

HACIA UNA COMPRENSIÓN INTEGRAL DE LA RELACIÓN ENTRE MIGRACIÓN INTERNACIONAL Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS

De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile

EDITORES:

Báltica Cabieses, MSc, PhD

Matías Libuy, MD, MSc

Jeannette Dabanch MD, MSc



**COLEGIO MÉDICO
DE CHILE**



INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo



**SOCIEDAD CHILENA DE
INFECTOLOGÍA**

Santiago, 17 de junio del 2019

“Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. De la creencia a la evidencia para la acción sanitaria en Chile”.

EDITORES:

Báltica Cabieses, MSc, PhD

ICIM, Universidad del Desarrollo & Núcleo Milenio Microb-R de resistencia antimicrobiana

Matías Libuy, MD, MSc

Colegio Médico de Chile (ColMed)

Jeannette Dabanch MD, MSc

Sociedad Chilena de Infectología (Sochinf)

AUTORES:

María Paz Acuña, MD, MSc

Sociedad Chilena de Infectología (Sochinf)

Yasna Alarcón, MD

Sociedad Chilena de Infectología (Sochinf)

Sofía Astorga, MSc

ICIM, Universidad del Desarrollo

Báltica Cabieses, MSc, PhD

ICIM, Universidad del Desarrollo & Núcleo Milenio Microb-R de resistencia antimicrobiana

María Eliana Correa, BSc

ICIM, Universidad del Desarrollo

Jeannette Dabanch MD, MSc

Sociedad Chilena de Infectología (Sochinf)

Manuel Espinoza, MD, MSc, PhD

Pontificia Universidad Católica de Chile

Piedad Gálvez, BSc

ICIM, Universidad del Desarrollo

Daniel Larenas, MSc

ICIM, Universidad del Desarrollo

Alexandra Obach, PhD

ICIM, Universidad del Desarrollo

Carla Urrutia, MSc

ICIM, Universidad del Desarrollo

REVISORES

Claudia Cortés, MD

Facultad de Medicina Universidad de Chile, Fundación Arriarán

José Manuel Munita, MD, Msc

ICIM, Universidad del Desarrollo & Núcleo Milenio Microb-R de resistencia antimicrobiana

Muriel Ramírez, MD, MSc

Sociedad Chilena de Epidemiología (Sochepi)

María Teresa Valenzuela, MD, MSc

Universidad de los Andes

@2019

Colegio Médico de Chile.

Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad
de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

Sociedad Chilena de Infectología.

PRÓLOGO

Actualmente Chile se ubica en el primer lugar de países de la región en aumento de nuevos casos de VIH. Asimismo, en el caso de la Tuberculosis (TB), aun cuando en las últimas décadas nuestro país reporta una reducción en la mortalidad y tenemos niveles bajos de incidencia para la región, actualmente presentamos un entecimiento de la disminución de nuevos contagios. Chile se enfrenta hoy a un problema sanitario generado por décadas de ausencia de políticas públicas integrales en el control de enfermedades infectocontagiosas. Sin embargo, en ambos casos, diversas voces han preferido culpar a la población migrante internacional como responsables del aumento de VIH y TB.

Reconociendo que hay iniciativas en curso en nuestro país de diversos espacios académicos, estatales y de la sociedad civil para superar los desafíos que nos reporta la migración internacional, estos esfuerzos se han visto enfrentados a la gran resonancia que han tenido discursos de odio que culpan a migrantes del aumento de enfermedades infecciosas. Esta resonancia no hace más que develar características discriminatorias de nuestra sociedad que nos interpelan profundamente a reaccionar como gremio. En tiempos de post verdad, no es tolerable mantener un silencio cómplice ante voces que no sólo han desinformado, sino que han estimulado la xenofobia y la aporofobia para con la población migrante internacional.

Es en este contexto que como Colegio Médico estamos comprometidos con una agenda que valora la migración internacional como un derecho humano y como un aporte invaluable al desarrollo de nuestro país. En este sentido, este documento titulado "Hacia una comprensión integral de la relación entre Migración internacional y Enfermedades Infecciosas" es un insumo técnico-sanitario que pretende ser un aporte para tomadores de decisión y equipos sanitarios para abordar estos desafíos de manera informada, sin dar espacio a ningún tipo de discriminación. Finalmente, instamos a los equipos de salud del territorio nacional a abordar la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas desde una perspectiva sanitaria basada en evidencia y no en mitos.

Dra. Izkia Siches Pastén
Presidenta Colegio Médico de Chile

Dr. Matías Libuy
Comisión Salud y Migrantes Colegio Médico de Chile

ÍNDICE

Introducción	6
Propósito de este documento	12
Situación de VIH y TB en Chile	14
Revisión de la evidencia científica: Creencia versus evidencia	26
1. Los migrantes traen enfermedades desde su país de origen	27
2. Los migrantes tienen más conductas individuales de riesgo para la salud y por eso se enferman más	36
3. Los haitianos están todos infectados	41
4. A los migrantes les gusta vivir hacinados y por eso se enferman más	46
5. País de origen es un determinante inequívoco de enfermedades infecciosas	51
6. Los migrantes no saben seguir indicaciones médicas y por eso los tratamientos se pierden con ellos	55
7. Los migrantes son desobedientes en los cuidados de salud ("no quieren entender")	64
8. El tránsito y la llegada al país receptor no son determinantes en la adquisición de enfermedades infecciosas por parte de migrantes	71
9. Las mujeres migrantes embarazadas con VIH no quieren prevenir la transmisión vertical a sus hijos	78
10. Es requisito pedir exámenes de salud incluyendo de enfermedades infecciosas para la entrega de visa en Chile a migrantes	86
11. Financiar la atención de salud a migrantes internacionales en prevención, diagnóstico y tratamiento no es costo-efectivo para el sistema de salud chileno	91
12. Migrantes internacionales portan mayor resistencia antibacteriana que la población local	96
Discusión	103
Referencias	109

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES GENERALES

El proceso de migrar y los riesgos asociados a la salud

La globalización y los movimientos migratorios de la población conllevan el problema de la transmisión de enfermedades y riesgos en la salud, tanto para los migrantes como para la población residente. En los últimos años el escenario mundial se ha visto desafiado por grandes masas de personas que se han movilizado desde países empobrecidos o en guerra hacia países más ricos, prósperos o con mayor estabilidad política y/o socioeconómica, como medida de supervivencia a las insostenibles condiciones en las que se encontraban en sus países de origen (OIM, 2013). A nivel mundial se ha observado que, en promedio, en la mayoría de los países, la población migrante internacional tiende a ser joven y saludable. Sin embargo, pueden cambiar su comportamiento y adoptar nuevas prácticas similares a la población local (asimilación), así como perder algunas de sus formas de comprender la realidad o sus costumbres y tradiciones (aculturación). Con esto, se pueden asumir nuevos riesgos para su salud mental, salud sexual y reproductiva, volverse más vulnerables al alcoholismo y uso de drogas, sufrir cambios alimentarios o verse obligados a permanecer en espacios sin condiciones adecuadas de saneamiento, agua potable, entre otros. También pueden encontrar el limitado acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que aumentan la vulnerabilidad para la población (Cabieses, Pickett, & Tunstall, 2012; United Nations, 2006; Van der Laet, 2017; World Health Organization, 2015). De esta forma, es de preocupación global la protección de migrantes internacionales, sobre todo si experimentan riesgos de vulneración de derechos, de privación o de salud durante la partida, tránsito y llegada.

La migración internacional es un proceso que debe entenderse en su real complejidad y dinamismo. El proceso migratorio se inicia antes de que la persona cruce una frontera, en algunos casos varios años antes, fase que se conoce como pre-migratoria (pre-partida). En esta etapa la información que se recibe, formal e informal, se considera en función de las posibilidades de desplazamiento y las dificultades de vida en el país que se reside. Luego, si se decide migrar, corresponde a la fase de cruce de frontera o migratoria (tránsito), que en muchos casos es segura y regular, pero que en algunos grupos más vulnerables expone a riesgo de abuso, maltrato y violencia, e incluso trata y tráfico de personas. La tercera fase es la de llegada (destino), con el acomodo social, cultural, político y legal que siempre significa. Algunos autores indican que los primeros 3 a 6 meses son los más críticos, mientras otros señalan hasta un año o año y medio como fase en la cual la persona busca comprender la nueva realidad, construir redes e integrarse. Tras la llegada con frecuencia ocurre la gran decisión de asentamiento, retorno, o la búsqueda de un nuevo destino (Armas et al., 2018).

La relación entre migración y salud poblacional es compleja y multidimensional. Así lo documentan diversos expertos internacionales, como por ejemplo Sargent y Larchanché, quienes declaran que existen factores subyacentes a los procesos de salud y enfermedad que son de

carácter político, económico y social, y que impactan de manera significativa en la salud de quienes migran y en la salud de quienes residen en la sociedad receptora (Sargent & Larchanché, 2011). Estas dimensiones son a veces obviadas o silenciadas, pero son siempre críticas para una comprensión más acabada y profunda de la relación entre migración y salud. Al mismo tiempo, sirven para complementar y renovar la mirada que los datos demográficos y epidemiológicos pueden ofrecer sobre la situación de salud de inmigrantes en un país particular para un momento de la historia. Esto quiere decir que las personas que forman parte de los flujos de migración transnacional están sujetas tanto a condiciones macroestructurales como a dinámicas locales, nacionales y globales que producen patrones específicos de salud y enfermedad en la población que dejan atrás y en la población a la que llegan. Desde estas dinámicas sociales es que se configura el concepto de "transnacionalismo" de las migraciones, ampliamente avalado en la actualidad (Sargent & Larchanché, 2011). Esta perspectiva global, social y cultural es útil para no perder de vista en salud pública la importancia de los contextos, y de esta forma no correr el riesgo de crear visiones parciales de las dinámicas de la salud y la enfermedad poblacional en países con altos flujos migratorios. En concordancia con Sargent y Larchanché; Cabieses, Gálvez, & Ajraz, 2018 a partir de un análisis sobre cuatro teorías sociales migratorias (tiraje y empuje, teoría decisional, cadena migratoria y de transnacionalismo), recalcan que distintos niveles de factores influyen en el desenvolvimiento de los procesos migratorios, estrechamente relacionados a los niveles y componentes del Modelo de Determinantes Sociales en Salud. En un nivel macro, los factores globales, en un nivel "meso" o intermedio los factores socioculturales y en un nivel micro se encontraría la escala familiar e individual con sus contextos particulares y sus riesgos de enfermar en el curso del proceso migratorio.

La protección de la salud por parte de migrantes internacionales es de preocupación global en la actualidad (Cabieses, Bernales, & McIntyre, 2017). Frente a esto, diversos organismos internacionales tales como Naciones Unidas, Organización Internacional para las Migraciones, entre otros, han alzado la voz y han realizado algunas declaraciones y recomendaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, ha declarado como problemas de salud más frecuentes entre los migrantes las lesiones accidentales, hipotermia, quemaduras, accidentes cardiovasculares, complicaciones del embarazo y el parto, diabetes y la hipertensión (World Health Organization, 2015). Las mujeres y la población infantil migrante emergen como especialmente vulnerables, pues se enfrentan muchas veces a dificultades específicas, particularmente en el ámbito de la salud materna, del recién nacido y el niño, la salud sexual y reproductiva, y la violencia. El problema principal con respecto a esas enfermedades es la interrupción de la atención, habitualmente por falta de acceso a ella o a quienes la dispensan en el país de destino. También el desplazamiento desemboca en la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las afecciones crónicas. También reconoce que los niños vulnerables son propensos a infecciones agudas, como las infecciones respiratorias y la diarrea, debido a la vulnerabilidad socioeconómica y las privaciones durante la migración.

Uno de los aspectos más complejos y contingentes en salud y migración internacional corresponde a las enfermedades infecciosas o transmisibles. Este tipo de patologías no solo son de enorme preocupación para la salud pública en todo el mundo, sino que también es motivo

de controversia asociado a estigma y discriminación hacia población inmigrante. Abordar adecuadamente el desafío de enfermedades infecciosas potencialmente asociadas a procesos migratorios ha sido materia de debate en el último siglo, y aún queda por revisarse y perfeccionarse. En este sentido, el propósito de este documento es desarrollar una exhaustiva revisión de la evidencia científica disponible en la actualidad en torno a ciertas ideas que hoy existen en nuestro país y que asocian la migración internacional a la presencia o aumento de enfermedades infecciosas en Chile. Este documento busca aportar al debate actual con una mirada basada en la evidencia y en el enfoque del derecho universal a la salud, para contribuir al desarrollo de medidas de acción concretas en salud que protejan del contagio de enfermedades infecciosas a todos los que habitan nuestro territorio, independiente de su estatus migratorio, pertenencia étnica (y su correlato con el concepto de "color de piel") o condición social. No se busca negar la información epidemiológica disponible, que sugiere el aumento de algunas enfermedades infecciosas como tuberculosis y VIH/SIDA en población migrante radicada en Chile, sino que, por el contrario, busca acogerla y direccionarla adecuadamente en su perspectiva global, histórica, social y política. Solo de esta forma se podrán desarrollar estrategias de salud pública que desafíen las posturas conservadoras y reduccionistas que aún existen, en favor de acciones que promuevan adecuadas condiciones de vida y oportuno acceso a prestaciones de salud, que protejan la salud de todos quienes habitan nuestro territorio.

EL PUNTO DE PARTIDA

La heterogeneidad inherente a la migración internacional

Es importante reconocer que la población migrante internacional, como grupo social particular, no es un todo homogéneo y monolítico. Muy por el contrario, existe una diversidad importante en cuanto a edad, género, orientación sexual, clase social, nivel educacional, motivos de migración, país de origen y estatus legal, entre otros. Estas variables inciden en el estado de salud de estos grupos por medio de diversos mecanismos asociados a determinantes sociales de tipo estructural y político, intermedio o de clase, y proximal individual de tipo interpersonal, familiar y de acceso a los sistemas de salud (Cabieses et al., 2017). Además, es necesario comprender que el fenómeno migratorio no es simplemente dicotómico (ser migrante versus ser local). Las personas migrantes internacionales pueden traer múltiples nacionalidades y adquirir nacionalidad chilena si así lo desean, luego de haber adquirido la residencia temporal. Niños chilenos nacen de padres migrantes internacionales y comienzan así su vida como migrantes de segunda generación o como niños en contextos migratorios. Migrantes pueden iniciar familia con una persona chilena, y en forma simultánea tener hijos en su país de origen, al cuidado de familiares y amigos. Las cadenas de cuidado migratorias por su parte son vastas y complejas, pero conocidas solo en su superficie. Su importancia es, sin embargo, central para desarrollar estrategias de salud pública, de trabajo seguro y digno, y de integración social en un Chile inclusivo y respetuoso de la diversidad (Sargent & Larchanché, 2011; Cabieses et al., 2017).

Reconociendo esta heterogeneidad poblacional y la reflexión de la salud de los migrantes

en el mundo, cabe formalizar la pregunta sobre la construcción de las categorías que desde la salud pública y la epidemiología subdividen a la población y las etiquetas migratorias particulares o étnico-raciales atribuidas a los migrantes en específico. De acuerdo con von Unger et al., las categorías no son siempre un reflejo de la realidad natural, en tanto manifiestan las preferencias y perspectivas de quienes las elaboran (von Unger, Scott, & Odukoya, 2019). Por ejemplo, las autoras analizan comparativamente la forma de clasificación epidemiológica utilizada en Reino Unido y Alemania con respecto a la tuberculosis, atribuida como una enfermedad específica de los migrantes. Para el caso del Reino Unido las categorías se alejan de la clasificación según nacionalidad y se enfocan en la etnicidad y origen al interior de los ciudadanos británicos. Por su parte Alemania, alejándose de la noción de raza y etnicidad, debido a la "limpieza" étnica realizada por el nacional socialismo, clasificó separadamente a los extranjeros en un todo homogéneo para luego introducir variables con relación a la nacionalidad y país de origen. Hay dos puntos relevantes en este estudio; en primer lugar, que las categorías están sujetas a controversias y a cambios a través del tiempo y pueden tener un efecto racializante y culturizante en las poblaciones. Respecto a la racialización para el contexto chileno, Tijoux y Palominos (2015) la definen como el "proceso de producción e inscripción en los cuerpos de marcas o estigmas sociales de carácter racial (...) derivados del sistema colonial europeo y la conformación de identidades nacionales chilenas, en que determinados rasgos corporalizados son considerados jerárquicamente inferiores frente al «nosotros», justificando distintas formas de violencia, desprecio, intolerancia, humillación y explotación en las que el racismo (...) adquieren una dimensión práctica en la experiencia de las comunidades de inmigrantes en Chile". En segundo lugar, estas categorías tienen efectos de poder sobre las personas y grupos que están clasificando, en el caso específico de la tuberculosis, incide concretamente en la construcción de los migrantes como "portadores de enfermedades", sin otorgar una lectura social ni política de los contextos de contagio y transmisión de la enfermedad (von Unger & Scott, 2019).

