

SALUD DE PERSONAS MIGRANTES INTERNACIONALES
SERIE DE REPORTES
MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

SÍNTESIS DE EVIDENCIA CIENTÍFICA
INTERNACIONAL PARTE 6

**Fuentes de información y propuesta
metodológica de estudio**

Febrero del 2018

Este documento está tomado del informe final del estudio original:

***SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN PILOTO NACIONAL DE SALUD DE
MIGRANTES INTERNACIONALES***

Licitación 757-13-LE17
Ministerio de Salud de Chile

Santiago, 28 de febrero del 2018

Comité Técnico Licitación, Ministerio de Salud de Chile y Superintendencia de Salud:

Josette Iribarne
Andrea Fernández
Violeta Rojas
Claudia Padilla
Marcela Pezoa
Viviana Reyes

El comité técnico agradece el trabajo de los siguientes expertos que participaron directamente de la elaboración de esta sección del informe, del Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina Universidad del Desarrollo, y de la Organización Internacional para las Migraciones:

Báltica Cabieses, PhD
Sofía Astorga, MSc
Margarita Bernal, PhD
Ana María McIntyre, MSc
Alex Alarcón, PhD
Félix Martínez, MSc(c)

PROPUESTA METODOLÓGICA

Antes de detallar cada una de las etapas de propuesta metodológica de esta licitación, se presenta a continuación una tabla sintética donde se describe cómo se dará respuesta a cada uno de los objetivos de este proyecto:

Objetivo General de este proyecto

Sistematizar y evaluar el Piloto de Salud de Inmigrantes, la implementación del Decreto N° 67 y la Circular N° 4 que instruye su implementación en las Regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Metropolitana.

Objetivo específico	Sub-objetivo específico	Metodología
a) Realizar una revisión y análisis de la experiencia internacional	a.1) Buenas prácticas de atención en salud que apoyen el diseño, implementación y evaluación de políticas para personas migrantes internacionales.	Síntesis narrativa de evidencia científica internacional, que incluye ecuación sistemática de búsqueda en base de datos electrónica de alta calidad Síntesis narrativa de literatura gris en la región de América Latina y el Caribe, por medio de <i>environmental scan</i> de evidencia de sitios Web de gobiernos de países pertenecientes a la región
	a.2) Evidencia del impacto o relación entre migración y estado de salud.	Síntesis narrativa de evidencia científica internacional, que incluye ecuación sistemática de búsqueda en base de datos electrónica de alta calidad
	a.3) Metodologías de sistematización de intervenciones en salud pública y promoción de salud con énfasis en población migrante e interculturalidad.	Síntesis narrativa de evidencia científica internacional, que incluye ecuación sistemática de búsqueda en base de datos electrónica de alta calidad Síntesis narrativa de literatura gris en la región de América Latina y el Caribe, por medio de <i>environmental scan</i> de evidencia de sitios Web de gobiernos de países pertenecientes a la región
	a.4) Fuentes de información a nivel nacional entre lo disponible y lo requerido, distinguiendo por niveles de atención, para la aplicación de	Síntesis narrativa de literatura de fuentes de información disponible en la actualidad en Chile, discutiendo sus fortalezas y limitaciones, distinguiendo por niveles de atención, para la aplicación de la metodología propuesta de sistematización y evaluación

	la metodología propuesta de sistematización y evaluación.	
b) Generar una propuesta metodológica multi-método (cualitativa y cuantitativa) de sistematización y evaluación del Piloto de Salud de Inmigrante y el Decreto N° 67 y la Circular N° 4	b.1) Evaluación de la implementación de la normativa.	- Para el análisis cuantitativo se consideran las siguientes metodologías indirectas de evaluación: ○ Comparación de proporción de población migrante internacional que está inscrita en sistema previsual Fonasa a lo largo del tiempo así como en comparación con población local (CASN 2009, 2011, 2013, 2015). ○ Comparación de proporción de población migrante internacional que utiliza algunas prestaciones de salud universales tales como control niño sano y control prenatal (REM) - Para el análisis cualitativo se consideran las siguientes metodologías de evaluación: ○ Toda la información proveniente del trabajo de campo se convertirá en material escrito, las entrevistas y grupos focales serán transcritos palabra por palabra. ○ El material escrito será analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los datos recolectados (Braun & Clarke, 2006).
	b.2) Análisis del enfoque de interculturalidad en prácticas como el uso de mediadores culturales y estrategias para abordar barreras lingüísticas.	Síntesis narrativa de evidencia científica internacional, que incluye ecuación sistemática de búsqueda en base de datos electrónica de alta calidad Estudio cualitativo: se incluirá como parte del levantamiento de la fase cualitativa del estudio la realización de entrevistas con mediadores-facilitadores interculturales en las comunas en las que ha sido implementado el Programa Piloto, así como referentes comunales, directores de salud municipal y trabajadores de salud. De esta forma los hallazgos de la literatura serán complementados por las prácticas y experiencias relatadas a nivel local.

	b.3) Acciones desarrolladas considerando la difusión de derechos, participación, capacitación, información, entre otros y que sea realizado por niveles y ámbitos de acción a saber Atención Primaria, Hospitales, Servicios de Salud, FONASA y SEREMI de Salud.	Síntesis narrativa de evidencia científica internacional, que incluye ecuación sistemática de búsqueda en base de datos electrónica de alta calidad Síntesis narrativa de literatura gris en la región de América Latina y el Caribe, por medio de <i>environmental scan</i> de evidencia de sitios Web de gobiernos de países pertenecientes a la región Estudio cualitativo: se incluirá como parte del levantamiento de la fase cualitativa del estudio la realización de entrevistas en todos los niveles señalados, para de esta forma complementar los hallazgos de la literatura con prácticas y experiencias relacionadas a nivel local.
	b.4) Opinión de distintos actores incluyendo migrantes, directivos y funcionarios de salud, sociedad civil entre otros.	Estudio cualitativo: se incluirá como parte del levantamiento de la fase cualitativa del estudio la realización de entrevistas en profundidad y grupos focales con todos los actores señalados.
	b.5) Realizar un análisis comparativo (según tipo de atención) de acceso a salud utilizando la Encuesta CASEN (2011, 2013 y 2015) y otras fuentes de información disponibles, como Egresos Hospitalarios (2012-2013), Resúmenes de Estadísticas Mensuales (REM) (2015-2016) y población de personas migrantes "inscrita" en los establecimientos de atención primaria.	Análisis descriptivo y comparativo (Chi², t test o Anova según corresponda) entre migrantes internacionales y población local, a partir de las siguientes fuentes: - CASEN 2011, 2013, 2015 - Egresos hospitalarios 2012, 2014, 2015 - Resúmenes de Estadísticas Mensuales - Inscritos por Decreto 67 en Fonasa desde junio 2016 El análisis considera, para todas las fuentes de información, las siguientes etapas: - Exploración de base de datos, revisión de datos perdidos - Creación de nuevas variables y recodificación de variables para análisis - Análisis descriptivo de datos, para población total, migrante internacional y local nacida en Chile para cada variable de interés - Análisis comparativo de acceso y uso de servicios de salud entre migrantes internacionales y población local para los

