0,1%	0%	0,9%	0%	1,1%	0,7%	0,3%	0,3%			
IX	(sistema circulatorio)	0,2%	0%	0,6%	1,4%	1,4%	2,1%	1,3%	0%			
X	(sistema respiratorio)	28,9%	12,7%*	35,3%	29,1%	14,2%	8,6%*	4,6%	3,3%			
XI	(sistema digestivo)	2,8%	4,2%	7,2%	5,4%	19,7%	13,6%*	11,6%	6,2%			
XII	(piel y tejidos subcutáneos)	0,5%	0%	1,7%	1,4%	2,4%	3,6%	1,6%	0,7%			
XIII	(sistema osteomuscular)	0,1%	0%	1,2%	1,4%	3,7%	0%	3,1%	2,6%			
XIV	(sistema genitourinario)	3,9%	5,6%	7,6%	8,8%	6,8%	5,0%	5,0%	3,3%			
XV	(Embarazo, parto o puerperio)	-	-	-	-	1,8%	2,9%	43,6%	59,9%			
XVI	(del período perinatal)	40,2%	54,9%*	-	-	-	-	-	-			
XVII	(malformaciones congénitas)	5,8%	4,2%	5,5%	8,1%	4,2%	9,3%*	1,3%	0,3%			
XVIII	(anomalías no clasificadas)	3,2%	4,2%	5,7%	4,7%	5,5%	3,6%	2,5%	1,0%			
XIX	(consecuencias de causa externa)	1,9%	2,8%	12,8%	23,0%*	16,7%	23,6%	10,6%	9,4%			
XXI	(contacto con los servicios de salud)	3,6%	1,4%	2,4%	4,7%	3,4%	2,9%	3,3%	3,6%			
Condición de egreso												
Vivo		98,8%	100,0%	99,8%	99,3%	99,8%	100,0%	99,8%	100,0%			
Muerto		1,2%	0,0%	0,2%	0,7%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%			
Intervención quirúrgica												
Sí		7,0%	7,0%	33,8%	45,3%*	48,5%	59,3%*	42,4%	40,1%			
No		93,0%	93,0%	66,2%	54,7%	51,5%	40,7%	57,6%	59,9%			
Días de hospitalización												
1		20,6%	25,4%	47,0%	50,7%	46,9%	50,7%	29,7%	22,8%*			
2		17,6%	16,9%	14,7%	19,6%	16,7%	12,9%	25,0%	21,8%			
3		12,8%	11,3%	11,0%	4,7%*	10,6%	3,6%	18,8%	28,7%*			
4 o más		49,0%	46,5%	27,3%	25,0%	25,8%	32,9%	26,4%	26,7%			

*Las diferencias estadísticamente significativas con un nivel de significancia del 0,05.

Discusión

Este es uno de los primeros estudios que describe la salud de los niños migrantes en Chile usando tres fuentes de información cuantitativa. Dado que la población infantil migrante en Chile crece gradualmente, es importante conocer sus condiciones de vida y enfermedad. Si bien la información disponible es limitada, sin duda permite responder algunas preguntas y generar nuevas hipótesis de trabajo que puedan testarse a futuro. Los estudios de salud en población migrante internacional son de amplia utilidad para la salud pública²⁷ al permitir comparar poblaciones con diferentes genéticas y etnias, así como diversas experiencias socio-culturales y políticas, que en algún punto de su vida cambian su entorno social y ambiental, adecuándose al del país receptor.

Este estudio muestra que en migrantes embarazadas destaca un alto porcentaje de mujeres sin previsión de salud, que inician control tardíamente y en riesgo psicosocial comparado con chilenas. A pesar de eso, las mujeres migrantes ostentan mejores resultados de parto. Respecto del perfil sociodemográfico, destaca la mayor proporción de niños migrantes en pobreza multidimensional y el mayor porcentaje de escolares 15-18 años que dejan sus estudios inconclusos. En el análisis de hospitalizaciones, se observa un alto porcentaje de niños migrantes sin previsión de salud. En cuanto a las diferencias entre la población chilena y migrante en egresos hospitalarios, destacan aquellas observadas por problemas respiratorios, donde su proporción en migrantes es menor que en chilenos, y en traumatismos y otras causas externas, neoplasias y malformaciones congénitas, donde su proporción en migrantes llega a ser casi el doble de la población nacional en algunos rangos etarios.