Ahora bien, considerando a la migración como movimiento humano a través de los distintos territorios geopolíticos y fronteras, creemos necesario subrayar que se trata de un proceso socioespacial mucho más complejo que un tránsito lineal entre un país emisor y un país receptor (Castelli & Sulis, 2017; Greenway & Castelli, 2019). Dos conceptos que permiten visualizar la complejidad de estos movimientos son el de migración circular que evidencia los múltiples desplazamientos entre país de origen y país receptor de manera no lineal (Tarrius, 1993) y el de transnacionalismo (Rojas, Amode, & Vásquez, 2017); perspectiva que sobrepasa el espacio nacional como unidad de análisis, observando la construcción de identidades complejas más allá del binomio de pertenencia a la sociedad de origen y de llegada. El transnacionalismo no solo aporta a la descripción de los desplazamientos humanos contemporáneos, sino que también permite poner en evidencia las prácticas de intercambio material e inmaterial producto del proceso migratorio. Si nos centramos en específico en los momentos de tránsito y asentamiento reciente, de acuerdo con la OMS los migrantes y refugiados se exponen a diversos riesgos, situaciones de vulnerabilidad, privaciones y precariedad durante el desplazamiento lo que conlleva a mayores riesgos de trastornos psicosociales, problemas de salud reproductiva, mayor mortalidad neonatal, uso indebido de drogas,

trastornos nutricionales, alcoholismo y exposición a la violencia, entre otros (OMS, 2017).

El proceso migratorio en su conjunto, así como en específico los momentos de tránsito y llegada temprana a los países receptores, ponen en evidencia la necesidad urgente de considerar perspectivas que enriquezcan y complementen la evidencia epidemiológica sobre los migrantes y sus procesos de salud y enfermedad, así como su relación con los sistemas formales de salud. Una mirada transdisciplinaria en donde se combinen evidencia científica proveniente de las especialidades de la salud pública y de las disciplinas de las ciencias sociales pueden proveer comprensiones más profundas y amplias sobre las distintas etapas de los procesos migratorios y las vivencias de las personas que forman parte de estas poblaciones. Las consecuencias de visiones reduccionistas sobre estos procesos tienen efectos negativos, reales e importantísimos para los migrantes, entre los que destacan la discriminación, marginalización, estigmatización, racialización y culturización. Es por esto que se necesita posicionar la salud de los migrantes bajo un marco ético mínimo de protección al ser humano, independiente de su país de origen o pertenencia étnica, desde donde se comprenda la relación entre migración y salud de manera real, amplia e integral, y desde donde se promueva el ejercicio de un Estado de derecho en democracia y protección social en salud como cimiento para el desarrollo social, humano y económico de un país.

PROPÓSITO DE ESTE DOCUMENTO

Este documento busca desarrollar una revisión científica de la literatura internacional en torno a una serie de aseveraciones que existen en la actualidad en Chile en torno a la migración internacional y las enfermedades infecciosas. Dichas aseveraciones tienen diversos orígenes y se han compartido en diferentes espacios de discusión nacional, teniendo un potencial poderoso efecto en la forma en que Chile, como sociedad, construye su discurso y comprensión sobre las personas migrantes internacionales. Para este trabajo, los editores seleccionaron 12 ideas o creencias que en la actualidad circulan en grupos sociales diversos, como sociedad civil, equipos de salud de atención primaria y secundaria, académicos, entre otros. Estas ideas forman parte de discusiones que los editores han liderado en diversos seminarios, cursos de capacitación, grupos de estudio y trabajo de terreno con el sistema formal de salud chileno y la comunidad en su conjunto.

Chile tiene hoy la oportunidad de considerar perspectivas que enriquezcan y complementen la evidencia epidemiológica disponible sobre los migrantes y sus procesos de salud y enfermedad, así como su relación con los sistemas formales de salud, y la adquisición y manejo de enfermedades infecciosas. Siendo la migración internacional un fenómeno en alza reciente y novedoso para Chile, que provoca interés en sus múltiples dimensiones incluyendo la temática de enfermedades infecciosas, es necesario revisar lo que la evidencia científica internacional puede informar para su transferencia a nuestra realidad. Por otra parte, es importante posicionar la salud de los migrantes internacionales bajo un marco ético mínimo de protección al ser humano, independiente de su país de origen o etnia, desde donde se comprenda la relación entre migración y salud de manera real, amplia e integral, y desde donde se promueva el ejercicio de un Estado de derecho en democracia y protección social en salud como cimiento para el desarrollo social, humano y económico de un país.

A continuación, se presenta una serie de 12 aseveraciones que están presentes en nuestro país y que fueron revisadas a la luz de la evidencia internacional. Para ello, se realizaron búsquedas sistemáticas de literatura en bases de datos científicas de primer nivel (PubMed, Scopus y Scielo). Luego se realizaron búsquedas adicionales de referencias de artículos seleccionados, así como reportes ministeriales y de organismos internacionales relevantes en esta temática a nivel mundial. Cada documento considerado en la revisión de literatura se encuentra a su vez sintetizado en una tabla resumen al final de cada sección. Se intentó incorporar toda la evidencia encontrada de naturaleza científica -y gris cuando fuese pertinente- que aportara al conocimiento actual en la relación entre migración internacional y enfermedad infecciosa. De esta manera, este manuscrito es un punto de partida que se espera permita cuestionar, discutir y repensar nuestro abordaje sobre el proceso migratorio y sus consecuencias en salud poblacional, de cara a un cambio social radical y desafiante que puede traer grandes aportes y beneficios si se encara de manera madura, responsable y ética.

SITUACIÓN DE VIH Y TB EN CHILE

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, infecta y destruye a los linfocitos CD4, células del sistema inmunológico, alterando o anulando su función. De este modo, el virus provoca un deterioro progresivo de las defensas del organismo, lo que tiene por efecto un déficit inmunológico que lleva a un aumento en la frecuencia y gravedad de las infecciones. Esta etapa, en donde el sistema inmunológico deja de cumplir su función de protección contra infecciones y algunos cánceres, corresponde a estadios más avanzados de la infección por VIH, la que se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y se define por la presencia de alguna de las más de 20 enfermedades oportunistas (lo más frecuente) o de cánceres relacionados con el VIH (sarcomas, linfomas, entre otros) (MINSAL, 2015, ISP 2016). El SIDA se describió por primera vez en 1981. El nuevo retrovirus (VIH-1) se encontró en los tejidos de pacientes con SIDA en 1983 y la relación causal entre el VIH y el SIDA se estableció en 1984 (Barré-Sinoussi et. al 1983). El VIH puede transmitirse por cualquier tipo de relación sexual, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, así como también de madre al hijo (transmisión vertical) durante el embarazo, el parto y la lactancia materna (MINSAL, 2018b).

En Chile, los procedimientos para la detección, diagnóstico e información de resultados de infección por VIH se encuentran normados por el Ministerio de Salud (MINSAL, 2017a). Son parte constitutiva de este sistema de vigilancia, los establecimientos de salud pública y privada, laboratorios de la red e Instituto de Salud Pública (ISP), Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI) y Ministerio de Salud (Dpto. Epidemiología, Dpto. de Estadísticas e Información en Salud-DEIS). A nivel central, la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA es responsabilidad del Departamento de Epidemiología, dependiente de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública. Mientras que el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) es el encargado de administrar las bases de datos y poner la información a disposición de los usuarios. La notificación de caso de VIH/SIDA (DS N° 158) es obligatoria, universal y de periodicidad diaria (desde los establecimientos de salud, a la autoridad sanitaria regional), la que se realizará a través de: (i) Boletín ENO (Enfermedades de Notificación Obligatoria); (ii) Formulario de Notificación de Caso de VIH/SIDA, y (iii) Formulario de Notificación de Cambio de Etapa a SIDA.

De acuerdo con un reciente reporte de Goldstein (Goldstein, 2019) y reportes anuales del Ministerio de Salud de Chile en la materia (MINSAL, 2016, 2017b, 2018b), en los últimos años se observa un aumento sostenido del número de personas viviendo con la infección del VIH en Chile. Esto en buena parte se explica por el aumento de nuevos casos notificados, lo que a su vez responde a un mayor diagnóstico como área prioritaria de interés de salud pública del país en los últimos años. En nuestro país, la epidemia de VIH/SIDA se inició en 1984 con la detección de 6 casos, provenientes de las regiones de Valparaíso, Biobío y Metropolitana. Según el sistema de vigilancia epidemiológica instaurado por el MINSAL, desde el año 1984

tanto la tasa de casos notificados en etapa SIDA como de VIH, han ido en aumento en Chile, descendiendo en el 2006, para luego mostrar un aumento sostenido hasta el 2009 y luego volver a descender el 2010. A partir de este año, el diagnóstico y la notificación de casos nuevos presenta un incremento creciente y sostenido, llegando a una tasa de 37,5 por cien mil en 2018. Así, el año 2018 se sumaron 6.948 nuevos casos de PVVIH (personas viviendo con VIH), según diagnósticos confirmados por el ISP de Chile, cifra que representa el doble de los casos diagnosticados el año 2010. Este incremento representa una variación porcentual del 85%, que contrasta con el 1% calculado entre estos mismos años para el conjunto de países de la región de Latinoamérica. De esta forma, Chile se ubicaría en el primer lugar del ranking de países de la región en cuanto al incremento porcentual de nuevos casos de infección y está dentro de los 10 países a nivel mundial con mayor aumento en el número de casos (UNAIDS, 2017).

Figura 1. Registro nacional de notificación de VIH y Sida por sexo y total en Chile. Datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile

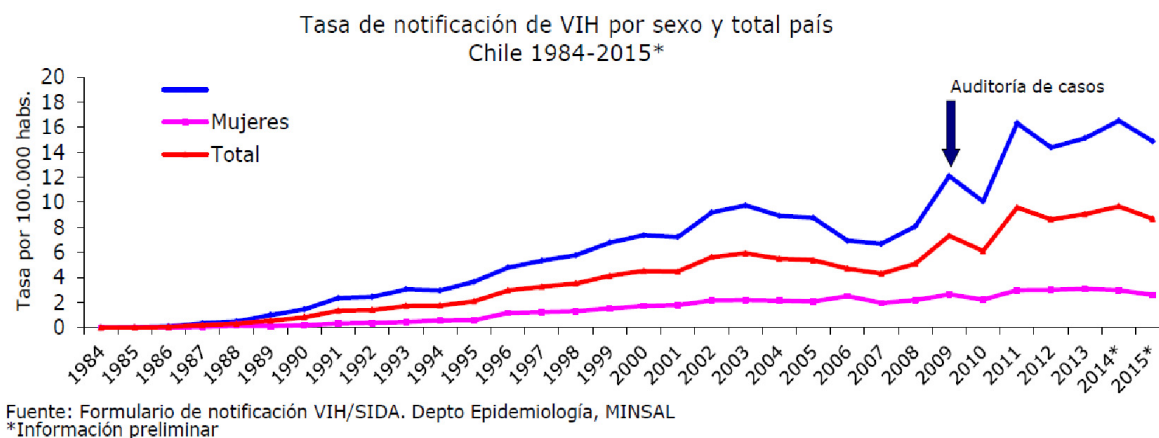
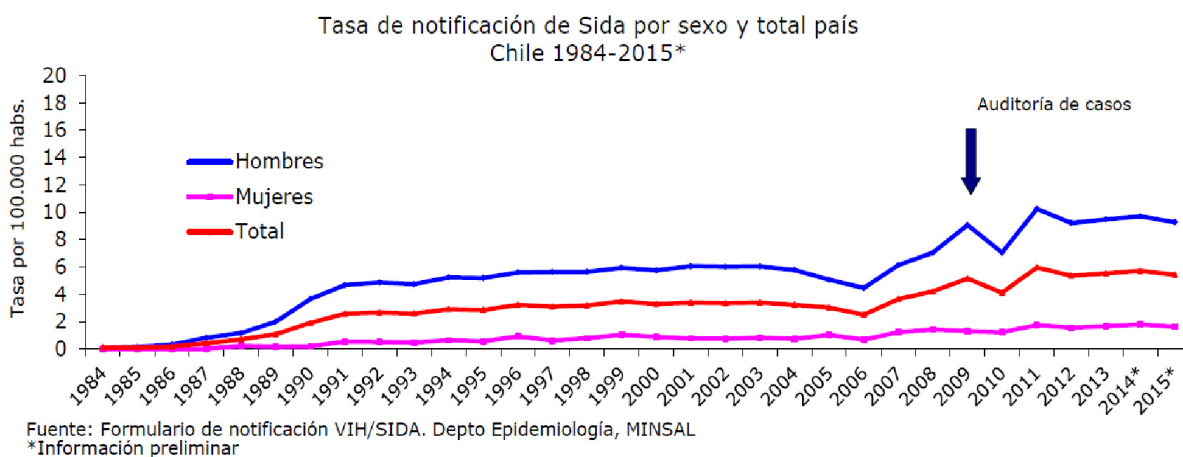
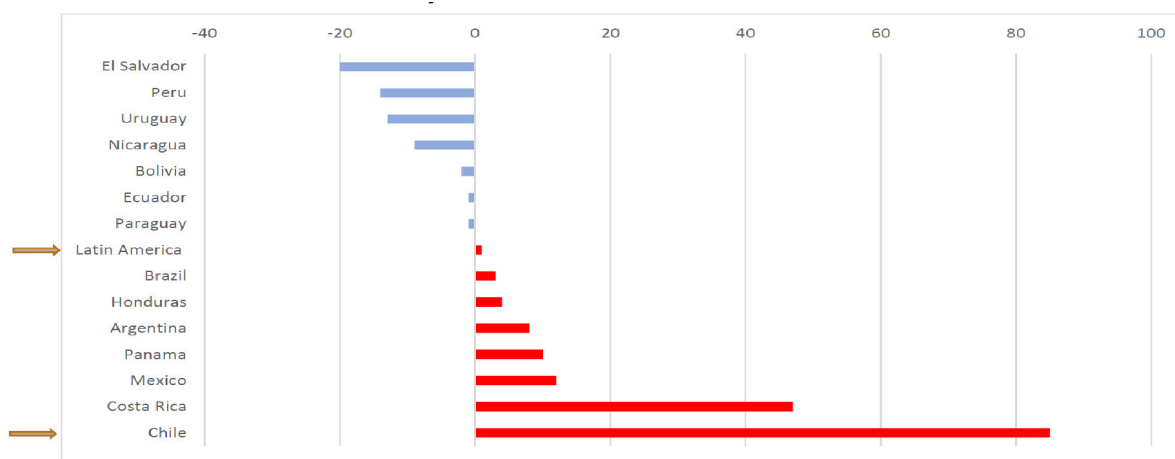


Figura 2. Variación porcentual de nuevos casos de VIH, en países seleccionados de América Latina, entre años 2010 y 2017.