		distintos años disponibles de información. Esto incluye prueba estadística de tendencia para explorar modificaciones de estas variables de interés a lo largo del tiempo
c) Integrar información cuantitativa y cualitativa a partir de lo planteado en la propuesta metodológica en un documento de sistematización que incorpore:	c.1) Sistematización y evaluación del Piloto de Salud de Inmigrantes.	Este objetivo es desarrollado en la tercera etapa de sistematización y evaluación, que contiene las siguientes etapas: 1. Integración de revisión de literatura, evidencia cuantitativa y cualitativa 2. Elaboración de recomendaciones 3. Consulta a actores clave 4. Adaptación y revisión 5. Informe final de resultados
	c.2) Identificar Buenas Prácticas y áreas de desafío a partir de las experiencias desarrolladas en los pilotos en los diferentes ámbitos de acción.	Estudio cualitativo: se incluirá como parte del levantamiento de la fase cualitativa del estudio la descripción de “buenas practicas” a nivel local comunal o de autoridad sanitaria. Estas buenas prácticas serán incluidas como patrón temático en el análisis de contenido del material recolectado desde enfoque cualitativo. De esta forma se relevarán las buenas prácticas desarrolladas a nivel local.
	c.3) Elaborar recomendaciones para el desarrollo de una Política de Salud de Inmigrantes, considerando aspectos normativos, sistemas de información, capacitación de funcionarios de salud, interculturalidad (que incluya mediadores interculturales y barreras lingüísticas), modelo de atención entre otros y que incluya una propuesta de indicadores que permitan monitorear aspectos tales como barreras de acceso, inequidades e información.	Este objetivo es desarrollado en la tercera etapa de sistematización y evaluación, que contiene las siguientes etapas: 6. Integración de revisión de literatura, evidencia cuantitativa y cualitativa 7. Elaboración de recomendaciones 8. Consulta a actores clave 9. Adaptación y revisión 10. Informe final de resultados

DISEÑO Y EJECUCIÓN DE PROPUESTA DE SISTEMATIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN PILOTO DE SALUD DE INMIGRANTES DEL MINSAL

El propósito de esta fase es sistematizar y evaluar acceso, uso y resultados de salud de migrantes internacionales que recibieron alguna de las intervenciones del Plan Nacional Piloto de Salud de Inmigrantes del Ministerio de Salud de Chile. Este plan piloto fue diseñado el 2015, implementado gran parte del 2016, y hoy requiere ser evaluado. Incluyó a 5 comunas del país y contó con intervenciones en al menos 5 niveles de interés: (i) MINSAL; (ii) Seremi; (iii) APS; (iv) Hospitales; (v) Municipalidades. Contempla además trabajo con grupos organizados de migrantes, Fonasa, Superintendencia de Salud, y la colaboración estrecha con DEM, OIM y otros actores clave en la temática en Chile. Esta Fase 2 del estudio contempla dos etapas, una cuantitativa y otra cualitativa, que se describen a continuación.

ETAPA CUANTITATIVA

El propósito de esta etapa es describir condiciones de vida, acceso y uso de servicios de salud de población migrante internacional versus chilena, de manera global y estratificada según indicadores de interés.

1. Condiciones de vida:

Para aproximarse a esta dimensión se realizará análisis repetido de encuesta poblacional CASEN, de los años 2011, 2013, 2015. En particular se realizará análisis descriptivo crudo y estratificado (por sexo y grupo etario) de condiciones de vida de personas que se autoreportan como migrantes internacionales (su madre vivía en otro país cuando nació) y población local (su madre vivía en Chile cuando nació). Las dimensiones de vida de interés son: (i) demográficas (sexo, edad, etnia, ruralidad, región de residencia, estado civil); (ii) socioeconómicas (ingreso equivalente del hogar, nivel educacional, tipo de ocupación, con/sin contrato); (iii) migratorias (país de origen, tiempo de residencia en Chile); (iv) previsionales (tipo de previsión). Este análisis se realizará para el país en su conjunto y para cada región por separado, además de para cada año de la base de datos, y se utilizarán factores de expansión para representación de cada nivel de análisis de interés.

2. Acceso y uso de servicios:

Para esta dimensión se considerarán dos fuentes de información: CASEN 2011, 2013 y 2015; Egresos hospitalarios 2012 y 2014; y datos de Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) del DEIS, Ministerio de Salud, 2015 y 2016. De ser posible (dependiente de la entrega oportuna de información del Ministerio de Salud), también

se analizarán datos de los migrantes inscritos en FONASA antes y después del Decreto 67.

- ✓ CASEN permitirá explorar flujograma de uso efectivo de servicios según necesidad sentida, expresada y demandada previamente construido por el equipo investigador. Las variables de uso a considerar serán: (i) salud mental; (ii) salud dental; (iii) especialidad médica. Se considerarán además variables de servicios de libre acceso en el país: (i) control de niño sano; (ii) Papanicolaou; (iii) mamografía. Se comparará el uso de estas prestaciones de salud entre población extranjera y local, cruda y estratificada por sexo y edad según corresponda. El análisis se realizará a nivel país y regional, además de cada año de la base de datos, y se utilizarán factores de expansión para representación de cada nivel de análisis de interés.
- ✓ Egresos hospitalarios por su parte permitirá informar acerca de causas de hospitalización en población general, inmigrante y local. Entregará información además de tipo de previsión de salud, si recibió cirugía o tratamiento médico, días de hospitalización y resultados de salud (vivo/muerto). Dado nuestro conocimiento previo en la temática, de especial interés se dará en los casos de egresos por “embaraza, parto y puerperio”, “accidentes, envenenamientos y causas externas”, “Tumores y cáncer” y “problemas del aparato digestivo”. El análisis se realizará, para cada año, para el país en conjunto, para cada región y para las 5 comunas del piloto de migrantes.
- ✓ REM permitirá conocer uso de servicios de salud específicos, siendo de especial interés la serie P de la base de datos que es la que entrega detalle de prestaciones por migrante versus chileno. Respecto de estadísticas de atenciones, se analizarán distintas prestaciones detalladas en Anexo 06. Todo análisis de la serie P de la base de datos REM se realizará para población general, extranjera y chilena para el año 2015 y 2016. En la medida de lo posible, según lo disponible en base de datos REM, se realizará análisis tanto para todo el territorio nacional, cada una de las regiones y las 5 comunas piloto del plan nacional de salud de migrantes. Esperamos presentar resultados descriptivos para migrantes en profundidad, así como comparativos con población local, de todos aquellos indicadores que estén disponibles y sean de calidad (dato perdido menor al 10% como criterio estándar).
- ✓ FONASA: de ser posible, se explorará la base de inscritos a Fonasa, para conocer características demográficas generales de población migrante que ha logrado acceso a sistema formal de salud por medio de Decreto 67. Solamente de ser posible, se comparará el número de inscritos antes y después de junio 2016 donde se inició la implementación del Decreto 67.