Es interesante notar que, a pesar de la existencia de más factores de riesgo de embarazo en población migrante –ingreso tardío y riesgo biopsicosocial– y perfil obstétrico parecido, las mujeres inmigrantes tienen mejores resultados de parto que la población chilena. Sólo 24% de los partos son por cesárea (*versus* 34% en chilenas) y un 28% presenta algún problema (*versus* 44% en chilenas). Es importante desarrollar mayor investigación sobre estos resultados paradójicos de aparente efecto de “migrante sano”, que podrían estar explicados por diferencias de edad, por selección natural de migrantes más sanas que logran viajar a Chile, o por otros procesos sociales de protección de la salud como capital social.

Es importante integrar estos resultados desde una perspectiva social de la salud. Las altas proporciones de tanto mujeres embarazadas como niños inmigrantes sin previsión de salud son preocupantes, ya que

esta población corre riesgo de no acceder a servicios de salud de forma oportuna, a pesar que la normativa chilena permite el acceso aún en condición de irregularidad. Otro hallazgo preocupante es la alta tasa de traumatismos en los niños migrantes, que llega a ser casi un cuarto de todos los egresos hospitalarios de niños entre 1-6 años, comparado con 13% de los niños chilenos. Esto podría estar relacionado con la mayor pobreza multidimensional que hoy experimentan niños migrantes *versus* niños chilenos, incluyendo condiciones precarias de vivienda, barrio peligroso o violento, necesidad de dejar el colegio para trabajar, entre otros.

Este estudio presenta información de varias fuentes, lo que aumenta su riqueza, pero tiene algunas limitaciones. Es posible que haya sesgo de selección en todas las bases de datos asociado a la forma en que se define población migrante internacional y errores de registro para efectos del análisis. En el análisis de egresos hospitalarios, es imposible poder dilucidar si los resultados obtenidos reflejan efectivamente información sobre de prevalencia de morbilidades o si son consecuencia de un uso diferenciado de los servicios de salud entre población local e inmigrante internacional. Finalmente, algunas variables centrales en la relación entre migración y salud, tales como estatus socioeconómico y tiempo de residencia, entre otras, no estaban disponibles por lo que no se pudo realizar análisis más detallado.

El mundo ha logrado enormes progresos para reducir la mortalidad infantil, para enviar a los niños y niñas a la escuela y para sacar a millones de la pobreza. En gran parte, los obstáculos para llegar a estos niños no son de naturaleza técnica, sino una cuestión vinculada con el compromiso político. En Chile se realizan de manera histórica y sobresaliente esfuerzos de salud pública en esta línea, pero sin duda debemos actualizar nuestras definiciones e indicadores de quienes son nuestra población infantil de interés, incluyendo la población migrante internacional que ha aumentado en los últimos años y de la cual aún sabemos muy poco. Este estudio pretende aportar en esta mirada a través de la generación de evidencia sobre las condiciones de nacimiento, vida y hospitalización de niños migrantes y chilenos. Atender las necesidades de nuestros niños en Chile, independiente de su condición migratoria, es un imperativo ético, legal y moral. Sólo así podremos minimizar y/o prevenir condiciones desfavorables para el sano desarrollo de todo ser humano en nuestro país^{30,31}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación hu-