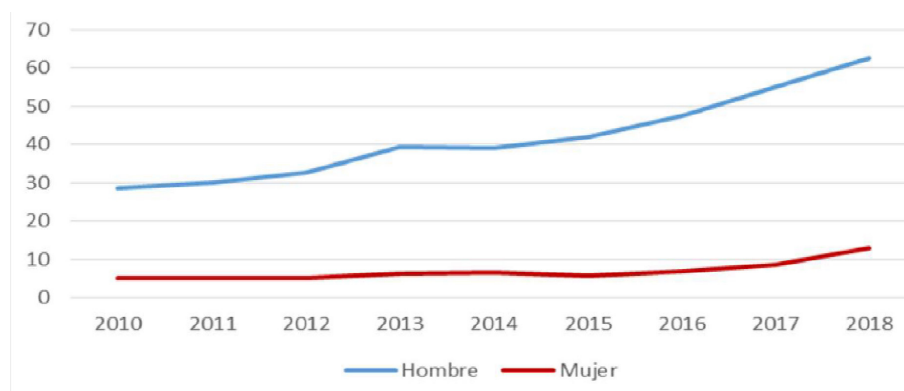


Fuente: Goldstein 2019, a partir de datos de ONUSIDA/AIDSinfo.

De acuerdo con estimaciones ONUSIDA, las personas de 15 años o más años que viven con la infección en Chile llegaba a un aproximado de 66.000 mil casos el año 2017 (49.000 hombres y 17.000 mujeres, basadas en modelo de estimación Spectrum para programas de VIH/SIDA de países). De este total, aproximadamente 47.000 conocen su estatus viral, de donde se desprende que el 70% de las PVVIH están al tanto de su diagnóstico. Luego, según los cálculos de este organismo, el 58% de las personas viviendo con VIH recibe tratamiento antirretroviral en Chile, cobertura que en mujeres es menos de la mitad que la de varones (32% y 68%, respectivamente) (ONUSIDA, 2017, 2019). Similar a esto, las tasas de notificación de VIH/SIDA por 100 mil habitantes según sexo (casos en etapas VIH y SIDA agrupados) en Chile para el periodo 2010-2018 se presentan en la Figura 3a. Por su parte, la cascada del continuo de la atención de VIH/SIDA al 2017 se presenta en la Figura 3b.

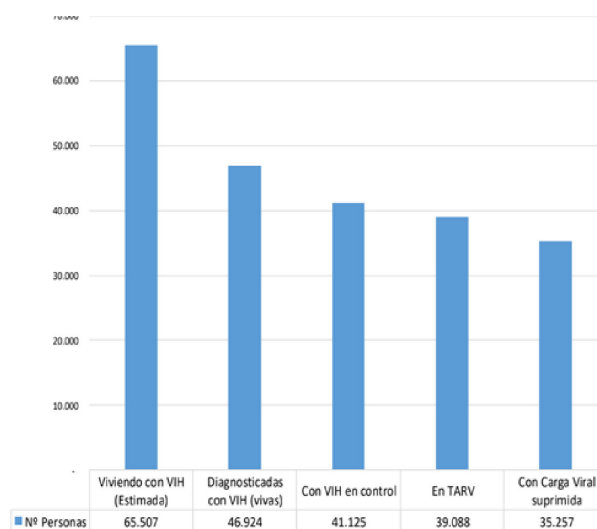
Históricamente, desde los primeros casos de infección diagnosticados en Chile, el número de casos en hombres supera ampliamente al de mujeres, llegando a concentrar el 74% de los casos de PVVIH, según estimaciones del año 2017. Sin embargo, los casos de mujeres muestran un aumento gradual, que se ha acelera particularmente en últimos años. En este sentido se ha producido una feminización de la epidemia, donde la relación hombre:mujer ha pasado de 7 hombres por mujer en 2015, a una relación de 5 hombres por mujer en 2018. Para todos los casos, la principal vía de transmisión fue la sexual, representando un 99% en el quinquenio 2012- 2016, siendo la principal práctica de riesgo declarada la relación sexual de hombres con hombres, concentrando el 63% de los casos en este mismo quinquenio (MINSAL, 2017b).

Figura 3a. Tasas de Notificación de VIH/SIDA, por sexo (casos en etapas VIH y SIDA agrupados). Chile 2010-2018 (Tasas por 100 mil habitantes).



Fuente: Goldstein 2019, a partir de datos de confirmados MINSAL/ISP.

Figura 3b. Estimación de la cascada del continuo de atención de PVVIH at 2017, Ministerio de Salud de Chile.



Fuente: Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA-ONUSIDA, Instituto de Salud Pública. Registro de los centros de atención de la Red Asistencial Pública.

En el grupo de población de 15 a 49 años, Chile se ubica entre los países con mayor prevalencia de VIH/SIDA en la actualidad (0,6% según estimaciones para el año 2017), esto es, con proporciones similares a las de Brasil, Uruguay y El Salvador. Esto es el doble de la estimada en algunos países vecinos y otros de baja prevalencia como son Perú, Bolivia, México y Ecuador

(0,3% en 2017, todos ellos). Respecto a los más jóvenes, se observa que el grupo de adolescentes (15 a 19 años), con tasas bastante menores, presenta igualmente un crecimiento sostenido hasta el año 2017, donde el mayor incremento corresponde al año 2016 (con tasas de 17,7 por cien mil versus 13,3 por cien mil, del año anterior). Cabe destacar que el 20 de diciembre del 2016 se aprueba en Chile la iniciativa que permite que adolescentes entre 14 y 18 años puedan realizarse el examen de VIH sin requerir el consentimiento de sus padres.

Tabla 1. Casos y tasas de nuevos diagnósticos según sexo y grupos de edad. Chile 2014-2018

Tramo edad	2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
00 - 04 años	11	0,9	11	0,9	10	0,8	13	1	12	1
05 - 09 años	2	0,2	4	0,3	4	0,3	7	0,6	7	0,6
10 - 14 años	5	0,4	3	0,2	0	0	2	0,2	4	0,3
15 - 19 años	165	12,3	176	13,3	230	17,7	243	19	234	18,6
20 - 24 años	842	56,9	922	63,1	952	66,2	1091	77,2	1223	88
25 - 29 años	821	55,7	902	60,2	1142	75,3	1400	91,8	1668	109,5
30 - 34 años	684	51,8	686	50,5	831	59,5	969	67,6	1275	86,8
35 - 39 años	416	33,6	456	36,6	533	42,4	696	54,6	902	69,2
40 - 44 años	351	28,2	355	28,5	424	34,1	481	38,6	546	43,8
45 - 49 años	300	23,8	298	23,7	272	21,7	317	25,4	387	31
50 - 54 años	225	18,7	207	17	250	20,2	257	20,6	293	23,4
55 - 59 años	105	10,4	142	13,5	127	11,7	168	14,9	183	15,9
60 - 64 años	75	9,5	71	8,6	89	10,4	76	8,5	110	11,8
65 - 69 años	44	7,1	47	7,3	36	5,4	56	8,1	51	7,1
70 - 74 años	15	3,2	16	3,3	18	3,5	27	5,1	40	7,3
75 - 79 años	17	5,1	9	2,6	7	2	9	2,4	9	2,3
80 y más	2	0,5	2	0,5	2	0,5	4	1	4	0,9
Total	4080	22,9	4307	23,9	4927	27,1	5816	31,7	6948	37,5

Fuente: casos confirmados MINSAL/ISP

Respecto de variables socio-demográficas adicionales, algunos estudios locales en Chile dan cuenta de la importancia de dimensiones como región de residencia, pertenencia étnica y estilos de vida individuales. Reportes ministeriales indican que se ha reportado un mayor aumento de casos en comunas de regiones del norte grande y metropolitana. Un estudio reciente de Alarcón y cols. da cuenta de esto a través de un estudio realizado en Temuco, IX región. El autor encontró diferencias significativas en un grupo de pacientes con VIH/SIDA en dicha ciudad de acuerdo con este tipo de variables sociales de importancia como predictores de adquisición y manejo de esta enfermedad. Datos nacionales sobre este punto informan que de los 21.284 casos notificados en el sistema público entre 2010 y 2017, un total de 763 personas dijeron pertenecer a una de las distintas etnias que hay en el país. Expertos relatan además que la severidad y letalidad por SIDA en personas Mapuche, por ejemplo, sería mayor que en connacionales no pertenecientes a este grupo.

Tabla 2. Estilo de vida y conducta sexual de acuerdo a etnia, nivel de ingresos y educación.

	Alcohol		Drogas		Comercio sexual		Uso de preservativo		Sexo entre hombres		n parejas sexuales/mes 0 /Una/ Dos o +
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Etnia	(p = 0,12)		(p = 0,05)		(p = 0,04)		(p = 0,22)		(p = 0,00)		(p = 0,01)
Mapuche	34,6	65,4	8,6	91,4	1,2	98,8	79	21	45,7	54,3	23,5 / 67,9 / 8,6
No-Mapuche	43,8	56,2	17,2	93,1	6,9	93,1	72,5	27,5	65,2	34,8	31 / 49,7 / 19,3
Ingresos en pesos*	(p = 0,26)		(p = 0,00)		(p = 0,11)		(p = 0,97)		(p = 0,00)		(p = 0,00)
≤ 160.000	39,4	60,6	10,6	89,4	8,6	91,4	73,1	26,9	43,7	56,3	35,9 / 54,3 / 9,8
160-300.000	49,2	50,8	13,3	86,7	4,2	95,8	72,5	27,5	74,2	25,8	27,5 / 52,5 / 20
300-500.000	44,3	55,7	26,2	73,8	4,9	95,1	74,6	25,4	80,3	19,7	27,1 / 46,7 / 26,2
> 500.000	37,3	62,7	23,7	76,3	1,7	98,3	73,4	26,6	83,0	17,0	15,3 / 54,2 / 30,5
Nivel educacional	(p = 0,00)		(p = 0,00)		(p = 0,10)		(p = 0,02)		(p = 0,00)		(p = 0,00)
≤ 8 años	38,8	61,2	11,2	88,8	8,7	91,3	75,9	24,1	30,2	69,8	26,7 / 62,1 / 11,2
9-12 años	37	63	10,3	89,7	6,2	93,8	73,2	26,8	55,8	44,2	34,2 / 38,2 / 26,7
> 12 años	50	50	24,3	75,7	4,5	95,4	72,5	27,5	86,2	13,8	25,2 / 47,7 / 7,1

*1.000 pesos = 1,6 dólares (aprox.)

Fuente: (Alarcón, Chahin, Muñoz, Wolff, & Northland, 2018).

Otra variable de creciente interés es el estatus migratorio. Datos de reportes de la autoridad sanitaria dan cuenta de una reciente sobrerrepresentación de migrantes internacionales con VIH/SIDA diagnosticados en el país en los últimos años, sumado a un aumento también en los casos de población nacional. Por ejemplo, en el 2017 según reportes del Ministerio de Salud, hubo 3.291 casos notificados en el sistema de salud público, de los cuales 2.661 corresponden a notificaciones a chilenos y otros 629 pacientes; es decir, el 19% a ciudadanos extranjeros. El caso restante entró en la categoría de desconocido. Esta cifra representa el mayor incremento de notificaciones de chilenos y extranjeros de los últimos ocho años, según los registros del MINSAL. En 2016, de acuerdo con el reporte, hubo 2.993 casos, de los cuales 2.560 eran chilenos y 433 extranjeros (14,5%). En tanto, en 2015 el número llegó a 2.809 casos, de los cuales 2.516 corresponden a chilenos y 282 a foráneos (10%). El incremento sostenido cobra especial relevancia al comparar lo que ocurría en 2010: ese año se notificó a 1.747 personas, de las cuales solo 41 eran ciudadanos de otro país (lo que equivale a un 2,3%). Entre enero y diciembre de 2018 se registraron 6.948 nuevos casos diagnosticados de VIH en Chile, confirmados por el ISP, lo que representa 1.132 casos más que en 2017 (MINSAL, 2016, 2017, 2018b).

Tanto la autoridad sanitaria como expertos nacionales reconocen que son múltiples los factores socioculturales, económicos y políticos, tanto en los países de origen como de destino, que inciden en el riesgo y vulnerabilidad frente al VIH de las personas migrantes: normas sociales y culturales, barreras lingüísticas, pobreza, que genera acceso insuficiente a la información relativa a la prevención y a los servicios de salud. Esta información debe ajustarse por variables como número de exámenes diagnósticos aplicados por año, conocimiento previo de la enfermedad (adquisición en país de origen versus en Chile), existencia de tratamiento previo, entre otros. Además, la información disponible da cuenta de casos detectados por primera vez en Chile, que probablemente informaría más de incidencia acumulada que de densidad de incidencia real de casos donde el contagio ocurrió en nuestro país. Todo esto

requiere de análisis adicional para una adecuada y pertinente acción sanitaria, que proteja y no discrimine.

Figura 4. Casos confirmados por ISP en Chile entre el 2015 y el 2018.



Fuente: Laboratorio de Referencia de VIH. ISP de Chile.

Algunas de las críticas reconocidas a este problema de salud pública en Chile van orientadas a debilidades de estrategias preventivas de nuestro país, entre las que se destacan las siguientes: (i) débiles campañas comunicacionales; (ii) limitada e insuficiente educación sexual escolar; (iii) desconocimiento de prácticas sexuales incluyendo medidas preventivas en adolescentes y jóvenes, que corresponde al grupo de mayor aumento de adquisición de la enfermedad (Ramírez & Ramírez, 2018); (iv) dificultad en la entrega o distribución de condones; (v) escasez de toma de tests para la población; (vi) mayor toma de tests en mujeres en control de salud y menor toma en hombres y jóvenes, grupos de mayor prevalencia de la condición.

En todos los casos, se debe explorar que estas personas presenten factores de riesgo reales de adquirir la enfermedad, como práctica sexual desprotegida y ausencia de toma de test en el último tiempo, y no solo la categoría social de uno u otro per se, de tal forma de prevenir estigma y discriminación, tal y como dicta la estrategia de control de la epidemia de VIH en el mundo, propuesta por ONUSIDA 90-90-90 para el 2020 y 95-95-95 para el 2030: 90-95% de las personas que tienen VIH, conozcan su diagnóstico.; 90-95% de las personas con diagnóstico de VIH tengan acceso a tratamiento; 90-95% de las personas en tratamiento, tengan un tratamiento efectivo definido como una carga viral indetectable y de esta manera no haya transmisión sexual del virus. Esta estrategia va de la mano con otro objetivo 2020 y 2030: 0% discriminación, ya que, sin esta postura, difícilmente se logrará diagnosticar y tratar exitosamente a los casos. La propuesta de ONUSIDA 2016–2021 busca acelerar la estrategia de prevención de VIH/SIDA, incorporando un enfoque basado en el derecho humano, de modo de que nadie quede fuera de esta estrategia. Esta refuerza factores relacionados con derechos sexuales y reproductivos, llama a una educación sexual integral y remoción de leyes punitivas y prácticas que finalmente bloquean una respuesta efectiva contra el VIH incluidas restricciones a la movilidad humana y testeo obligatorio.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EVOLUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, TB

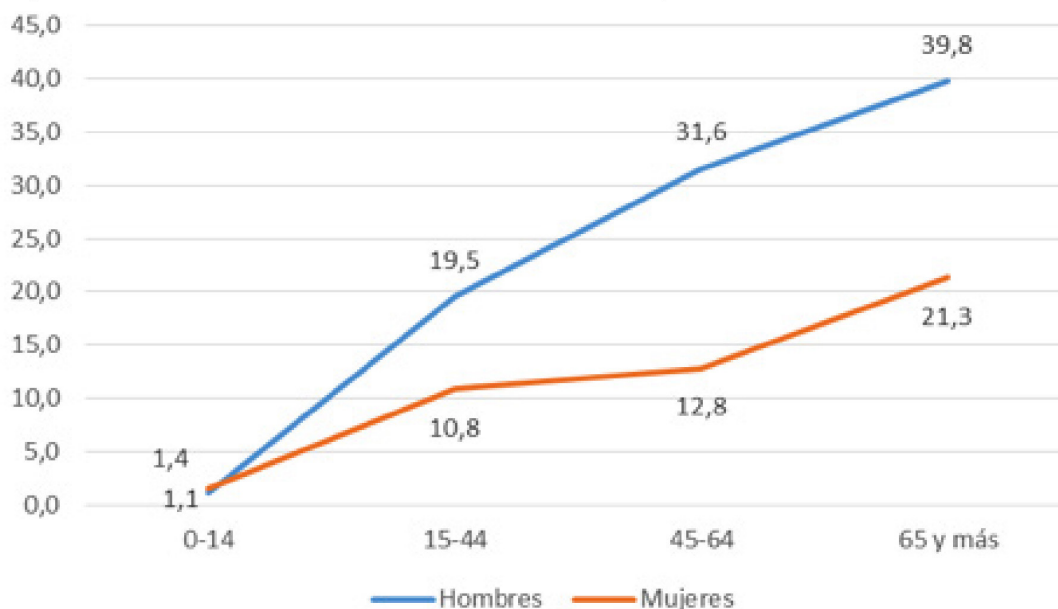
La Tuberculosis es una infección bacteriana contagiosa que afecta principalmente a los pulmones, pero puede comprometer cualquier órgano. Es causada por la bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch, descubierto por el alemán Robert Koch en 1882. Esta enfermedad ha causado efectos devastadores en el mundo causando millones de muertes, siendo llamada «La peste blanca» durante el siglo XIX. Se puede transmitir por la inhalación de microgotas provenientes de la tos o el estornudo de una persona enferma. Si no es tratada de manera oportuna y adecuada puede causar daños permanentes en los pulmones y otros órganos, llegando incluso a la muerte. No todas las personas que se infectan con el bacilo de Koch presentan la enfermedad, ya que la gran mayoría de las personas controlan la infección en forma espontánea y nunca presentan síntomas. Alrededor de un 10% de los infectados manifestarán la enfermedad a lo largo de la vida. Se estima que un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de Koch, lo que se traduce en 9,7 millones de casos nuevos de tuberculosis al año y 1,7 millones de muertos por esta enfermedad.