Análisis:

Para todas las bases de datos descritas en esta etapa, se cumplirá con estándares de rigor de análisis cuantitativo, incluyendo las siguientes etapas: (i) exploración y armonización de distintos años de cada base de datos; (ii) análisis descriptivo crudo; (iii) análisis descriptivo estratificado; (iv) elaboración de tablas y gráficos de síntesis de resultados; (v) redacción de informe de resultados.

La etapa (iii) análisis descriptivo estratificado tendrá los siguientes ejes de comparación, en la medida que los datos lo permitan:

- Entre población migrante internacional y local
- Entre población migrante internacional a lo largo de los años de análisis disponibles
- En la medida que los datos lo permitan, según características migratorias (año de llegada, tiempo de residencia en Chile, país de origen, tipo de visa), socio-demográficas (edad, sexo, pertenencia étnica, ingreso del hogar, nivel educacional) y previsionales (tipo de previsión de salud).

Esta comparación descriptiva entre subgrupos será acompañada de análisis de asociación bivariado, para lo cual se estimarán diferencias distribucionales entre grupos por medio de estadígrafos tales como chi cuadrado (ej. diferencias en proporción de sexo entre migrantes y locales), t-student (ej. diferencias en promedio de edad entre migrantes y locales), o Anova con comparación múltiple (ej. diferencias en promedio de edad en migrantes para distintos años de encuesta CASEN y sexo), según la naturaleza de la variable a comparar entre grupos. Todos estos resultados serán presentados por medio de tablas y gráficos, detallando además su relevancia para los objetivos de estudio en el texto correspondiente.

Cabe señalar en este apartado que, junto con la presentación de resultados del análisis de las bases de datos presentadas anteriormente, también se realizará una presentación de recomendaciones generales de posibles indicadores de monitoreo que podrían constituir el basal para comparaciones futuras. Estas recomendaciones serán luego contrastadas en la fase final del estudio, de integración general de resultados, de manera de proponer indicadores de monitoreo que sean idealmente pertinentes culturalmente para la población migrante internacional, posibles de medir para el Ministerio de Salud, basadas en la evidencia internacional y nacional, y recomendadas por gobiernos de la región que ya han avanzado en esta temática.

Esta etapa culminará con la redacción de informe de resultados.

ETAPA CUALITATIVA

El propósito de esta etapa es develar y sistematizar experiencias, percepciones y opiniones de diversos actores clave vinculados a la implementación y evaluación a nivel central y local del Programa Piloto de Migrantes. Para ello, se utilizará el paradigma cualitativo de investigación (5,6) e incluirá la voz de perspectivas o actores clave de interés que se describen a continuación.

1. *Perspectiva de actores clave (abordaje 1):*

Esta perspectiva incluye a 3 tipos de actores clave, en consonancia con el diseño original del Plan de Salud de Inmigrantes del MINSAL, a saber: (i) Autoridades Nivel Central; (ii) Autoridades Nivel Gestión Comunal; y (iv) funcionarios de nivel de atención primaria.

A cada uno de estos actores clave se le realizarán entrevistas semi-estructuradas o grupos focales (en el caso de trabajadores salud primaria) a partir de un guion previamente elaborado por el equipo de investigación, e iluminado por el estudio Fondecyt 11130042 que previamente construyó y aplicó con éxito guías de entrevista en la temática. Para este abordaje cualitativo, se considerará una matriz muestral de 27 entrevistas y 5 grupos focales. Se infeccionarán más entrevistas si no se logra saturación de la información (7,8).

Matriz Muestral - Fase Cualitativa

		Arica	Iquique	Antofagasta	Santiago	Recoleta	Total *
Autoridades Nivel Central (4)	1E Superintendencia				1		1
	1E Director Fonasa				1		1
	2E Subsecretaria Minsal				2		1
Nivel Gestión	3E Seremis Stgo, Arica Antofagasta	1		1	1		3
	1E Referente Piloto Urgencia Hospitalaria	1			1	1	2
	Referente Piloto Hospitalario	1		1			2
	Jefe Salud Municipal Encargado Migrante APS Comunal	1	1		1	1	3
		1				1	2
	Funcionarios APS	1			1		2
	Director centro de salud	1			1	1	3
Mediador y Facilitador Intercultural		1	1	1	1	1	5
Total Entrev							27
Grupos Focales (10)	Profesionales y Administrativos	1	1	1	1	1	5
	Comunidad Inmigrante	1	1	1	1	1	5
Total GF							10 GF

* Se privilegiará incluir al menos dos entrevistas por nivel gestión y funcionarios APS, considerando las 5 comunas en la que fue implementado el Programa Piloto Migrante.

A continuación, durante confirmación se contactarán 2 representantes de cada nivel de OT para chequear hallazgos.

Consideración especial de este nivel de abordaje: ***Análisis del enfoque de interculturalidad en prácticas como el uso de mediadores culturales y estrategias para abordar barreras lingüísticas:***

Como parte de esta perspectiva de abordaje, hemos de considerar un análisis especial en detalle respecto de la existencia y uso de facilitadores lingüísticos y mediadores interculturales que fueron incluidos en las comunas piloto del Plan Nacional de Salud de Inmigrantes. Estos facilitadores han sido instalados en distintos espacios de nivel primario y secundario, con diferentes estrategias de implementación y fuentes de financiamiento. Para la proyección de una política país, es importante integrar la sistematización y evaluación subjetiva de esta intervención, en especial para incluir al sistema de salud a migrantes internacionales con diferente idioma o de distinta identidad cultural.

2. Perspectiva de estado de regularización en el país (abordaje 2):

Para esta perspectiva de investigación se considerará 1 grupo focal con migrantes internacionales en cada una de las 5 comunas del piloto nacional de salud de inmigrantes. Se intentará incluir perspectiva de migrantes con estatus migratorio regular e irregular; sin embargo, no se preguntará individualmente a cada participante acerca de su estatus migratorio actual. Se intentará, además, en la medida de lo posible, que haya hombres y mujeres migrantes, que haya migrantes de distintos países, e idealmente que lleven tiempo variable de residencia en Chile. Total de arranque: 5 grupos focales. Similar al abordaje anterior, se ejecutarán más grupos focales si no se logra saturación de la información (7,8). A continuación, durante confirmación se contactará 1 migrante por comuna para chequear hallazgos.