mana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento in-

formado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. U. D. Trends in international migration 2015. 2015.
2. UNICEF. International Migrant Children and Adolescents. 2012.
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia: una oportunidad justa para cada niño. 2016.
4. UNITAR. Migration and Youth: Overcoming Health Challenges. New York: 2011.
5. Migration; IOF. World Migration Report 2015. Migrants and Cities: New Partnerships to Manage Mobility. . Geneva: 2015.
6. 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. Epub 2011/08/13.
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. Epub 2011/08/13.
8. Almeida L, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and child health journal*. 2013;17(8):1346-54.
9. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2009;88(2):134-48. Epub 2008/12/20.
10. Jaeger FN, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. The health of migrant children in Switzerland. *International journal of public health*. 2012;57(4):659-71. Epub 2012/06/16.
11. Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J, et al. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2009;69(6):934-46. Epub 2009/08/12.
12. Jaeger FN, Kiss L, Hossain M, Zimmerman C. Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective--improving hospital care for migrant children. *BMC health services research*. 2013;13:389. Epub 2013/10/08.
13. Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzoni VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M. Obesity and physical activity in children of immigrants. *European journal of public health*. 2014;24 Suppl 1:40-6. Epub 2014/08/12.
14. Gualdi-Russo E, Toselli S, Masotti S, Marzouk D, Sundquist K, Sundquist J. Health, growth and psychosocial adaptation of immigrant children. *European journal of public health*. 2014;24 Suppl 1:16-25. Epub 2014/08/12.
15. Toselli S, Gualdi-Russo E, Marzouk D, Sundquist J, Sundquist K. Psychosocial health among immigrants in central and southern Europe. *European journal of public health*. 2014;24 Suppl 1:26-30. Epub 2014/08/12.
16. Stevens GW, Vollebergh WA. Mental health in migrant children. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2008;49(3):276-94. Epub 2007/12/18.
17. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C. Migrant women's utilization of prenatal care: a systematic review. *Maternal and child health journal*. 2013;17(5):816-36.
18. Rivera B, Casal B, Currais L. [Health status and health services' utilization among immigrant children]. *Gaceta sanitaria/SESPAS*. 2009;23 Suppl 1:53-6. Epub 2009/11/26. Estado de salud y frecuentacion de los servicios sanitarios de los menores hijos de inmigrantes.
19. Guendelman S, Wyn R, Tsai YW. Children of working poor families in California: the effects of insurance status on access and utilization of primary health care. *Journal of health & social policy*. 2002;14(4):1-20. Epub 2002/09/11.
20. Guendelman S, Schaufeller H, Samuels S. Differential access and utilization of health services by immigrant and native-born children in working poor families in California. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2002;13(1):12-23. Epub 2002/02/12.
21. Reidy MF. Health services for immigrant children: opportunities under Title XXI. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2000;11(3):276-83. Epub 2000/08/10.
22. Gulati S, Watt L, Shaw N, et al. Communication and language challenges experienced by Chinese and South Asian immigrant parents of children with cancer in Canada: implications for health services delivery. *Pediatric blood & cancer*. 2012;58(4):572-8. Epub 2011/03/04.
23. Sime D. 'I think that Polish doctors are better': newly arrived migrant children and their parents experiences and views of health services in Scotland. *Health & place*. 2014;30:86-93. Epub 2014/09/23.
24. Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2013. Documento metodológico. Santiago, Chile 2013. Available from: www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen.
25. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN 2013. Chile: 2014.
26. Creswell J. Philosophical, Paradigm, and Interpretative Frameworks. In: Creswell J, editor. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Thousand Oaks: Sage; 2007. p. 15-34.
27. Creswell J. Five Qualitative Approaches to Inquiry. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*: Thousand Oaks, Sage; 2007. p. 53-84.
28. Vasquez A, Cabieses B. Where are vulnerable immigrants located in Chile? A spatial analysis of Census data using an Index of Multiple Deprivation from the last three decades (1992-2012). *Plos One*. 2015:under review.
29. Luthar S. Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen D, editors. *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*. New York: Wiley; 2006. p. 740-95.
30. Martínez D, Farías A, Vergara N, Vega P. Sección II, Capítulo 3: Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud durante la infancia preescolar y escolar. In: Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V, editors. *Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile: desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2016.
31. Chambers R. *Rural development: putting the last first*. 1st ed. ed. Londres: Longman; 1983.