La tuberculosis es hoy la enfermedad transmisible que mayor número de muertes provoca a nivel global, y todos los países del mundo presentan casos de esta enfermedad en mayor o menor proporción, siendo una causa importante de sufrimiento humano, y afectando con mayor frecuencia a los grupos más vulnerables de la sociedad. En el mundo el 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de TB y 1,8 millones murieron por esta causa. Además, más del 95% de los fallecimientos se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible dispuestos por la Organización de las Naciones Unidas, ONU, fijan la meta de poner fin a la epidemia mundial de la tuberculosis para el año 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2016b). Para que la meta se logre es necesario acelerar los progresos hasta ahora obtenidos. Por su parte, el Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis de Chile tiene como objetivo general reducir significativamente el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por tuberculosis en el país, hasta obtener su eliminación como problema de Salud Pública. Para alcanzar este objetivo, se aplican acciones dirigidas a la prevención, pesquisa, tratamiento y diagnóstico oportuno de la resistencia a fármacos. Dichas acciones son evaluadas año a año por el Programa, con el fin de mejorar los procesos, reforzando las acciones exitosas y reformulando las estrategias que no entregan los resultados esperados.

De acuerdo al último reporte de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2016b), se estima una incidencia cercana a los 3.000 casos nuevos en Chile o 16 por 100.000 habitantes para el año 2016. Si bien Chile constituye un país de baja prevalencia de la tuberculosis gracias a que en las últimas décadas se ha experimentado una importante reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad, también ha mostrado un enlentecimiento en la reducción de nuevos contagios en el tiempo. De acuerdo con los reportes nacionales de esta patología de los últimos años (MINSAL, 2018a), luego de una baja sostenida de las tasas de incidencia y morbilidad por tuberculosis en el país desde mediados del siglo XX, éstas han tendido a la estabilización en el último decenio. En Chile la tasa de incidencia de tuberculosis en todas sus formas (pulmonares y extra pulmonares) alcanzó su cifra más baja en el año 2014 (12,3 por 100.000 habitantes). Sin embargo, nunca ha alcanzado una incidencia menor a 10 por

100.000 habitantes, que define a un país de baja incidencia. En Chile, la morbilidad total de tuberculosis en todas sus formas (TBTF), es decir, la suma de casos nuevos y las recaídas, fue de 15,6 por 100.000 habitantes para el año 2017. Esta tasa corresponde a 2.740 casos, con un incremento de 192 casos con respecto al año anterior. La incidencia de tuberculosis, es decir, la tasa de casos nuevos, para este mismo año es de 14,7 por 100.000 habitantes. El número de casos nuevos para el 2017 corresponde a 2.586, con un incremento de 187 casos con respecto al año 2016. Respecto de los casos totales de TBTF por sexo para el año 2017 en Chile, la población masculina tiene una tasa 1.9 veces mayor que la femenina, y corresponde al 64,6% del total de casos para este año. El mayor número de casos se concentra entre los 25 y 64 años de edad, pero, además, se observa un aumento acelerado del número de casos del grupo de 25 a 34 años de edad para el 2017 (MINSAL, 2018).

Figura 5. Tasa de incidencia de tuberculosis por edad y sexo, Chile año 2017. MINSAL.



Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis (MINSAL, 2018a).

De acuerdo con el último reporte ministerial de TB, de la proporción de los principales grupos de riesgo para cada región del país, resaltan las cifras que superan el promedio nacional. Se observa que la proporción de cada grupo de riesgo tiene una amplia variabilidad geográfica. Destaca la alta relevancia de los casos de tuberculosis en personas extranjeras en la región de Tarapacá, Antofagasta, Metropolitana y Arica. Así también, cabe señalar una alta proporción de casos en personas pertenecientes a pueblos indígenas en la región de Arica, la cual supera en 15 veces la proporción a nivel nacional (MINSAL, 2018).

Figura 6. Proporción de casos de TBTF por grupos de riesgo. Chile, MINSAL 2017 (MINSAL, 2018a).

Grupo de riesgo	Proporción (%)
Adulto Mayor	21,4
Extranjeros	15,5
Alcoholismo	11,4
Drogadicción	10,1
Coinfección VIH	9,6
Diabetes	7,4
Situación de calle	4,7
Contactos	3,7
Otra inmunosupresión	2,9
Población privada de libertad	2,6
Pueblo indígena	2,5
Personal de salud	1,1

Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis.

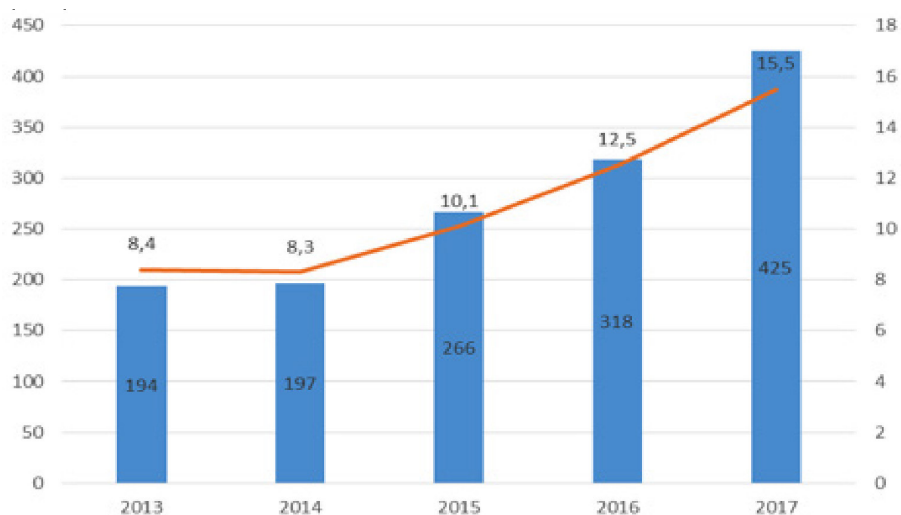
Figura 7. Proporción (%) de casos de TBTF por grupos de riesgo, por región. Chile, MINSAL 2017. (MINSAL, 2018a)

	VIH	EXT	PPL	PIND	SC	A	DR	DB	C	AM	OI	PS
XV	12,7	17,5	1,6	38,1	1,6	7,9	7,9	1,6	6,3	28,6	3,2	0,0
I	9,2	31,1	2,5	9,2	5	10,1	10,9	7,6	3,4	17,6	3,4	1,7
II	9,7	23,4	3,4	1,4	3,4	11	15,9	13,8	9,7	15,9	1,4	2,1
III	8	10	2	0	10	10	10	4	0	30,0	2,0	0,0
IV	2,7	5,3	2,7	0	8,8	10,6	13,3	6,2	3,5	23,9	8,8	0,0
V	7,9	8,4	8,4	0	4,6	11,3	10,9	7,1	9,2	26,8	3,8	0,8
XIII	12,2	25,3	1,5	2	4,7	12	12,9	8	4,9	16,3	3,1	1,2
VI	6,1	6,1	0	0	11,1	9,1	7,1	5,1	2	29,3	7,1	1,0
VII	8,1	4,5	3,6	0,9	6,3	8,1	0,9	9	0	19,8	3,6	2,7
VIII	7,3	1,2	1,5	3,7	3,4	12,2	7,6	6,4	1,8	24,5	1,5	0,9
IX	5,8	0	2,9	2,9	1,9	6,7	1	5,8	0	33,7	1,0	0,0
XIV	11,1	1,9	9,3	7,4	5,6	0	0	5,6	5,6	29,6	0,0	1,9
X	6,6	0,8	2,5	3,3	2,5	18	4,9	11,5	11,5	31,1	0,0	1,6
XI	6,3	6,3	0	0	37,5	37,5	0	6,3	0	18,8	0,0	0,0
XII	8	8	4	4	0	12	0	12	4	32,0	4,0	4,0
PAÍS	9,6	15,5	2,6	2,5	4,7	11,4	10,1	7,4	3,7	21,4	2,9	1,1

Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis.

VIH: Coinfección TB-VIH; EXT: extranjeros; PPL: privados de libertad; PIND: pueblo indígena; SC: situación de calle, A: alcoholismo; DR: drogadicción; DB: diabetes mellitus; C: contacto; AM: adulto mayor; OI: otra inmunosupresión; PS: personal de salud.

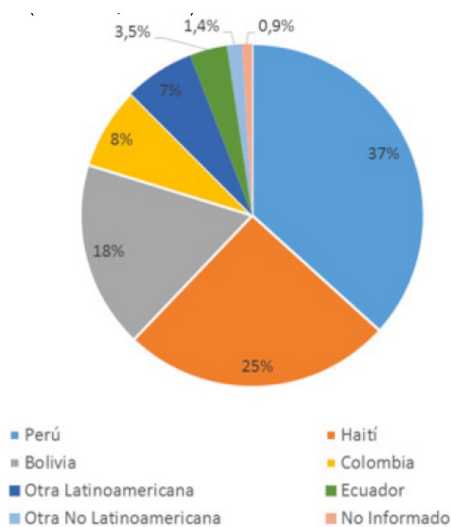
Figura 8. Extranjeros: casos totales y proporción del total de casos de tuberculosis. Chile quinquenio 2013-2017.



Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis (MINSAL, 2018a).

Para el 2017 el 37% de los extranjeros fueron peruanos, 25% haitianos, 18% bolivianos, 8% colombianos, 3,5% ecuatorianos, 7% de otra nacionalidad latinoamericana y el 1,4% de otra no latinoamericana. Existe un 0,9% (n=4) de casos en extranjeros en que se desconoce la nacionalidad.

Figura 9. Nacionalidad de las personas extranjeras diagnosticadas con tuberculosis en Chile 2017 (MINSAL, 2018a).



Fuente: Registro nacional del Programa de Tuberculosis.

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 1

Los migrantes traen las enfermedades desde su país de origen

Esta es una de las principales ideas que circulan hoy en la sociedad chilena, en particular en relación con Tuberculosis (TB) y VIH. Respecto de TB, actualmente se ha instalado nuevamente como un tema de preocupación mundial y, por ende, es un desafío a abordar en los países de baja incidencia (Alvarez et al., 2010; Sandgren et al., 2014). En términos generales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su estrategia Fin de la TB considera la atención a las necesidades especiales de la población migrante y sus derechos humanos como una dimensión relevante a tratar. Para esto, reconoce que se requieren esfuerzos de coordinación en los niveles mundial multilateral, bilateral y nacional (Organización Mundial de la Salud, 2016b). Al identificar a la población migrante como un grupo vulnerable a la TB, la OMS y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) han sugerido directrices de estrategias tales como incorporar a la población migrante como una de las poblaciones objetivo de programas y estrategias nacionales, así como el desarrollo de acciones de prevención y atención culturalmente sensibles, y ajustar el diagnóstico, tratamiento y cuidado a las necesidades de las comunidades migrantes (World Health Organization & International Organization for Migration, 2014).

Una opinión presente en algunos países es que los migrantes presentan mayor incidencia de TB comparado con la población nativa, porque la importan desde el exterior. No obstante, existe evidencia que propone que la exposición diferencial a patógenos explicaría en mayor medida la mayor incidencia de TB en migrantes. La susceptibilidad genética, el déficit de vitamina D por factores climáticos y dietéticos, comorbilidades como diabetes mellitus, VIH y enfermedad renal crónica, deprivación socioeconómica incluyendo hacinamiento y factores relacionados al proceso migratorio cuando ocurre en contextos de vulnerabilidad humana y social, barreras de acceso a servicios y estigmatización, por mencionar los principales factores evidenciados, estarían a la base de diferencias en contagio por TB entre migrantes en vulnerabilidad y nativos. Por ende, una estrategia efectiva debe abordar los factores que hacen a la población migrante más vulnerable y más susceptible de adquirir TB en el país de origen, en tránsito o en destino, y no solamente considerar el país de origen como dimensión inequívoca de adquisición de TB en población migrante (Hayward, Harding, McShane, & Tanner, 2018). Más aun, dentro de la población migrante existen grupos particularmente vulnerables a la TB. A diferencia de trabajadores migrantes en situación regular que tienen mayores facilidades a acceso servicios de diagnóstico y tratamiento, migrantes en situación irregular enfrentan grandes limitaciones para acceder a dichos servicios. Así también, migrantes en centros de detención y víctimas de tráfico permanecen en condiciones sanitarias de alto riesgo. Mientras que migrantes forzosamente desplazados enfrentan situaciones de alto riesgo a tuberculosis como malnutrición, hacinamiento en refugios temporales, interrupción de tratamiento y riesgo a resistencia a medicamentos (World Health Organization & International Organization for Migration, 2014).

El impacto de la migración desde países de alta incidencia a países de baja incidencia en la epidemiología de la TB es variable según lugar de estudio, tipo de migrante y calidad de la evidencia. A lo largo del mundo existen diversos estudios y reportes originales en la materia con conclusiones divergentes en cuanto a prevalencia e incidencia. Estudios primarios de corte transversal son los más heterogéneos. Algunos han mostrado, por ejemplo, que más de la mitad de los casos de TB podrían llegar a corresponder a pacientes extranjeros (Lillebaek et al., 2002) mientras que otros constatan que solo el 2% de los casos son inmigrantes. En la mayoría de los casos, sin embargo, independiente de la prevalencia puntual, son los migrantes quienes presentan resultados desfavorables de tratamiento de TB como fracaso del tratamiento, muerte o abandono (Rashak et al., 2019).