3. Perspectiva de grado de intervención comunal del Plan Piloto (abordaje 3):

Esta perspectiva considera el explorar, cualitativamente, encuentros y divergencias de actores clave entre comunas que sí fueron y que no fueron intervenidas por el plan piloto nacional de Salud de Inmigrantes del MINSAL. De esta forma, se espera que información recolectada en los dos abordajes anteriores (actores clave y estado de regularización en el país) de las 5 comunas piloto se contraste con información de otras 2 a 3 comunas que no forman parte de este grupo. Entre ellas se considerará, por ejemplo, Maipú y Calama.

Para este abordaje, se considerará información previamente recolectada por el equipo investigador (Fondecyt 11130042), que responde a las mismas perspectivas de interés y que es pertinente en su temporalidad (2014-2015). Cualquier nueva información que se requiera de estas comunas no intervenidas seleccionadas será recolectada

oportunamente para cumplir con todos los estándares de rigor científico y con los objetivos específicos planteados. La información ya recolectada consiste, para cada comuna, en: 1 entrevista autoridad municipal; 2 entrevistas directores consultorios; 2 grupos focales trabajadores de salud primaria; 10 entrevistas a migrantes internacionales; 1 grupo focal a migrantes internacionales.

Análisis:

El foco de las entrevistas y grupos focales estará centrado en condiciones de vida, acceso a salud y estrategias de solución que la diversa comunidad migrante internacional realiza cada vez que se siente enfermo. Se explorarán los niveles individual, familiar y de la comuna donde residen. Se realizará análisis de información que comprenderá las siguientes etapas:

- Toda la información proveniente del trabajo de campo se convertirá en material escrito, las entrevistas y grupos focales serán transcritos palabra por palabra.
- El material escrito será analizado utilizando la estrategia de análisis temático, método de análisis cualitativo que permite identificar y analizar patrones temáticos a partir de los datos recolectados
- Toda la información cualitativa de este estudio será entregada completa e íntegramente a la contraparte para futuros análisis adicionales de cualquier naturaleza metodológica.

Esta etapa culminará con la redacción de informe de resultados.

ETAPA INTEGRACIÓN DE RESULTADOS Y RECOMENDACIONES PARA POLÍTICAS

El propósito de esta fase es consolidar cada uno de los estudios de las fases anteriores en un solo documento de síntesis que los integre en forma coherente y comprehensiva. Esta fase es central para el éxito del proyecto y debe considerar toda la rigurosidad científica que le corresponde. Los marcos conceptuales teóricos que apoyarán este trabajo serán los enfoques de: Derechos humanos, Determinación social de la salud, Interculturalidad, Acceso y uso de servicios de salud, Inclusión y participación social. Para ello, se han considerado las siguientes etapas:

1. Integración de revisión de literatura, evidencia cuantitativa y cualitativa:

La integración sintética y coherente de información de tan diversa naturaleza es ciertamente un desafío. Seguiremos las recomendaciones generales de diseños multi-métodos, donde los principales hallazgos de cada fase anterior del estudio se resumen en una tabla única en la cual cada columna es la perspectiva conceptual de análisis de interés y cada fila es la fuente de información que se dispone.

Una vez llenada la tabla de síntesis se comienzan a elaborar, por medio de reuniones de consenso del equipo investigador, las principales conclusiones integradoras que combinan todos los hallazgos desde una perspectiva conceptual (esto es, todos los resultados de una misma columna de la tabla hacia abajo –integrando distintas fases del estudio-) y todos los hallazgos para una fuente única de información (esto es, todos los resultados de una misma fila de la tabla hacia el lado –integrando distintos marcos conceptuales de interés-).

2. Elaboración de recomendaciones:

Cada idea integrada de la tabla de síntesis de resultados es finalmente es traducida a una o más recomendaciones concretas, que serán luego revisadas tanto por la contraparte del proyecto (MINSAL) como por expertos seleccionados. Similar a la etapa anterior, estas recomendaciones se elaborarán por medio de reuniones de consenso del equipo investigador.

3. Consulta a actores clave:

La síntesis de resultados y las recomendaciones que emerjan de estos serán presentadas y discutidas con la contraparte (MINSAL) en una serie de reuniones, así como con expertos seleccionados que serán definidos en conjunto. Proyectamos que se contemple de 3 a 5 expertos, con encuentro presencial si residen en Santiago y telefónico si residen en región.

4. Adaptación y revisión:

El proceso de la etapa anterior será iterativo y permitirá adaptar las recomendaciones generadas inicialmente, así como culminar con una propuesta concreta de recomendaciones pertinentes, oportunas y basadas en la evidencia para Chile.

5. Informe de resultados:

Esta fase del estudio culminará con la redacción de un informe de resultados.

Aspectos éticos

Este proyecto de investigación se desarrollará en el marco de una licitación del Ministerio de Salud y cumplirá con todos los estándares éticos de investigación con sujetos humanos, acuerdos internacionales de Helsinki y Singapur, así como de protección de humanos en investigación de Chile. La fase cuantitativa del proyecto considera bases de datos de base poblacional completamente anónimas, que serán solicitadas al gobierno a través de los ministerios que corresponda.

La fase cualitativa considera la presentación del proyecto y sus objetivos, así como la solicitud de asentimiento oral por cada uno de los participantes, que quedará registrado en los audios como estrategia de protección de la autonomía de los individuos. Todo el material de este proyecto será manejado de manera cuidadosa y confidencial, únicamente en computadores reservados especialmente para este fin. T

Todo material impreso quedará guardado bajo llave en las oficinas de OIM en Chile y serán destruidas 6 meses después de haberse finalizado el estudio. Todo registro electrónico, audios, guiones, manuscritos, etc., serán entregados en pendrive a la contraparte Ministerio de Salud cuando el proyecto finalice.