Estudios longitudinales ofrecen evidencia adicional. Por ejemplo, Aldrige et al. estudiaron a una cohorte de 519.955 migrantes provenientes de 15 países de alta incidencia de TB examinados para detectar tuberculosis previamente a ingresar al Reino Unido. Identificaron 1873 casos incidentes de todas las formas de tuberculosis y estimaron una incidencia en migrantes previo al ingreso de 147 por 100.000 personas-año. El estudio concluye que los migrantes de países con una alta tasa de incidencia de tuberculosis examinados antes de su entrada a países de baja incidencia representan un riesgo insignificante de transmisión futura, pero tienen un mayor riesgo de adquirir tuberculosis en el tránsito y destino, lo cual podría prevenirse mediante acciones de identificación y tratamiento de una infección latente que complementen los programas de detección (Aldridge et al., 2016).

La evidencia de revisiones sistemáticas muestra que la transmisión de TB de la población migrante hacia la población local es baja (Hargreaves, Nellums, & Friedland, 2016). Una revisión sistemática de Sandgren et al. estudió las dinámicas de transmisión de TB entre la población migrante y la población local, concluyendo que la presencia de TB en la población nacida en el extranjero no tiene influencia significativa sobre la TB en la población local (Sandgren et al., 2014). Para evaluar el alcance de la transmisión de la TB desde el extranjero a la población nativa, los autores investigaron cuantitativamente la dinámica de la transmisión de la TB entre estas poblaciones en Europa, utilizando estudios epidemiológicos moleculares publicados. Se realizaron búsquedas en las bases de datos de PubMed y EMBASE desde 1990 hasta agosto de 2012 y se identificaron 15 estudios realizados durante 1992-2007 que cubrían 12,366 casos, de los cuales la mediana (rango) 49.2% (17.7% -86.4%) nacieron en el extranjero. De los resultados destacó que un tercio de los grupos estaban "mezclados", es decir, compuestos por casos nacidos en el extranjero y nativos. La transmisión cruzada entre poblaciones extranjeras y nativas fue bidireccional, con amplias diferencias entre los estudios. Esta revisión sistemática proporcionó evidencia de gran calidad científica respecto de que la TB en una población nacida en el extranjero no tiene una influencia significativa sobre la TB en la población nativa en Europa. Así también lo concluye un estudio sobre transmisión entre población migrante y población danesa, en donde se discute que la limitada transmisión de TB en el país receptor podría explicarse por la escasa integración de los colectivos migrantes en la población local. Si bien esto puede parecer un mecanismo protector de transmisión de algunos subgrupos de migrantes hacia los nativos, también es una forma de segregación y exclusión que aumenta los problemas de salud en extranjeros, impactando negativamente en la salud poblacional

del país a lo largo del tiempo (Kamper-Jørgensen et al., 2012). Se han identificado diversos factores de riesgo particulares dentro de las comunidades migrantes, tales como la pobreza, el contacto cercano con un caso, factores dietarios como la deficiencia de vitamina D, tiempo de estadía en el país de acogida y el país de origen; sin embargo, estos aún no se encuentran respaldados por un cúmulo de evidencia robusta y requieren de más investigación (Offer, Lee, & Humphreys, 2016).

En cuanto al VIH/SIDA, la OMS señala la importancia de considerar las características particulares de las migraciones y los desplazamientos humanos, y su relación con la dinámica de las epidemias locales. Es por esto que en su Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH 2016-2021 reconoce a la población migrante dentro de los grupos particularmente vulnerables a la infección por VIH, y señala la necesidad de incluirla como población objetivo de estrategias y planes locales (Organización Mundial de la Salud, 2016a). De acuerdo con ONUSIDA, por sus características particulares, el proceso migratorio puede dejar a migrantes en situaciones de exclusión social y alta vulnerabilidad para VIH, por lo mismo, en diversos lugares del mundo se ha identificado a la migración propiamente tal como un factor de riesgo para VIH. Algunos elementos clave que influyen sobre esta situación son las leyes y políticas restrictivas, el limitado acceso a servicios e información de salud, la susceptibilidad a explotación laboral y sexual, la vulnerabilidad económica y social, y el estigma y la discriminación (UNAIDS, 2014).

Una interesante revisión sistemática sobre factores de riesgo de enfermedades de transmisión sexual en China identificó que ser migrante representa un factor de riesgo para contraer VIH. Migrantes en regiones urbanas tienen 6,7 veces más riesgo de contraer VIH que la población china general, siendo el riesgo de las mujeres migrantes mayor que el de los hombres. Así también, el estudio observa que es mayor el riesgo de infección de transmisión sexual (ITS) en migrantes de bajos ingresos en comparación a su contraparte de altos ingresos (Zhao, Luo, Tucker, & Wong, 2015). Más en específico, una revisión sistemática estudió el efecto de la migración en el riesgo de adquisición de VIH en Sudáfrica, y concluyó que la adquisición de VIH y la conductas sexuales de riesgo fueron más frecuentes entre migrantes que en no migrantes; lo que da cuenta de la necesidad de estrategias preventivas efectivas (Dzomba, Tomita, Govender, & Tanser, 2018). Una población particularmente vulnerable corresponde a las trabajadoras sexuales migrantes. Una revisión sistemática que examinó diferencias entre trabajadoras sexuales migrantes y no migrantes mostró que las trabajadoras sexuales migrantes se encuentran expuestas a mayor riesgo de contraer VIH que las no migrantes; en especial en países de bajos ingresos (Platt et al., 2013).

Por otra parte, ha existido investigación respecto a dimensiones sociales asociadas al riesgo de VIH en distintos niveles. Una revisión sistemática mostró que, a nivel político, de contexto sociocultural, de salud y prácticas sexuales, existen determinantes asociados al riesgo de VIH en población migrante internacional. Esto confirma la necesidad de estrategias de intervención multinivel que integren y protejan a la población migrante internacional más vulnerable y en riesgo de adquirir VIH (Weine & Kashuba, 2012). Los contextos sociales y económicos han mostrado ser especialmente influyentes en la vulnerabilidad de migrantes a adquirir enferme-

dades transmisibles. Una revisión sistemática desarrollada por Kentikelenis evidenció que la población migrante resulta estar particularmente vulnerable durante contextos de crisis económicas; dado que estas se traducen en desempleo y empobrecimiento, así como en medidas de austeridad de los gobiernos como el cese del financiamiento de programas preventivos y de tratamiento, lo que exacerba los factores de riesgo de esta población (Kentikelenis et al., 2015). Sumado a esto, otra revisión sistemática que estudió la relación entre la aculturación y las prácticas de riesgo para VIH en migrantes, concluyó que migrantes con un alto nivel de aculturación general tenían más probabilidades de tener múltiples parejas, iniciación sexual temprana, enfermedades de transmisión sexual y relaciones sexuales sin protección; lo que permite concluir que la aculturación representa un factor de riesgo para la salud de los migrantes en lo relativo al VIH (aculturación entendida como el proceso de debilitamiento o pérdida de la identidad cultural de origen a cambio de la incorporación de la del destino) (Du & Li, 2015)

Finalmente, una revisión sistemática estudió la incidencia, prevalencia y mortalidad respecto a la coinfección de VIH y TB entre la población migrante (Tavares et al., 2017), y observó que migrantes mostraron mayor tendencia a resultados no exitosos de tratamiento, muerte y TB resistente a medicamentos. No obstante, mostraron menor mortalidad en comparación a los nacionales. Esto da cuenta de una alta vulnerabilidad de la población migrante a adquirir coinfección de VIH y TB en el país que los recibe, la cual se asocia a un bajo nivel socioeconómico, malas condiciones de vida y limitado acceso a servicios de salud. Por esta razón, es necesario brindar a esta población detección temprana, tratamiento y atención médica adecuada, junto con un adecuado apoyo social.

CONCLUSIÓN:

La idea de que los migrantes traen las enfermedades desde su país de origen puede ser discutido a la luz de la evidencia internacional disponible. Si bien hay grupos de migrantes que pueden traer mayor carga de enfermedad por el perfil epidemiológico de su país de origen, diversos estudios originales y revisiones sistemáticas documentan que el riesgo de que población migrante internacional transmita dichas enfermedades infecciosas a población local es en general bajo.

Se recomienda avanzar en la comprensión de determinantes contextuales del proceso migratorio y de vida en el país de destino de personas migrantes internacionales por parte de los profesionales de salud, de manera de identificar factores de riesgo asociados a pobreza y vulnerabilidad social en esta población, que tendrían mayor importancia en las dinámicas de contagio de enfermedades infecciosas como TB y VIH que el país de origen como factor de riesgo inequívoco. La integración de población migrante internacional con población local debe ser acompañada de estrategias efectivas y pertinentes culturalmente que protejan, diagnostiquen y traten oportunamente cualquier condición de salud de personas migrantes y locales, en favor de la salud pública de la sociedad en su conjunto.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#1 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("Disease Transmission, Infectious" [Mesh] OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh] OR "infection" OR "infections" OR "TB" OR "tuberculosis" OR "HIV" OR "HIV/AIDS" OR "AIDS" OR "infectious")

14 de mayo del 2019: 11.011 hits

#2 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("Disease Transmission, Infectious" [Mesh] OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh] OR "infection" OR "infections" OR "TB" OR "tuberculosis" OR "HIV" OR "HIV/AIDS" OR "AIDS" OR "infectious") AND ("systematic reviews")

14 de mayo del 2019: 34 hits

Tabla 3. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
Robert W Aldridge	2016	Aldridge, R. W., Zenner, D., White, P. J., Williamson, E. J., Muzyamba, M. C., Dhavan, P., ... Hayward, A. C. (2016). Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. <i>The Lancet</i> , 388(10059), 2510-2518. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31008-X	Se realizó el estudio cohorte más grande hasta ahora de migrantes examinados para detectar tuberculosis activa antes de ingresar a un país con baja incidencia de tuberculosis, con el objetivo de generar estimaciones nacionales de incidencia después de la migración e identificar factores de riesgo para el desarrollo posterior de la enfermedad.
GG Alvarez	2010	Alvarez, C. G., Clark, M., Altpeter, E., Douglas, P., Jones, J., Paty, M.-C., ... Chemtob. (2010). Pediatric tuberculosis immigration screening in high-immigration, low-incidence countries. <i>Int J TubercLungDis</i> , 14(12), 1530-1537	Comparar los requisitos de examen médico para inmigración de tuberculosis en niños originarios de países seleccionados con altos índices de inmigración y baja incidencia de tuberculosis
H. Du	2015	Du, H., & Li, X. (2015). Acculturation and HIV-related sexual behaviors among international migrants: A systematic review and meta-analysis. <i>Healthpsychologyreview</i> , 9(1), 103-122. https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840952	Realizar una revisión sistemática que examine la literatura mundial sobre la relación entre la aculturación y las conductas sexuales relacionadas con el VIH en los migrantes internacionales. Se realizó una revisión sistemática y un metanálisis de subconjuntos de las correlaciones entre la aculturación y cinco tipos de conductas sexuales.
Armstrong Dzomba	2018	Dzomba, A., Tomita, A., Govender, K., & Tanser, F. (2018). Effects of Migration on Risky Sexual Behavior and HIV Acquisition in South Africa: A Systematic Review and Meta-analysis, 2000–2017. <i>AIDS and Behavior</i> . https://doi.org/10.1007/s10461-018-2367-z	Realizar una revisión sistemática del rol de la migración en la adquisición del riesgo de VIH y el comportamiento sexual según 29 estudios publicados entre 2000 y 2017.
Hargreaves, S	2016	Hargreaves, S., Nellums, L., & Friedland, J. (2016). Time to rethink approaches to migrant health screening. <i>The Lancet</i> , 388(10059), 1456-1457.	Se informan los hallazgos de un estudio de cohorte retrospectivo donde participan más de medio millón de migrantes que solicitan una visa de entrada a largo plazo para el Reino Unido (2005–2012), quiénes fueron examinados para detectar tuberculosis activa provenientes de 15 países de alta incidencia antes de la migración. Se exploró que les sucede a los migrantes, libres de enfermedad

			activa al momento de migrar, luego de su llegada a Inglaterra.
Hayward, S	2018	Hayward, S., Harding, R., McShane, H., & Tanner, R. (2018). Factors influencing the higher incidence of tuberculosis among migrants and ethnic minorities in the UK. <i>F1000Research</i> , 7(461). =23	Discutir y analizar, a través de una revisión de literatura, las influencias biológicas y antropológicas relacionadas con el riesgo de exposición a patógenos y vulnerabilidad para la infección y desarrollo de tuberculosis; y sobre el acceso al tratamiento para los migrantes y minorías étnicas en el Reino Unido.
Kamper-Jørgensen, Z	2012	Kamper-Jørgensen, Z., Andersen, A. B., Kok-Jensen, A., Kamper-Jørgensen, M., Bygbjerg, I. C., Andersen, P. H., ... Lillebaek, T. (2012). Migrant tuberculosis: the extent of transmission in a low burden country. <i>BMC Infectious Diseases</i> , 12, 60. https://doi.org/10.1186/1471-2334-12-60	Evaluar la transmisión de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> entre la población nacional y los migrantes, en Dinamarca.
Kentikelenis, A	2015	Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., ... Stuckler, D. (2015). How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. <i>The European Journal of Public Health</i> , 25(6), 937-944. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv151	Realizar una revisión sistemática de literatura sobre el impacto de las crisis económicas y su relación con el riesgo de padecer enfermedades infecciosas en los migrantes en Europa, centrándose principalmente en el VIH, la tuberculosis, la hepatitis y otras ITS.
Lillebaek, T	2002	Lillebaek, T., Andersen, Å. B., Dirksen, A., Smith, E., Skovgaard, L. T., & Kok-Jensen, A. (2002). Persistent High Incidence of Tuberculosis in Immigrants in a Low-Incidence Country. <i>Emerging Infectious Diseases</i> , 8(7), 679-684. https://doi.org/10.3201/eid0807.010482	Evaluar las implicancias para la práctica de detección de tuberculosis la llegada, explorando los cambios con el tiempo de residencia en la incidencia de tuberculosis en inmigrantes de áreas de alta incidencia.
Offer, C	2016	Offer, C., Lee, A., & Humphreys, C. (2016). Tuberculosis in South Asian communities in the UK: a systematic review of the literature. <i>J Public Health</i> , 38(2), 250-257.	Realizar una revisión de la literatura para resumir los factores reportados que se han asociado con tasas más altas de tuberculosis en comunidades provenientes del sur de Asia en el Reino Unido
Organización Mundial de la Salud	2016	Organización Mundial de la Salud. (2016a). Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH 2016-2021. Hacia el fin del SIDA. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/	Documento que da cuenta de las estrategias llevadas a cabo para cumplir el objetivo de poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud

		handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf;jsessionid=AB996F04B79E7D3BAFB351DC736DBF69?sequence=1	pública para el año 2030, para garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas de todas las edades.
Organización Mundial de la Salud	2016	Organización Mundial de la Salud. (2016b). Implementación de la Estrategia Fin de la TB: Aspectos esenciales. Recuperado de https://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web.pdf	Describir las estrategias para el cumplimiento del objetivo de la Estrategia Fin de la Tuberculosis es "acabar con la epidemia mundial de TBC". Esto definido como diez casos nuevos (incidentes) por 100.000 habitantes por año.
Platt, L	2013	Platt, L., Grenfell, P., Fletcher, A., Sorhaindo, A., Jolley, E., Rhodes, T., & Bonell, C. (2013). Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. <i>Sex Transm Infect</i> , 89(4), 311-319. https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050491	Evaluar a través de una revisión de la evidencia, las diferencias en el riesgo de contraer VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), y las conductas relacionadas con la salud entre trabajadoras sexuales inmigrantes y no migrantes (FSS).
Rashak, HA	2019	Rashak, H., Sánchez-Pérez, H., Abdelbary, B., Bencomo-Alem, A., Enriquez-Ríos, N., & Gómez-Velasco, A. (2019). Diabetes, undernutrition, migration and indigenous communities: tuberculosis in Chiapas, Mexico. <i>Epidemiol Infect</i> , 147, 1-12.	Realizar una evaluación transversal de la prevalencia de los factores de riesgo más comúnmente asociados para Tuberculosis (TB) en Chiapas, utilizando datos de vigilancia de TB recolectados entre 2010 y 2014. Además, evaluar su asociación con factores sociodemográficos, como la inmigración o la presencia indígena.
Sandgren, A	2014	Sandgren, A., Sañé Schepisi, M., Sotgiu, G., Huitric, E., Migliori, G. B., Manissero, D., ... Girardi, E. (2014). Tuberculosis transmission between foreign- and native-born populations in the EU/EEA: a systematic review. <i>The European Respiratory Journal</i> , 43(4), 1159-1171. https://doi.org/10.1183/09031936.00117213	Evaluar el alcance de la transmisión de la tuberculosis desde el extranjero a la población nativa, mediante una investigación cuantitativa, indagando en la dinámica de la transmisión de la TB entre estas poblaciones en la UE/EEA, utilizando estudios epidemiológicos moleculares publicados.
Tavares, AM	2017	Tavares, A. M., Fronteira, I., Couto, I., Machado, D., Viveiros, M., Abecasis, A. B., & Dias, S. (2017). HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: A systematic review on the prevalence, incidence and mortality. <i>PLoS ONE</i> , 12(9).	Este estudio es una revisión sistemática que tiene como objetivo mejorar la comprensión sobre la carga de la coinfección VIH-Tuberculosis entre los migrantes en Europa y evaluar si estas poblaciones son particularmente vulnerables en comparación con los nacionales.