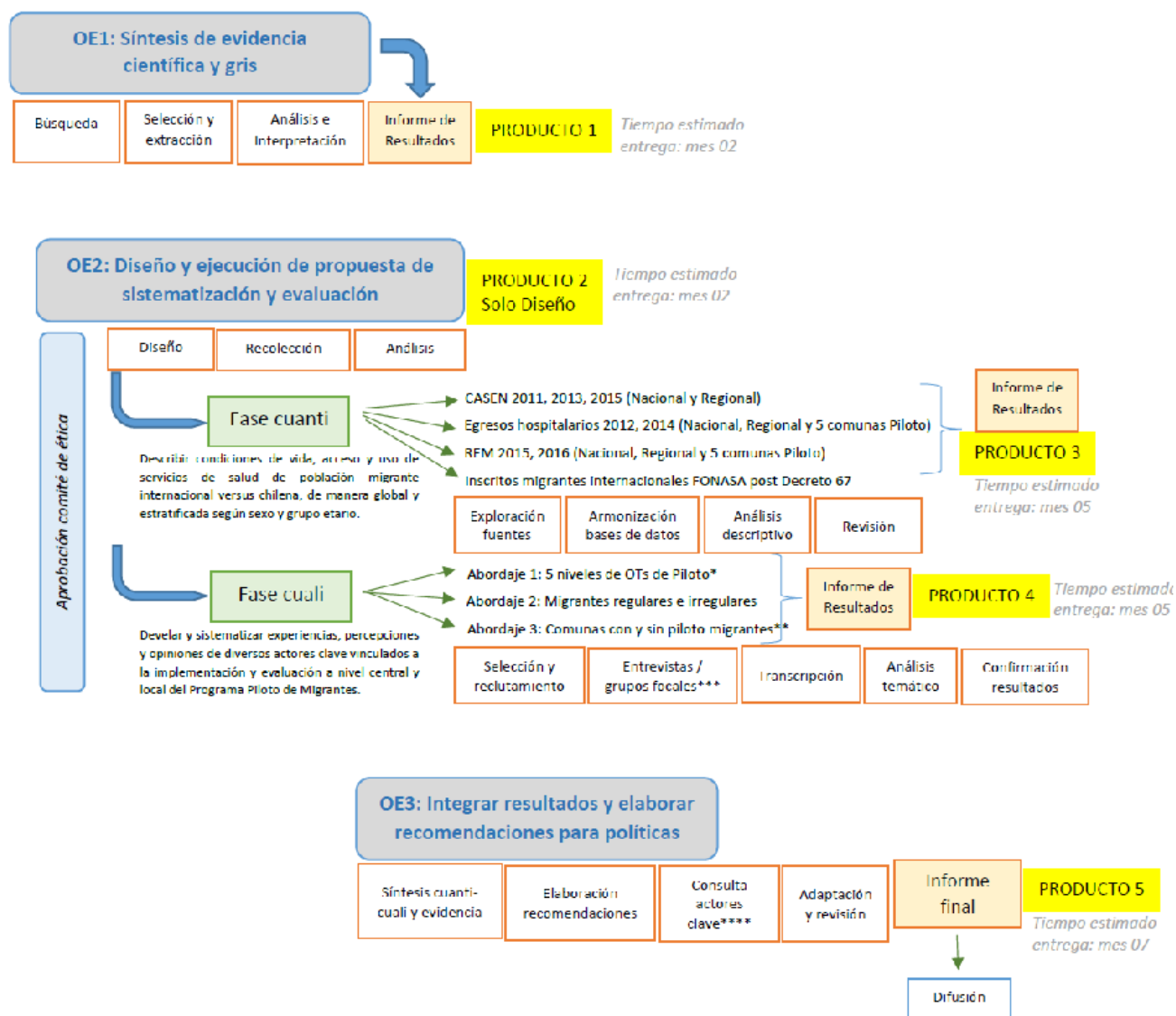
Conceptos Rectores del Trabajo de Campo y Análisis

Este proyecto de sistematización y evaluación indirecta del piloto nacional de Salud de Inmigrantes de Chile surge del conocimiento y experiencia amplia en la temática por parte del equipo de trabajo. En nuestros casi 10 años de trabajo con salud de migrantes internacionales en Chile, reconocemos dimensiones fundamentales de análisis y foco que serían de gran relevancia para este estudio, a saber:

- ✓ Derechos humanos
- ✓ Proceso de migrar
- ✓ Determinación social de la salud
- ✓ Multiculturalidad
- ✓ Interculturalidad

Concepto rector	OE1	OE2	OE3	Foco
Derechos humanos	X	X Cuanti Cuali	X	- Acceso y uso efectivo de servicios de salud por parte de migrantes internacionales y población local - Cumplimiento de derechos humanos en proceso de migrar, en todas sus etapas - Relatos de experiencia de migrar intencionando vulneración de derechos (ej. trata de personas, pago al ingreso) - Análisis separado entre migrantes regulares y en situación irregular
Proceso de migrar	X	X Cuali	X	- Relatos de experiencia de migrar incluyendo la toma de decisión en país de origen - Incluir entrevistas de personas con distinto tiempo de residencia en Chile y provenientes de distintos países
Determinación social de la salud	X	X Cuanti Cuali	X	- Exploración y análisis intencionado de condiciones de vida: vivienda, barrio, posición social, variables de trabajo - Análisis de acceso (tipo de previsión) y uso efectivo de servicios de salud incluyendo demanda sentida, expresada, atendida, y satisfacción - Experiencias y foco desde Seremi y desde APS en esta temática
Multiculturalidad	X	X Cuali	X	- Relatos de experiencias de asentamiento, asimilación y aculturación - Opiniones de procesos de integración y respeto a la diversidad cultural desde migrantes, autoridades, sociedad civil - Foco en cohesión y capital social de parte de migrantes internacionales
Interculturalidad	X	X Cuali	X	- Foco en experiencias y satisfacción con la existencia de mediadores culturales y facilitadores lingüísticos, avances y desafíos - La experiencia terapéutica desde la mirada intercultural en salud: avances y desafíos

FLUJOGRAMA: Síntesis de propuesta metodológica



Leyendas flujograma:

*5 niveles de OTs corresponden a: (i) Referente Migración MINSAL; (ii) Seremi RM y Arica y Antofagasta; (iii) 2 consultorios por comuna; (iv) 1 urgencia hospitalaria por comuna; (v) Municipalidad comunas piloto.

**Considera 5 comunas de piloto y 3 comunas sin piloto (Santiago, Maipú, Quilicura)

***Matriz muestral incluirá 3 entrevistas autoridades nivel central; 24 entrevistas con actores claves de nivel gestión comunal y funcionarios APS; 1 grupo focal APS por comuna piloto (n=5), 1 grupo focal migrantes por comuna piloto (n=5). Total matriz muestral: 27 entrevistas y 10 grupos focales. A continuación, durante confirmación se contactarán 2 representantes de cada nivel de OT para chequear hallazgos.

****Consulta a expertos: coincide con confirmación de hallazgos cualitativos, pero se adiciona revisión recomendaciones en cada uno de los 5 niveles de las OTs, de tal forma de elaborar recomendaciones concretas para cada nivel.