		https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185526	
UNAIDS	2014	UNAIDS. (2014). The GAP Report 2014.	Exponer el problema de la epidemia del VIH a nivel mundial y cómo afecta a distintas regiones y poblaciones, planteando como objetivo su erradicación.
Weine, SM	2012	Weine, S. M., & Kashuba, A. B. (2012). Labor Migration and HIV Risk: A Systematic Review of the Literature. <i>AIDS and behavior</i> , 16(6), 1605-1621.	Realizar una revisión exhaustiva de la literatura sobre las posibles asociaciones entre la migración laboral y el riesgo de VIH. Esta revisión resume estudios empíricos previos analizando determinantes de múltiples niveles que vinculan la migración laboral y el riesgo de VIH.
World Health Organization	2014	World Health Organization, & International Organization for Migration. (2014). Tuberculosis prevention and care for migrants. Recuperado 22 de abril de 2019, de World Health Organization website: https://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf	Proveer evidencia sobre la relación de migración y tuberculosis, señalando porque esta población puede ser más vulnerable, señalando factores individuales, barreras sociales y económicos. Además, presenta acciones clave para la prevención de la enfermedad.
Zhao, Y	2015	Zhao, Y., Luo, T., Tucker, J., & Wong, W. (2015). Risk Factors of HIV and Other Sexually Transmitted Infections in China: A Systematic Review of Reviews. <i>PLOS ONE</i> , 10(10). Recuperado de http://researchonline.lshtm.ac.uk/2331676/1/pone.0140426.pdf	Este estudio consiste en una revisión de literatura que tiene como objetivo hacer un mapa de los factores de riesgo de VIH e ITS entre la población china, con el objetivo de identificar los factores de riesgo para aportar a la formulación de estrategias de prevención efectivas.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 2

Los migrantes tienen más conductas individuales de riesgo para la salud y por eso se enferman más

La migración internacional ha sido ampliamente reconocida como un determinante social de la salud (Cabieses, Bernales, & McIntyre, 2017b; Davies, Mosca, & Frattini, 2010). Esto porque las condiciones que rodean el proceso migratorio exponen a las personas a factores de riesgo para su salud (Cabieses et al., 2017b). Esto no significa que la migración sea un factor de riesgo para adquirir enfermedades, más bien hay que entender la migración como un elemento que influye en la salud y en las conductas saludables debido a las restricciones de acceso a la salud que viven (Lee & Yu, 2019). De esta manera, las conductas en salud están relacionadas al nivel de acceso que tiene la persona al sistema de salud. En Chile se ha observado que una de las principales barreras para acceder al sistema de salud es la falta de previsión pública o privada (Cabieses et al., 2017b). De acuerdo con la CASEN 2017, la proporción de migrantes sin previsión en salud es del 15,8%, en comparación con el 2,2% de los chilenos. Los migrantes se enfrentan a múltiples barreras para acceder al sistema de salud, incluyendo el nivel socioeconómico, la situación migratoria, diferencias culturales y lingüísticas, falta de infraestructura en salud y también el miedo al maltrato y la discriminación (Chi & Handcock, 2014a; Fang, Sixsmith, Lawthom, Mountian, & Shahrin, 2015b; Jacquez, Vaughn, Zhen-Duan, & Graham, 2016a; Lin et al., 2015b; Brandon Chen, Tai-Wai & Po-Lun Fung, Pui-Hing Wong, 2015). Estas barreras restringen el acceso a salud en los migrantes, quienes muchas veces optan por consultar tardíamente y atenderse sólo en situaciones de urgencia. En un estudio realizado con inmigrantes latinos en EE.UU., se encontró que esta población consulta más tarde por VIH debido a diversas barreras, por lo que comienzan el tratamiento cuando la enfermedad está más avanzada (Lee & Yu, 2019). En Chile se ha visto que las mujeres migrantes embarazadas llegan más tarde a los controles de embarazo que las mujeres chilenas (Cabieses et al., 2017a). Por lo tanto, los migrantes tienen menor acceso al sistema de salud (Cabieses et al., 2017b; Chi & Handcock, 2014a; Graetz, Rechel, Groot, Norredam, & Pavlova, 2017; Villarroel, 2015), lo que es compleja ya que un menor acceso se ha asociado a peores resultados en salud (Avila & Bramlett, 2013a; O'Donnell et al., 2016).

A pesar de lo anterior, en Chile no hay datos que den cuenta que los migrantes se enferman más. Si observamos datos de la CASEN 2015 encontramos que hay una menor proporción de personas en tratamiento médico en los últimos 12 meses (12,4% versus 25,6% de los chilenos) y menor reporte de enfermedad o accidente en los últimos 3 meses (17,1% versus 22,8% de chilenos) (Cabieses, Alarcón, Bernales, Astorga, & Martinez, 2018). Eso podría responder a una potencial mejor salud general de la población migrante internacional comparado con la chilena ("efecto de migrante sano") (Cabieses, Tunstall & Pickett, 2013) o a la sub-utilización de servicios de salud como consecuencia de las barreras de acceso y uso señaladas en el párrafo anterior. En la línea del efecto de migrante sano, la población migrante internacional reporta una mejor autopercepción de salud que la población local (Cabieses et al., 2018). De acuerdo a los Egresos Hospitalarios, la proporción de migrantes que egresa es de menos del 1% de la población total de egresados (Cabieses et al., 2018), lo cual no se condice con el porcentaje actual de migrantes en Chile que para el año 2017 era de 4,35% (Chile, 2018). Por

Último, en relación con las conductas de riesgo, si bien en EE.UU. se ha visto que para algunas enfermedades los hombres inmigrantes tienen más conductas de riesgo que los hombres estadounidenses, la mayoría de las conductas de riesgo se adquieren en el país de acogida (Mills et al., 2013). En este sentido, se ha planteado que el foco no sólo debe estar en las conductas individuales de riesgo, si no que en un entorno de riesgo en el que se mueven los migrantes (Rhodes & Simic, 2005). Por lo tanto, de acuerdo con la evidencia actual disponible en Chile y el mundo, se puede concluir que la idea acerca de que los migrantes tienen peores conductas de riesgo y por eso se enferman más no es verdadero.

CONCLUSIÓN:

La creencia de que los migrantes tienen más conductas individuales de riesgo para la salud y por eso se enferman más no está suficientemente fundamentada en la evidencia científica disponible. Más aun, es interesante observar la importancia de procesos de aculturación y asimilación que la población migrante experimenta a lo largo del tiempo, acercando sus estilos de vida individuales a aquellos propios de la población de destino. Esto hace que, por ejemplo, migrantes internacionales aumenten el consumo de alcohol, de dieta rica en grasa, de sedentarismo y de poco ejercicio físico como proceso natural de acomodación al país de destino, en especial cuando es un país de altos ingresos con patrones epidemiológicos propios de riesgo para el desarrollo de condiciones crónicas de salud.

Se recomienda establecer mecanismos y estrategias efectivas y sensibles culturalmente de protección y promoción de estilos de vida individual saludables para todas las poblaciones, independiente de país de origen o cualquier otra condición sociocultural, política o económica.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#3 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("individual risk behaviors" OR "health behaviors"[Mesh] OR "risky behavior" OR "risky behaviours")

15 de mayo del 2019: 45 hits

Tabla 4. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
Avila, R.	2013	Avila, R. M., & Bramlett, M. D. (2013a). Language and immigrant status effects on disparities in Hispanic Children's health status and access to health care. <i>Maternal and Child Health Journal</i> , 17(3), 415-423. https://doi.org/10.1007/s10995-012-0988-9	Calcular las disparidades de salud entre hispanos / no hispanos y evaluar en qué medida las disparidades se pueden explicar por el estatus de inmigrante y el idioma primario del hogar.
Cabieses, B	2018	Cabieses, B., Alarcón, A., Bernales, M., Astorga, S., & Martínez, F. (2018). Informe Final Estudio Licitación Sistematización y Evaluación del Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes (Organización Internacional para las Migraciones & Universidad del Desarrollo, Ed.). Santiago: Ministerio de Salud de Chile.	Sistematizar y evaluar Piloto Nacional de Salud de inmigrantes llevado a cabo en Chile
Cabieses, B	2017	Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre. (2017a). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas (1.a ed.). Recuperado de http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migración_internacional.pdf	Este libro intenta ser un aporte al conocimiento disponible en Chile en la actualidad, y co-construir, junto con principales actores en la temática migratoria y su relación con salud, recomendaciones y lineamientos urgentes para instalar en políticas y prácticas en esta materia, con perspectiva de derecho, equidad, inclusión, determinación social, y participación social en salud
Chi, J.T	2014	Chi, J. T., & Handcock, M. S. (2014b). Identifying Sources of Health Care Underutilization Among California's Immigrants. <i>Journal of Racial and Ethnic Health Disparities</i> , 1(3), 207-218. https://doi.org/10.1007/s40615-014-0028-0	Determinar si las diferencias de atención de salud entre inmigrantes recientes y no recientes son estadísticamente significativas e identificar los principales impulsores de estas diferencias de atención.
Davies, A.	2010	Davies, A. A., Mosca, D., & Frattini, C. (2010). Migration and health service delivery. <i>World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation</i> , 46(3), 5-7	Este documento presenta iniciativas que promueven la migración circular de profesionales de la salud de la diáspora para contribuir a la prestación de servicios de salud y al desarrollo de capacidades en sus países de origen
Fang, M.L	2015	Fang, M. L., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mountian, I., & Shahrin, A. (2015). Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and	Explorar la salud y las experiencias de atención de solicitantes de asilo, refugiados y personas sin estatus legal, somalíes e iraquíes, destacando los procesos de "minorización" y "patologización" de la diferencia como lentes analíticos para comprender las variadas capas de

		Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. BMC Public Health, 15(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2279-z	opresión que contribuyen a las desigualdades en la salud.
Graetz, V.	2017	Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M., & Pavlova, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe - A systematic literature review. British Medical Bulletin, 121(1), 5-18. https://doi.org/10.1093/bmb/ldw057	Se revisó la evidencia empírica acerca de la utilización de los servicios de atención médica por los migrantes en Europa, y sobre las diferencias en la utilización de los servicios de salud entre migrantes y no migrantes en los países europeos
Jacquez, F.	2016	Jacquez, F., Vaughn, L., Zhen-Duan, J., & Graham, C. (2016). Health Care Use and Barriers to Care among Latino Immigrants in a New Migration Area. Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 27(4), 1761-1778. https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0161	Comprender el uso de la atención médica, sus barreras, percepciones y necesidades de atención de la salud, de inmigrantes latinos, a través de la colaboración de investigadores en un proyecto de investigación participativa basada en la comunidad, para guiar el desarrollo de servicios de atención médica apropiados.
Lee, J. J	2019	Lee, J. J., & Yu, G. (2019). HIV Testing, Risk Behaviors, and Fear: A Comparison of Documented and Undocumented Latino Immigrants. AIDS and Behavior, 23(2), 336-346. https://doi.org/10.1007/s10461-018-2251-x	Comparar las características sociodemográficas, los comportamientos respecto al test del VIH, los comportamientos de riesgo, y el miedo al test del VIH entre los inmigrantes Latinos documentados y los indocumentados
Lin, L	2015	Lin, L., Brown, K. B., Yu, F., Yang, J., Wang, J., Schrock, J. M., ... Wong, F. Y. (2015). Health Care Experiences and Perceived Barriers to Health Care Access: A Qualitative Study Among African Migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. Journal of immigrant and minority health, 17(5), 1509-1517. https://doi.org/10.1007/s10903-014-0114-8	Evaluar las experiencias de atención médica y las barreras percibidas para su acceso, entre los migrantes africanos en Guangzhou, China, a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas y grupos focales.
Mills, J	2013	Mills, J., Burton, N., Schmidt, N., Salinas, O., Hembling, J., Aran, A., ... Kissinger, P. (2013). Sex and drug risk behavior pre- and post-emigration among Latino migrant men in post-Hurricane Katrina New Orleans. Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health, 15(3), 606-613.	Examinar si cuatro conductas seleccionadas de riesgo de VIH y drogas (es decir, patrocino de trabajo sexual en mujeres, encuentros con personas del mismo sexo, consumo de cocaína crack y consumo excesivo de alcohol semanalmente) se adoptaron antes o después de la emigración.

		https://doi.org/10.1007/s10903-012-9650-2	
O'Donell, C.A	2016	O'Donnell, C. A., Burns, N., Mair, F. S., Dowrick, C., Clissmann, C., van den Muijsenbergh, M., ... MacFarlane, A. (2016). Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. <i>HealthPolicy</i> , 120(5), 495-508. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012	Explorar el papel potencial de la atención primaria para mitigar las barreras de acceso y uso a servicios de salud por parte de población migrante, e identificar formas en que las políticas y los sistemas de atención de la salud pueden influir en la capacidad de la atención primaria para satisfacer las necesidades de los migrantes vulnerables y marginados
Rhodes, T	2005	Rhodes, T., & Simic, M. (2005). Transition and the HIV risk environment. <i>BMJ</i> , 331, 220-223. https://doi.org/10.1136/bmj.331.7510.220	Sugerir el concepto de entorno de riesgo como una forma de analizar el efecto de los cambios sociales, económicos y políticos abruptos y de gran escala en Europa oriental y los Balcanes occidentales sobre la propagación del VIH y mostrar cómo se puede utilizar para planificar una respuesta.
Villarroel	2015	Villarroel, N. (2015). Different Patterns in Health Care Use Among Immigrants in Spain. <i>Journal of Immigrant and Minority Health</i> . https://doi.org/10.1007/s10903-015-0202-4	Analizar las diferencias en el uso de atención primaria, hospital y servicios de emergencia entre personas nacidas en España e inmigrantes.
Y.Y Brandon Chen	2015	.Y. Brandon Chen, JD, MSW Alan Tai-Wai Li, M., & Kenneth Po-Lun Fung, MD, MSc Josephine Pui-Hing Wong, RN, MScN, P. (2015). Improving Access to Mental Health Services for Racialized Immigrants, Refugees, and Non-Status People Living with HIV/AIDS. <i>Journal of Health Care for the Poor and Undeserved</i> , 26, 505-518.	Explorar los comportamientos de búsqueda de servicios de salud mental de las personas que tienen VIH y son migrantes, refugiados o sin estatus racial, y sus experiencias de utilización de servicios y sugerencias para mejorar el servicio

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 3

Los haitianos están todos infectados

La catalogación del colectivo haitiano como un grupo portador de enfermedades como el VIH, la TB y el cólera, se ha convertido en uno de los principales estigmas que afecta a este grupo en la actualidad (McSwiggin, 2017). Se conoce, por ejemplo, una mayor prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas como VIH y TB en Haití comparado con otros países de la región (Nesheim et al, 2018; Seay et al, 2017). También se ha descrito una notificación tardía de estos grupos en países de destino en comparación con la población local (Cyrus et al, 2018) y una menor retención en el cuidado formal (Cyrus et al., 2017). Estas diferencias de patrones epidemiológicos generan con frecuencia la idea de “riesgo” de parte de este colectivo en su conjunto, restringiendo la comprensión de la variabilidad que siempre existe a nivel individual. Uno de los aspectos más preocupantes de la identificación de los grupos migrantes, y en específico haitianos, con las cifras de enfermedades infecciosas, corresponde a la invisibilización del contexto en que dichas enfermedades aparecen y se desarrollan, limitando la posibilidad de comprender el fenómeno de la salud, el rol de la salud pública y las mejoras sobre la problemática de las enfermedades transmisibles (Farmer, 1996; McSwiggin, 2017). Tal como sostiene Paul Farmer de la Universidad de Harvard, y quien dedicó parte importante de su carrera al estudio de las infecciones y enfermedades emergentes, la desigualdad como fenómeno social posee un papel determinante en la patogenicidad a escala global y aún falta mucho por avanzar en esta materia para su adecuado manejo y control (Farmer, 1996).