CRONOGRAMA

Objetivo/Mes	Julio 2017	Agosto 2017	Septiembre 2017	Octubre 2017	Noviembre 2017	Diciembre 2017	Enero 2018	Febrero 2018
OE1: Síntesis de evidencia científica y gris	Ejecución	Ejecución	Entrega Informe Parcial 1					
OE2: Diseño y ejecución de propuesta de sistematización y evaluación Fase Cuantitativa			Ejecución	Ejecución	Ejecución			
OE2: Diseño y ejecución de propuesta de sistematización y evaluación Fase Cualitativa			Ejecución	Ejecución	Ejecución	Entrega Informe Parcial 2		
OE3: Integrar resultados y elaborar recomendaciones para políticas						Ejecución	Ejecución	Entrega informe Final

ANÁLISIS DE FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLE

1. Descripción general

En esta sección se discutirán algunas fuentes de información a nivel nacional entre lo disponible y lo requerido, distinguiendo por niveles de atención, para la aplicación de la metodología propuesta de sistematización y evaluación. Esta es una tarea compleja y exigente, puesto que hoy el país cuenta con escasas fuentes de datos representativos del nivel nacional y, a su vez, legítimos en su proceso de reclutamiento de participantes, que permitan dar cuenta de esta población de manera robusta y sólida.

Algunas características generales de la complejidad de investigar población migrante internacional son las siguientes: i) los migrantes internacionales son un grupo altamente heterogéneo; (ii) existe una proporción desconocida de inmigrantes que residen hoy en Chile en situación irregular; (iii) muchos migrantes realizan remesas de sus ingresos en Chile; (iv) la evidencia internacional y nacional propone que los inmigrantes experimentan distintos grados de vulnerabilidad por la experiencia migratoria en sí misma y por condiciones de vida en el país receptor.

En *primer lugar*, los migrantes internacionales son un grupo altamente heterogéneo; el solo hecho de haber nacido fuera de Chile no los hace un grupo similar entre sí. Características como el país de origen, su identidad cultural y étnica, las razones y condiciones en las cuales se migró, situación legal y laboral al llegar al país, entre otras, producen grandes diferencias en las condiciones de vida y riesgo de vulnerabilidad en la población migrante en Chile. Asumir que los migrantes internacionales son homogéneos entre sí, y que estrategias políticas para este grupo en su conjunto serán igualmente efectivas independiente de su país de origen o condiciones de vida en Chile es sin duda arriesgado. Existen tres ejemplos claros que describen la alta heterogeneidad de la población migrante internacional en Chile.

El **primer ejemplo** es el amplio abanico de países que han inmigrado a Chile en los últimos años. Según datos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN (2006, 2009, 2011 y 2013), los dos principales países que importan habitantes a nuestro país son Argentina y Perú, pero ha habido un aumento significativo de inmigrantes de Colombia y de otros países no latinos en años recientes. Existen en total personas provenientes de más de 120 países distintos en Chile en la actualidad.

El **segundo ejemplo** tiene que ver con las condiciones económicas de los inmigrantes en nuestro país. Según datos de la CASEN, la desigualdad por ingreso es más acentuada en población inmigrante que en población chilena. Es decir, la brecha entre ricos y pobres según quintil de ingreso autónomo del hogar es mayor en inmigrantes que en chilenos. El **tercer y último ejemplo** tiene relación con la localización geográfica de los migrantes internacionales en Chile, los cuales tienden a organizarse en “bolsones comunales” en la región metropolitana y en la zona norte del país, aun cuando se pueden observar migrantes en todo el territorio chileno. Dicha localización no es azarosa, sino que responde a procesos de cadenas sociales migratorias, que hace confluir migrantes de mismos países de origen en vecindarios y comunas específicas, tal y como ha sido evidenciado en otros países. En

Chile, más del 60% de la población inmigrante se concentra en la región metropolitana, le sigue la región de Antofagasta con 7%, la de Tarapacá con 6% y la de Valparaíso con un 5%.

En *segundo lugar*, existe una proporción desconocida de inmigrantes que residen hoy en Chile en situación irregular. Esto ocurre por diversas razones, por ejemplo porque la migración ocurrió a través los llamados “huecos migratorios” como la playa, la línea del tren o las montañas para cruzar la frontera, en lugar de un paso formal habilitado. De lo que se conoce sobre esta situación en Chile, la mayoría de los migrantes internacionales cruzan la frontera por vías legítimas, pero es sin duda un punto de tensión y una causa para ser deportado al país de origen si es detectado. Otra razón es la burocracia que hoy existe para lograr el carnet de identidad de residente en Chile, que demora 5 a 6 meses en Santiago, pero puede demorar hasta 8 meses en regiones, mucho más tiempo que lo que la visa de turista permite. Con documentación de visa en trámite el migrante está considerado como legal o documentado, pero ésta también puede demorar más tiempo del que permite la visa de turista en regiones. Al mismo tiempo, migrantes que llegan al país por trabajo con frecuencia no consiguen contrato formal o este expira al poco tiempo. Afortunadamente, hoy en día la nueva visa laboral permite cambio de empleador y con 1 año de continuidad laboral, incluso trabajo independiente, dando derecho a la residencia definitiva para migrantes internacionales que deseen obtenerla. En todos estos casos, un grupo creciente de migrantes internacionales en Chile decide quedarse, pese a no tener documentación, con el anhelo de mejorar sus condiciones de vida. Cabe señalar, no obstante, que de acuerdo al registro del Departamento de Extranjería y Migración de Chile la mayoría de los migrantes internacionales en Chile se encuentran o con visa de residente o visa temporal (en trámite); y es un grupo menor el que se sabe se encuentra en situación irregular.

En *tercer lugar*, muchos migrantes realizan remesas de sus ingresos en Chile, enviando dinero a sus países de origen donde se encuentran padres, esposos, e incluso hijos (remesas se definen como sumas de dinero ganadas por migrantes que son remitidas a sus países de origen), lo que los posiciona en mayor vulnerabilidad económica y riesgo social y de salud. Una posible idea general acerca de la cantidad de migrantes en situación irregular en Chile lo da la encuesta CASEN, la cual desde el año 2006 incorpora la pregunta: cuando usted nació, ¿dónde vivía su madre? Un porcentaje no menor de personas, en forma consistente a través de los años, prefiere no responder a esta pregunta. Estudios exploratorios en este subgrupo de población dan cuenta de que son personas más jóvenes y más empobrecidas que los que sí reportan ser migrantes internacionales en dicha encuesta. Es necesario relevar que la pregunta de CASEN es por lugar (comuna o país) de nacimiento de la madre. Quienes no responden a esa pregunta no son necesariamente inmigrantes, pueden ser personas chilenas que no saben en qué comuna vivía su madre al momento de él nacer. Por esta razón, es *imposible* asumir que aquellos datos “perdidos” en esta pregunta de la encuesta CASEN verdaderamente representan a migrantes internacionales en situación irregular, y esta información debe tomarse con precaución. Es solamente evidencia exploratoria para levantar nuevas hipótesis para futuras investigaciones en esta materia.

En *cuarto lugar*, la evidencia internacional propone que los migrantes internacionales pueden experimentar distintos grados de vulnerabilidad por la experiencia migratoria en sí misma. La migración no solo se determina por el traspaso de un área geográfica en un momento puntual, sino que es un proceso dinámico. La migración se relaciona con desplazamientos a cierta distancia geográfica significativa y en muchos casos con cierta

voluntad de permanencia. Existen etapas en el proceso migratorio que incluyen el pre-viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar. La decisión de migrar involucra un proceso social, pues incluye el idioma, la cultura, la historia personal y familiar, y el país de destino no representa necesariamente hoy la residencia definitiva, a diferencia de lo que ocurría hace un par de décadas. La llamada “migración circular” es un fenómeno reportado a nivel mundial, con grupos de migrantes que se movilizan entre países, usualmente fronterizos, de acuerdo a las oportunidades de trabajo temporal que aparecen en las distintas estaciones. Lo mismo con empleados de empresas multinacionales que son re-instalados en distintos países cada cierto tiempo. Ante un mismo fenómeno, la migración circular, se pueden encontrar grupos de migrantes internacionales de alto nivel socioeconómico y que no perciben grandes riesgos de vulnerabilidad, mientras que existen otros que viven en situación de precariedad e inseguridad laboral.

Falta comprender mejor la experiencia migratoria en Chile, en especial de las migraciones irregulares, de tal forma de velar por la seguridad de quienes están experimentando riesgos en sus países de origen, riesgos al cruzar la frontera, y riesgos al instalarse en el nuevo país. Una vez en suelo chileno, existen además desafíos culturales que también son frontera. Distancias en visiones culturales, tradiciones, estilos de vida, formas de enfrentar la enfermedad, entre otros, ocasionan una nueva experiencia migratoria, más allá de la frontera geográfica. Para ello, Chile presenta el desafío de mejorar con urgencia sus registros de salud y del intersector, incluyendo diversas encuestas poblacionales que hoy no tienen una pregunta ni módulo sobre migración en su cuestionario básico.

2. Análisis comparativo

A continuación, se presentan algunas fuentes de información de amplio uso para análisis poblacional en Chile, y que recientemente han incorporado información de estatus migratorio en Chile. En general existen cuatro grandes tipos de fuentes de información:

- Censal, que está disponible solo cada 10 años en forma actualizada y pierde validez sobre flujo migratorio a lo largo del tiempo (tiene menor poder predictivo sobre este punto)
- CASEN, encuesta de base poblacional y ampliamente aceptada en Chile, que desde 2006 incluyó pregunta de estatus migratorio, pero que tiene problemas de no respuesta sobre este punto, además de ni buscar representar a población migrante en particular
- Datos del Departamento de Extranjería y Migración, que cuenta con flujos de entrada y salida, pero especialmente con información de solicitudes de visa temporaria y definitiva. Su limitación es el no contar con información válida de personas en situación irregular o que no postulan a visa, pero igualmente residen en el país
- Información de gobierno de distintos sectores, que voluntariamente hayan iniciado registro de estatus migratorio. Estos son, por ejemplo, Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Trabajo. En estos casos el grado de implementación del registro será variable y progresivo, esperando contar con mejores datos a lo largo de

los años, una vez que se haya formalizado la forma de registrar y esta sea conocida por todos quienes deben recolectarla.

En lo concreto para esta licitación, se analizaron fuentes de información a nivel nacional entre lo disponible y lo requerido, distinguiendo por niveles de atención, para la aplicación de la metodología propuesta de sistematización y evaluación. Se consideraron los siguientes niveles:

1. Nivel poblacional
2. Nivel primario de salud
3. Nivel secundario de salud
4. Nivel comunal o comunitario
5. Nivel flujo migratorio de ingreso y salida

Nivel	Fuentes de información recomendadas desde la evidencia	Fuentes de información disponible en Chile
Poblacional	Encuestas poblacionales en muestras representativas	CASEN
	Encuestas poblacionales representativas dirigidas solo a migrantes internacionales	No disponible
	Datos censales	Datos censales
Primario de salud	Estudios transversales con muestreo para representación comunal o equivalente	No disponible
	Registros electrónicos nacionales de atención primaria	REM para algunos indicadores Para otros, limitado a la calidad del registro por centro de salud
Secundario	Registros electrónicos nacionales de atención secundaria	Egresos hospitalarios, cada año con mejor registro de estatus migratorio
Comunal o comunitario	Estudios de base comunitaria, idealmente con muestras aleatorias representativas	Limitado a estudios expertos de la academia o licitados por servicios de salud o Seremis según corresponda
Flujo migratorio	Datos de Ministerios o de gobierno	Datos de Departamento de Extranjería y Migración

Esta información da cuenta de la posible diversidad de información que se podría utilizar para conocer las características demográficas, condiciones de vida y salud de migrantes internacionales en cualquier país del mundo, incluyendo Chile. Al mismo tiempo, declara

algunas limitaciones en torno a lo que hoy existe disponible en nuestro país para investigar con datos robustos la temática de salud de migrantes internacionales.

A la luz de esta información se puede reconocer que la presente licitación incluye la mayoría de las bases de datos hoy disponibles para estudiar este tema en Chile incluyendo estudios académicos paralelos que han levantado información de base comunal para mayor profundidad y detalle de la comprensión de la vida y salud de migrantes internacionales.

Consideraciones finales de esta sección

Para terminar, es importante reforzar que hay muchas razones para mantener y mejorar la investigación sobre la población migrante en todo el mundo y particularmente en Chile y América Latina. En primer lugar, los inmigrantes son un grupo muy heterogéneo. Sus necesidades sanitarias podrían abordarse a través de intervenciones personalizadas, pero esto debe determinarse sobre la base de pruebas sólidas y actuales que describan sus complejas características. En segundo lugar, la migración no sólo es importante para el crecimiento económico y el desarrollo, sino que también afecta a las estructuras internacionales del trabajo ya la colaboración internacional. Forman políticas y, en diversos grados, afectan los patrones demográficos y epidemiológicos nacionales y regionales. En tercer lugar, la migración está fuertemente relacionada con los derechos humanos y afecta a diferentes grupos simultáneamente. Por ejemplo, la inmigración de personas altamente educadas a los países de altos ingresos ha afectado gravemente a algunos países pobres a través de la pérdida de una proporción de la productividad de los países y el crecimiento económico relacionado. Al mismo tiempo, una gran proporción de mujeres de bajos ingresos emigran de países como Perú y Bolivia, y dejan a sus hijos atrás, para trabajar en servicios domésticos en países limítrofe.