Como afirma Farmer, la investigación de la medicina social destaca porque: “los factores responsables incluyen cambios ecológicos, como los debidos al desarrollo agrícola o económico o a anomalías en el clima; cambios demográficos humanos y comportamiento; viajes y comercio; tecnología e industria; adaptación y cambio microbiano; y desglose de las medidas de salud pública... (2:260)”. Sin embargo, muchas veces desde la sociedad y sobre todo desde la arena política, las causas y explicaciones de tipo social y cultural quedan menos visibles frente a la preferencia por la cuantificación y la prevalencia, en especial de ciertas dimensiones de tipo individual y por sobre aquellas contextuales o estructurales. Reflexionando sobre este punto, vemos que la cuantificación, más que tratarse de un conocimiento único y objetivo sobre el fenómeno de las infecciones, se ha convertido en un conocimiento preferido en relación con los otros saberes que se han obtenido en el estudio de la enfermedad y la salud. Por otro lado, dicha cuantificación ha permeado el debate político, social y moral y no exclusivamente “científico”, vislumbrando los riesgos de ignorar el escenario social amplio en que las cifras se insertan. Cuando las cifras sirven para justificar normativas fronterizas y migratorias de exclusión, como afirma Farmer y Chelsea McSwiggin, podríamos caer en la distorsión del sentido y dirección que damos como sociedad a la investigación en medicina y la ciencia, generando restricciones y barreras para el avance y progreso humano y social, bajo la premisa de establecer soluciones a estas problemáticas globales.

Farmer (1996) luego de un trabajo etnográfico transnacional de más de 7 años entre Haití y Estados Unidos, analizó de manera profunda el supuesto manejo tanto por la prensa cien-

tífica como por la opinión común que culpaba a Haití y a los haitianos como productores y mayores exportadores de VIH/SIDA a los Estados Unidos en los años ochenta. Valiéndose además de una lectura contextualizada de los datos epidemiológicos de la pandemia, Farmer arguye que Haití, una excolonia francesa, con una larga historia de violencia estructural e intervencionismo, adolece de ser en realidad una “víctima culpabilizada”. De acuerdo con la reconstrucción histórica y particular de esta enfermedad en Haití, el virus del VIH fue introducido en este país por hombres norteamericanos de clase acomodada y clientes del comercio sexual. Una revisión seria, entonces, de elementos históricos y contextuales amplios es esencial para la prevención del desarrollo de estigma y prejuicio hacia ciertas comunidades migrantes internacionales particulares, que siendo por muchos grupos objeto de desprecio y rechazo, son verdaderamente reflejo de procesos sociales internacionales de estratificación laboral, colonización, pobreza y exclusión a escala mundial (Farmer, 1996).

Para adoptar una mirada integral del fenómeno infeccioso es necesario incorporar factores sociales de gran escala, observando que aspectos como el riesgo de infección y el acceso a terapias se posicionan de manera desigual en y entre países cada vez más interconectados (Farmer, 1996). Se ha comprobado que la falta de acceso a servicios de salud básicos corresponden a una de las principales causas de aumento de la enfermedad, y no necesariamente producto de las acciones y voluntades meramente personales, o “conductas irresponsables”, que muchas veces se atribuyen a los grupos migrantes (Aibana et al., 2013; Farmer, 1996). El estudio realizado por Aibana y col. el 2013 obtuvo que la campaña de vacunación de cólera realizada por el Ministerio de Salud de Haití y otras instituciones, junto al componente educativo de la salud pública que allí tomó lugar, se asoció a un significativo incremento del conocimiento respecto a la transmisión dicha enfermedad en Haití y medidas preventivas en los 9.517 hogares en que la campaña se realizó. El estudio también constató una mejora significativa en las prácticas para la prevención de enfermedades transmitidas por el agua después de la campaña de vacunación, sugiriendo la falta de acceso a infraestructura de salud y educación en salud como variables relevantes en las tasas de contagio presentes en el país (Aibana et al., 2017).

CONCLUSIÓN:

La creencia de que los haitianos están todos infectados de manera inequívoca es arriesgada, pues no reconoce la inherente variabilidad de perfiles de riesgo y de enfermedad que existe a nivel individual en cualquier sociedad. Haití es un país de bajo ingreso que ha sufrido de colonización y explotación, y que debe observarse en su verdadera realidad histórica y cultural.

Se recomienda avanzar en la comprensión de las características históricas, culturales y socio-políticas de Haití que impactan en su salud poblacional, así como de las características de su sistema de salud formal y de sus procesos de cuidado informal de origen general vuduista. El trabajador de salud tiene el desafío de revisar sus propios supuestos y creencias en torno a la población migrante internacional haitiana que atiende, de manera de promover espacios de encuentro intercultural en salud que eviten el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. Por ejemplo, se deben cuestionar ideas referidas a que toda persona migrante haitiana, por el solo hecho de haber nacido en ese país, es portador seguro de enfermedades infecciosas.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#4 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("Disease Transmission, Infectious" [Mesh] OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh] OR "infection" OR "infections" OR "TB" OR "tuberculosis" OR "HIV" OR "HIV/AIDS" OR "AIDS" OR "infectious") AND ("Haiti" OR "Haitians")

14 de mayo del 2019: 20 hits

Tabla 5. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
Aibana O	2013	Aibana , O., Franke, M., Teng, J., Hilaire, J., Raymond, M., Louise, C., & Ivers, L. (2017). Cholera Vaccination Campaign Contributes to Improved Knowledge Regarding Cholera and Improved Practice Relevant to Waterborne Disease in Rural Haiti. <i>PLOS Negl Trop Dis</i> , 7(11). Recuperado de https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0002576&type=printable	El objetivo es evaluar el impacto de una campaña de vacunación oral para el cólera, para el conocimiento del cólera y las prácticas de salud relacionadas con las enfermedades transmitidas por el agua en las zonas rurales de Haití.
Elena Cyrus	2018	Cyrus, E., Sheehan, D. M., Fennie, K., Sanchez, M., Dawson, C. T., Cameron, M., . . . Jo Trepka, M. (2018). Delayed Diagnosis of HIV among Non-Latino Black Caribbean Immigrants in Florida 2000–2014. <i>Journal of Health Care for the Poor and Underserved</i> , 29(1), 266–283. https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0019	El objetivo del estudio fue examinar las tasas de diagnóstico diferido de VIH entre los inmigrantes no hispanohablantes, negros provenientes del Caribe, en el Sur de Florida. Se identifican los factores asociados con el diagnóstico tardío (diagnóstico de SIDA dentro de los 3 meses posteriores a un diagnóstico de VIH) entre los grupos de inmigrantes antes señalados.
Elena Cyrus	2017	Cyrus, E., Dawson, C., Fennie, K., Sheehan, D., Mauck, D., Sanchez, M., . . . Trepka, M. (2017). Disparity in Retention in Care and Viral Suppression for Black Caribbean-Born Immigrants Living with HIV in Florida. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 14(3), 285. https://doi.org/10.3390/ijerph14030285	El objetivo del estudio fue evaluar las disparidades en la no retención en la atención del VIH y la supresión no viral entre los inmigrantes no hispanos del Caribe Negro que viven con el VIH en Florida.
Farmer, P	1996	Farmer, P. (1996). Social inequalities and emerging infectious diseases. <i>Emerging Infectious Diseases</i> , 2(4), 259-269.	La publicación habla sobre la importancia de examinar la contribución de las desigualdades sociales en la aparición de enfermedades. Estas desigualdades han esculpido poderosamente no solo la distribución de enfermedades infecciosas, sino también el curso de estas enfermedades en quienes la padecen. Los brotes de ébola, SIDA y tuberculosis sugieren que los modelos de emergencia de enfermedades deben ser dinámicos, sistémicos y críticos.

Chelsea Cormier McSwiggin	2017	McSwiggin, C. (2017). Moral Adherence: HIV Treatment, Undetectability, and Stigmatized Viral Loads among Haitians in South Florida. <i>Medical Anthropology</i> , 36(8), 714-728. https://doi.org/DOI:10.1080/01459740.2017.1361946	Realizar un análisis respecto al estigma relacionado con la detectabilidad de la carga viral sanguínea, entre personas haitianas con VIH / SIDA, a través de un estudio de caso donde se reflexiona sobre los impactos potenciales de este discurso moralizador en aquellos que se encuentran en estos nuevos márgenes de exclusión. Ilustrando las consecuencias significativas del estigma de la detectabilidad, revelando el alcance notablemente largo de las intervenciones clínicas y los valores en la vida social.
Steven R. Nesheim	2018	Nesheim, S. R., Linley, L., Gray, K. M., Zhang, T., Shi, J., Lampe, M. A., & FitzHarris, L. F. (2018). Country of birth of children with diagnosed HIV infection in the United States, 2008-2014. <i>JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes</i> , 77(1), 23-20. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001572	Con el fin de comprender mejor la contribución del lugar de nacimiento a la epidemiología de la infección por VIH diagnosticada en niños, los investigadores analizaron los datos del Sistema Nacional de Vigilancia del VIH (NHSS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).
Julia Seay	2017	Seay, J., Mandigo, M., Hew, K., & Kobetz, E. (2017). Vaginal Infections in Haitian Immigrant Women Living in Miami, Florida. <i>Journal of Health Care for the Poor and Underserved</i> , 28(3), 1141-1150. https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0102	Caracterizar la candidiasis vulvovaginal (VC), tricomonas vaginalis (TV) y vaginosis bacteriana (BV) entre las mujeres haitianas que viven en Miami para identificar los factores que contribuyen a la disparidad del cáncer cervical en esta población.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 4

A los migrantes les gusta vivir hacinados y por eso se enferman más

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la vivienda inadecuada y el hacinamiento son uno de los mayores factores de riesgo en la transmisión de patologías con potencial epidémico, tales como las infecciones respiratorias agudas, la meningitis y la fiebre tifoidea, entre otras; siendo los brotes de enfermedad más frecuente y más graves mientras más alta es la densidad poblacional (World Health Organization, 2016). En distintas partes del mundo se han constatado las condiciones de hacinamiento en que se encuentran migrantes desplazados en campamentos informales, albergues y centros de acogida que representan sistemas de recepción fallidos, condiciones que pueden exacerbar sus problemas de salud (Blitz, d'Angelo, Kofman, & Montagna, 2017; Tafuri et al., 2011; Valin et al., 2005). Así también, un estudio en Grecia que buscó describir el perfil de enfermedades transmisibles en migrantes recién llegados, y para lo cual examinó 6.899 migrantes, concluyó que la población migrante que cruza las fronteras en general se encuentra en buenas condiciones de salud, pero se encuentran expuestos con alto riesgo a enfermedades transmisibles dadas las condiciones de hacinamiento en las que viven en el país de acogida (Eonomopoulou, Pavli, Stasinopoulou, Giannopoulos, & Tsiodras, 2017).

Se ha visto que migrantes en los países de destino suelen encontrarse expuestos a factores de riesgo de adquisición o reactivación de infección de tuberculosis, tales como la pobreza, las desigualdades sociales, las condiciones de vida estresantes, la desnutrición, el hacinamiento y el acceso limitado a servicios de salud (Zammarchi, Bartalesi, & Bartoloni, 2014). Un estudio realizado en la India sobre 983 pacientes con tuberculosis observó un indicador crucial de hacinamiento como lo es el número de personas por habitación. El estudio mostró que la mayoría de los casos residía con 3 a 5 personas por habitación, mientras que la mayoría de los controles residía con menos de 3 personas por habitación; concluyendo que el número de personas por habitación como medida de hacinamiento tenía una asociación significativa con los casos de tuberculosis (Kapoor, Deepani, Dhall, & Kapoor, 2016). Adicionalmente, un estudio realizado en Brasil que correlacionó las muertes por tuberculosis con diversas variables, encontró una asociación significativa entre el hacinamiento en el hogar y las muertes por tuberculosis (Antunes & Waldman, 2001).

En Chile, de acuerdo con la encuesta CASEN del año 2017, el 12,9% de los hogares de población migrante internacional, presenta hacinamiento medio, en contraste con el 4,3% de los hogares de la población nacida en Chile. El 4,9% de los hogares de migrantes presenta hacinamiento alto, mientras que solo el 1% de los hogares de nacidos en el país presenta dicha situación. Finalmente, el 2,8% de los hogares de la población migrante se encuentra en hacinamiento crítico, de más de cinco personas por dormitorio, en comparación con el 0,6% de los hogares de nacidos en Chile. En total, un 20,6% de los hogares de migrantes se encuentra en situación de hacinamiento en cualquiera de sus categorías, constituyendo una brecha estadísticamente significativa al ser el 5,8% el total de hogares de nacidos en Chile los que se encuentran en situación de hacinamiento (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

No existe ningún estudio en la actualidad, al menos en Chile, que documente que la población migrante desea o disfruta del vivir en situación de hacinamiento. Muy por el contrario, algunos estudios de tipo cualitativo realizados en nuestro país han sugerido que las pobres condiciones de vida y en particular el hacinamiento es de gran preocupación para la población extranjera que es sometida a esta situación (Bernaldes et al., 2018; Cabieses, Alarcón, Bernaldes, Astorga, & Martínez, 2018). Así, relatos de inmigrantes indican que el vivir en situación de hacinamiento, con familias completas en un solo dormitorio, los exponen a mayor contagio de enfermedades, mal dormir, riesgos de accidentes en los menores de edad e incluso riesgo de violencia y abuso físico y sexual. Las condiciones inadecuadas de vida son una preocupación real por parte de la población migrante internacional, de la autoridad sanitaria en Chile y de grupos de académicos y colectivos migrantes de diverso origen, pero que no ha logrado modificarse en forma profunda en la última década. Este aspecto de determinación social de la salud persiste como uno de los menos atendidos y de los más críticos a la hora de prevenir enfermedades infecciosas entre migrantes y en la población en su conjunto. Ignorarlo es, en definitiva, ignorar las bases de la salud pública de Chile y su largo recorrido en saneamiento básico y medidas esenciales de habitabilidad que han protegido la salud de todos en nuestro país.

Por último, es relevante señalar que la evidencia internacional discute que estrategias de control de enfermedades infecto contagiosas, tales como tuberculosis, actualmente han estado principalmente enfocadas en la detección y vigilancia dirigida a migrantes. No obstante, su efectividad puede ser cuestionable, dado el cúmulo de evidencia que ha mostrado que migrantes se encuentran bajo mayor riesgo de reactivación de la tuberculosis a causa de factores de riesgo tales como la pobreza, la desnutrición y el hacinamiento, más allá de la condición social de ser migrante internacional. Estas condiciones de vida están determinadas por el país de acogida y, por lo tanto, es el país de acogida quien debe promover espacios de vida que promuevan la dignidad, la salud y el bienestar de cualquier persona. Una política de prevención de la tuberculosis efectiva debería tener un fuerte énfasis en el abordaje de los mencionados determinantes de la salud (Reitmanova & Gustafson, 2012).