Las remesas de ingresos pueden mejorar moderadamente las condiciones de vida de las familias que quedan atrás y apoyar la economía local, pero no necesariamente desplazan a estos países hacia la estabilidad socioeconómica o política. En cuarto lugar, la explotación de las mujeres para el comercio sexual sigue siendo un desafío para la salud pública, especialmente en las zonas limítrofes. En quinto lugar, los inmigrantes indocumentados tienden a experimentar una gran privación socioeconómica y vulnerabilidad relacionada con la salud, y permanecen ocultos a la mayoría de las figuras gubernamentales y las pruebas de investigación. Argentina ha llevado a cabo un importante programa de regularización desde 2007 (el Programa Patria Grande) y durante el período 2007-2009 se han regularizado cerca de 216 000 personas, lo que representa entre un 10 y un 15 por ciento de su población total de inmigrantes. En Chile, el programa de regularización 2007-2008 recibió 49 mil solicitudes, lo que representó aproximadamente el 15% de la población nacida en el extranjero.

En general, estos factores sugieren la importancia de centrar la atención en la estrecha relación entre la migración, las desigualdades sociales y sus efectos sobre la distribución de la salud, y la necesidad urgente de más evidencia de investigación en América Latina. Esto se ha vuelto más evidente desde la reciente recesión económica mundial.

BIBLIOGRAFÍA

1. IOM. Global migration trends: an overview. Geneva: Migration Research Division, International Organization for Migration. 2014.
2. Departamento de Extranjería y Migración. Informe anual. In: Interior Md, editor. Santiago: Gobierno de Chile; 2015.
3. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: UDD; 2017.
4. Organization of American States. International Migration in the Americas: First Report of the Continuous Reporting System on International Migration in the Americas (SICREMI) 2011: ORGANIZATION OF AMERICAN STATES; 2011. Available from: www.migracionoea.org/sicremi/.../SICREMI_2011_ENGLISH.pdf.
5. U. D. Trends in international migration 2015. 2015.
6. Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. PLoS one. 2014;9(8):e105347.
7. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2013;34(1):68-74.
8. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: a population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. Revista medica de Chile. 2013;141(10):1255-65.
9. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. International journal for equity in health. 2012;11:68.
10. Cabieses B, Tunstall H. Immigrant health workers in Chile: is there a Latin American "brain drain"? Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2012;32(2):161-7.
11. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. BMC public health. 2012;12:1013.
12. Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? International journal of environmental research and public health. 2012;9(12):4403-32.
13. Agar L. Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas Chile: Ministerio de Salud / Organización Internacional para las Migraciones / Organización Panamericana de la Salud. Santiago; 2010.
14. Agar L. Niños inmigrantes: políticas públicas en salud. In: Fronteras ECS, editor. Niños y niñas migrantes: Políticas Públicas, integración e interculturalidad. Santiago, Chile: 2007.
15. Vasquez de Kartzow R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿ Estamos preparados? Revista Chilena de Pediatría. 2009;80:161-7.
16. Vasquez de Kartzow R, Castillo C. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago , Chile. Rev Chilena de Pediatría. 2012;83(4):366-70.

17. Demoscópica C. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana. . 2009.
18. Nuñez N, Torres C. Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Santiago de Chile 2007.
19. IOM, UNICEF, ACNUR, . Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. Santiago de Chile. ; 2012.
20. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. Revista Chilena de Salud Pública. 2008;12:37-41.
21. Chile CPdIUd. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para Inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. Santiago de Chile; 2008.
22. Yañez S, Cardenas M. Acculturation Strategies , Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrant. Revista Salud y Sociedad. 2010;1:51-70.
23. International Organization for Migration, Ministerio de Salud de Chile. Migración y salud en Chile. Estudio de Salud Mental en poblacion inmigrante en la comuna de Independencia 2008 March 2011. Available from: <http://www.oimconosur.org/notas/buscador.php?nota=716>.
24. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. Maternal and child health journal. 2013;17(2):292-8.
25. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Derluyn I, Watters C, Crepeau F. Right and access to healthcare for undocumented children: addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. Soc Sci Med. 2010;70(2):329-36.
26. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Pan American Journal of Public Health 2013;(under review).
27. World Health Organization. Migration and health: key issues Migration and Health [Internet]. 2015 29th May 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.
28. Ministerio de Salud de Chile. Programa piloto de salud de migrantes en Chile. 2014.
29. International Organization for Migration. World Migration report 2012. World Migration report [Internet]. 2012 February 2012; 1. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf.
30. OECD. Chile - Economic forecast summary (June 2015): OECD; 2015 [Available from: <http://www.oecd.org/economy/chile-economic-forecast-summary.htm>].
31. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Resultados finales - Censo de 2012. Santiago Chile: INE; 2013.
32. Agencia Central de Inteligencia. Life expectancy at birth (Years). 2012.
33. Instituto Nacional de Estadísticas. Demografía - 80-¿Cuál es la esperanza de vida al nacer? Santiago Chile; 2014.
34. Instituto Nacional de Estadísticas. Sistema de demografía y estadísticas vitales Santiago Chile: INE; [Available from: www.ine.cl].

35. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. País urbano-rural: 1990-2020. Santiago Chile; 2012.
36. Morales ME. Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario - El cambio demográfico en Chile

Universidad de Chile. Santiago Chile 2009.

37. Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org. ; 1991.
38. Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2008;179(12):1289-92.
39. Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. Health Aff (Millwood). 2010;29(12):2161-70.
40. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? Journal of medical ethics. 2008;34(9):e13.
41. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. [Inequalities in public health care provision in Chile]. Cadernos de saude publica. 2002;18(4):1053-66.
42. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. [Information for health equity in Chile]. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2002;11(5-6):374-85.
43. Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses Bea, editor. Vulnerabilidad social y sus efectos en salud en Chile. Section III, chapter IV. Santiago: UDD; 2016.
44. Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, . Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study. International Migration Review. 2015;52(3):303-20.
45. Oyarte M, Cabieses B, Delgado I. Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. In: Cabieses B, Bernalles M, Chandia S, MacIntyre A, editors. La migración como determinante social de la salud en Chile: miradas y propuestas para políticas públicas. Santiago Chile: Universidad del Desarrollo; 2017 (in press).
46. Bernalles M, Cabieses B, McIntyre A, Chepo M. POBLACIÓN MIGRANTE INTERNACIONAL EN CHILE: DESAFÍOS PENDIENTES EN SALUD PERCIBIDOS POR TRABAJADORES DE SALUD PRIMARIA. 2016.