CONCLUSIÓN:

La creencia de que a los migrantes internacionales les gusta vivir hacinados y por eso se enferman más no tiene sustento empírico real. Tanto en Chile como en el mundo, las condiciones de habitabilidad de la población migrante internacional es resultado de procesos de integración o exclusión de parte del país de acogida, que deben ser vigilados y cuestionados cuando ponen en riesgo la dignidad y la salud de cualquier ser humano, independiente de su país de origen.

Se recomienda reincorporar en toda anamnesis que se realice por parte de trabajadores de la salud en Chile hacia migrantes internacionales, preguntas referidas a el proceso migratorio y a condiciones de habitabilidad, incluyendo hacinamiento en todas sus categorías. Toda vez que se detecten condiciones de hacinamiento, estas debieran ser referidas a trabajador social para su evaluación formal y derivación a mecanismos de protección social que estén instalados en nuestro país. Solo por medio del diagnóstico y derivación de estas condiciones de vida es que como país podremos poner en alarma a autoridades relacionadas y combatir, en favor de la protección de la salud de toda nuestra sociedad.

Se recomienda, además, la invitación libre y voluntaria a personas migrantes que vivan en hacinamiento y presenten síntomas de riesgo (tos por más de dos semanas, múltiples parejas sexuales sin medidas de protección, entre otras) a que se realicen exámenes para la detección de enfermedades infecciosas como VIH/SIDA y TB. Estos deberán realizarse en escenarios de protección de la confidencialidad y de respeto a la diversidad social y cultural, que promuevan el encuentro intercultural efectivo en salud y aseguren la adherencia a tratamiento y seguimiento de quienes presenten estas condiciones.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#5 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("Disease Transmission, Infectious" [Mesh] OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh] OR "infection" OR "infections" OR "TB" OR "tuberculosis" OR "HIV" OR "HIV/AIDS" OR "AIDS" OR "infectious") AND ("overcrowding" OR "overcrowded" OR "poor living standards" OR "absolute poverty" OR "poor housing" OR "poor housing conditions")

14 de mayo del 2019: 19 hits

Tabla 6. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
José Leopold FerreiraAntunes	2001	Antunes, J. L. F., & Waldman, E. A. (2001). The impact of AIDS, immigration and housing overcrowding on tuberculosis deaths in São Paulo, Brazil, 1994–1998. <i>Social Science & Medicine</i> , 52(7), 1071-1080. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00214-8	Describir la distribución de la mortalidad por tuberculosis, por área en el municipio de Sao Paulo, Brasil, desde 1994 hasta 1998, y evaluar su asociación estadística con distintas características de la población
Margarita Bernales	2018	Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., Chepo, M., Flaño, J., & Obach, A. (2018). Social determinants of the health of international migrant children in Chile: qualitative evidence. <i>Salud Publica De Mexico</i> , 60(5), 566-578. https://doi.org/10.21149/9033	Explorar los determinantes sociales de la salud de niños migrantes, a partir de las percepciones de cuidadores y trabajadores/autoridades de salud en las zonas con mayor densidad de población migrante en Chile
Brad K Blitz	2017	Blitz, B. K., d'Angelo, A., Kofman, E., & Montagna, N. (2017). Health Challenges in Refugee Reception: Dateline Europe 2016. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 14(12). https://doi.org/10.3390/ijerph14121484	Este artículo considera la salud física y mental de los solicitantes de asilo en tránsito y analiza cómo el cierre de fronteras ha generado riesgos de salud para las poblaciones en centros de recepción reconocidos en Sicilia y en Grecia. Se aplicó una encuesta en Grecia y en Sicilia y se complementó con entrevistas en profundidad con migrantes e informantes clave, incluidos representantes de oficinas gubernamentales, agencias humanitarias y de socorro, ONG y organizaciones activistas, con el fin de ofrecer un análisis de los sistemas de recepción en los dos estados de primera línea.
Báltica Cabieses	2018	Cabieses, B., Alarcón, A., Bernales, M., Astorga, S., & Martínez, F. (2018). Informe Final Estudio Licitación Sistematización y Evaluación del Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes. Santiago: Organización Internacional para las Migraciones; Universidad del Desarrollo.	Sistematizar y evaluar Piloto Nacional de Salud de inmigrantes llevado a cabo en Chile.
Assimoula Eonomopoulou	2017	Eonomopoulou, A., Pavli, A., Stasinopoulou, P., Giannopoulos, L. A., & Tsiodras, S. (2017). Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek-Turkish borders. <i>Journal of Infection and Public Health</i> , 10(2), 177-184.	Describir el perfil de enfermedades transmisibles y patrones de vacunación en los migrantes recién llegados mediante un sistema de vigilancia basado en los datos de los registros médicos y en los procedimientos de detección.

		https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.04.012	
AK Kapoor	2016	Kapoor, A. K., Deepani, V., Dhall, M., & Kapoor, S. (2016). Pattern of socio-economic and health aspects among TB patients and controls. <i>Indian Journal of Tuberculosis</i> , 63(4), 230-235. https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2016.09.011	Evaluar factores socioeconómicos y de salud que afectan a pacientes con tuberculosis y a su control, en Delhi, India
Ministerio de Desarrollo Social	2017	Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Inmigrantes. Síntesis de Resultados. Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2017. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollsocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf	Caracterizar a la población inmigrante internacional a través de los resultados de la encuesta de caracterización socioeconómica aplicada el año 2017.
S Reitmanova	2012	Reitmanova, S., & Gustafson, D. (2012). Immigrant Tuberculosis Control in Canada: From Medical Surveillance to Tackling Social Determinants of Health. <i>J Immigr Minor Health</i> , 14(1), 6-13.	Indagar sobre el control de la tuberculosis en inmigrantes en Canadá desde un enfoque de determinantes sociales de la salud
S Tafuri	2011	Tafuri, S., Martinelli, D., Melpignano, L., de Palma, M., Quarto, M., & Prato, R. (2011). Tuberculosis screening in migrant reception centers: Results of a 2009 Italian survey. <i>Am J Infect Control</i> , 39(6), 495-499.	Indagar sobre presencia de tuberculosis en centros de recepción y asilo para migrantes, a través de los resultados obtenidos a través la aplicación de una encuesta en Italia el 2009.
N Valin	2005	Valin, N., Antoun, F., Chouaïd, C., Renard, M., Dautzenberg, B., Lalande, V., ... Decludt, B. (2005). Outbreak of tuberculosis in a migrants' shelter, Paris, France, 2002. <i>Int J TubercLungDis</i> , 9(5), 528-533.	Investigar un brote de tuberculosis en un refugio para migrantes en París en el 2002, para identificar una fuente común de contaminación y prevenir una mayor transmisión.
World Health Organization	2016	World Health Organization. (2016). What are the health risks related to overcrowding? Recuperado 23 de abril de 2019, de World Health Organization (WHO) website: http://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/qa/emergencies_qa9/en/	Describir los riesgos para la salud relacionados con el hacinamiento.
Lorenzo Zammarchi	2014	Zammarchi, L., Bartalesi, F., & Bartoloni, A. (2014). Tuberculosis in Tropical Areas and Immigrants. <i>Mediterr J HematolInfectDis</i> , 6(1). Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4063601/	Ofrecer una visión general de las características históricas, epidemiológicas, clínicas y microbiológicas y las estrategias de control recientes de la tuberculosis en países tropicales y poblaciones de migrantes, a través de una revisión de literatura.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 5

País de origen es un determinante inequívoco de enfermedades infecciosas

Considerar el país de origen como un dato de anamnesis que permita atribuir mayor o menor riesgo de ciertas enfermedades infecciosas es al menos impreciso. A nivel poblacional, existen estadísticas que permiten encasillar a los países en cierta realidad epidemiológica, sin embargo, existen a nivel individual factores de riesgo que pueden entregar mucha más información respecto al riesgo individual de esa persona de tener ciertas enfermedades infecciosas. Esto se conoce como “falacia ecológica” y describe casos en lo que se incurre en el error sistemático de atribuir una característica, atributo o resultado de salud a un individuo a partir de información que es de naturaleza agregada. Los patrones generales epidemiológicos son esenciales para la vigilancia en salud y para la planificación sanitaria, pero siempre presentan limitaciones de al menos dos tipos. Primero, al ser datos muestrales y no censales incurren en un margen de error -habitualmente aceptable y conocido- respecto de la realidad que buscan describir o predecir. Segundo, sus parámetros o estimadores puntuales promedio no dan cuenta de la enorme variabilidad que existe asociado a ese valor. Incluso para el caso de estimaciones promedio que provienen de fuente de datos de tipo individual, dicho promedio también tiene en torno a sí una incerteza (en general entendida como intervalo de confianza al 95%) que puede no representar a todos a quienes se consideran dentro de ese promedio poblacional. Así, lo poblacional se representa en lo individual como una probabilidad de riesgo, no como una certeza, tal y como lo denotaba Rose (2001) al señalar “La etiología enfrenta dos cuestiones distintas: los determinantes de los casos individuales y los determinantes de la tasa de incidencia... (Rose, 2001) ¿Por qué algunas personas tienen hipertensión?” Es una pregunta muy diferente de “¿Por qué algunas poblaciones tienen mucha hipertensión, mientras que en otras es rara?”. Las preguntas requieren diferentes tipos de estudio, y tienen diferentes respuestas.”(Rose, 2001)

Es importante revisar si existe una verdadera asociación entre país de origen per se y enfermedad infecciosa. En términos generales, un estudio chileno del 2013 (Cabieses, Tunstall, & Pickett, 2013) evaluó el efecto de “migrante sano”, que hace referencia al autoreporte de un mejor estado de salud de los migrantes respecto a la población nacional. No obstante, es interesante subrayar que, si bien la población migrante en su totalidad mostró mejores condiciones de salud que la población chilena, al ajustar por estatus socioeconómico, se observó que aquellos migrantes más pobres tenían peor estado de salud. En este caso, conocer el nivel socioeconómico de la persona, y su experiencia de vulnerabilidad social en el proceso migratorio, nos entrega información útil respecto de los riesgos a los que están expuestos esos migrantes (Cabieses, 2014), más allá que aquello que el patrón general de salud y enfermedad nos puede sugerir en su promedio poblacional, incluyendo por ejemplo país de origen como variable irrefutable.

El comportamiento de la tuberculosis en migrantes es probablemente la patología infecciosa más estudiada en este grupo de personas. Existe evidencia nacional que propone que los migrantes mantienen en países de destino la incidencia de enfermedades de sus países de origen, y los principales países de origen de migrantes que llegan a Chile tienen tasas de

tuberculosis muy superiores a las de Chile. Esto haría presuponer que el estatus de migrante constituye un factor de riesgo mayor para presentar tuberculosis si quienes migran provienen de países de mayor prevalencia que el de destino. Un estudio realizado en la Región Metropolitana el año 2010 (García C, 2010) y col.) analizó los factores de riesgo clásicos asociados a tuberculosis estimando su importancia en la región y concluyó que los principales factores de riesgo fueron la coinfección con VIH (OR= 29 [IC 95%; 22,7-37]), personas privadas de libertad (OR= 15,7 [IC 95%; 11,4-21,6]) y personas viviendo en situación de calle (OR= 15,6 [IC 95%; 8,1-30,1]). Personas extranjeras también representaron un factor de riesgo significativo, pero con un OR considerablemente menor al de las condiciones anteriores (OR= 2,8 [IC 95%; 2,2-3,5]). Nuevamente, y reconociendo a la migración internacional como un determinante social de la salud adicional, la importancia de factores individuales de comorbilidad o condiciones de vida, de acuerdo con este estudio, parecen tener mucha mayor relevancia para estimar el riesgo individual de adquirir una enfermedad infecciosa comparado con el hecho de ser inmigrante. Algo similar ocurre con la infección por VIH, donde existen factores de riesgo individual muy claramente asociados a la infección como hombres que tienen sexo con hombres, uso de drogas endovenosas, presencia de otras infecciones de transmisión sexual, entre otros, que nos entregan más información que el país de origen respecto al riesgo de ese paciente de tener infección por VIH. Algunos estudios locales dan cuenta de la importancia de dimensiones sociales como región de residencia, pertenencia étnica y estilos de vida individuales para la adquisición de esta condición. Un estudio reciente de Alarcón y cols. da cuenta de esto a través de un estudio realizado en la ciudad de Temuco en el sur de Chile (Alarcón et al., 2018). En él, se encontraron diferencias significativas en un grupo de pacientes con VIH/SIDA según estas variables sociales para la adquisición y manejo de VIH/SIDA.

En suma, la idea de país de origen como una condición irrevocable de enfermedad infecciosa es arriesgada y puede conducir a conclusiones equivocadas que, en lugar de promover salud y bienestar, pueden promover estigma y discriminación. Es necesario, al momento de evaluar el estado de salud de un paciente migrante internacional, rescatar antecedentes no solo migratorios generales para comprender su trayectoria y situación actual, sino muy especialmente, variables de riesgo social y económico que nos entregarán información vital respecto a sus riesgos en salud.

CONCLUSIÓN:

La creencia de que país de origen es un determinante inequívoco de enfermedades infecciosas debe ser cuestionado a la luz de la evidencia científica disponible. La idea de país de origen como una condición irrevocable de enfermedad infecciosa es arriesgada y puede conducir a conclusiones equivocadas que, en lugar de promover salud y bienestar, pueden promover estigma y discriminación.

Se recomienda, al momento de evaluar el estadio de salud de un paciente migrante internacional, la importancia de rescatar antecedentes no solo migratorios generales para comprender su trayectoria y situación actual, sino muy especialmente, variables de riesgo social y económico que nos entregarán información vital respecto a sus riesgos en salud.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#1 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("Disease Transmission, Infectious" [Mesh] OR "Infectious Disease Medicine"[Mesh] OR "infection" OR "infections" OR "TB" OR "tuberculosis" OR "HIV" OR "HIV/AIDS" OR "AIDS" OR "infectious")

14 de mayo del 2019: 11.011 hits

Tabla 7. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
Alarcón, AM	2018	Alarcón, A. M., Chahin, C., Muñoz, S., Wolff, M., & Northland, R. (2018). Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. <i>Rev Chilena Infectol</i> , 35(3), 276-282.	Describir el perfil de pacientes con infección por VIH/SIDA según etnia Mapuche y no Mapuche asociados a condiciones clínicas, factores socio-económicos y oportunidad terapéutica en pacientes de dos centros de atención de las regiones Araucanía y Metropolitana, en Chile
Cabieses, B	2013	Cabieses, Baltica, Tunstall, H., & Pickett, K. (2013). Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. <i>Revista médica de Chile</i> , 141(10), 1255-1265. https://doi.org/10.4067/S0034-98872013001000004	Probar la paradoja latina o efecto del "migrante sano" dentro de América Latina en Chile
Cabieses, B	2014	Cabieses, B. (2014). La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados en salud. <i>Value in Health Regional Issues</i> , 1-6.	Discutir la evidencia sobre la compleja relación entre la posición socioeconómica, la migración y los resultados de salud.
García, G. C	2010	García C, C. (2010). Tuberculosis en grupos de riesgo en la Región Metropolitana: 2008. <i>Revista chilena de enfermedades respiratorias</i> , 26(2), 105-111	Este artículo estima la importancia de los grupos de riesgo asociados a tuberculosis dentro de la Región Metropolitana de Chile en 2008.
Rose, G.	2001	Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. <i>International Journal of Epidemiology</i> , 30(3), 427-432. https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427	Discute desde aproximaciones teóricas las diferencias entre los determinantes individuales y los de incidencia (referente a los poblacionales) y se dialoga sobre sus aportes.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 6

Los migrantes no saben seguir indicaciones médicas y por eso los tratamientos con ellos se pierden

El acceso y uso de servicios de salud es un fenómeno complejo y multifactorial en cualquier nación y población de interés. En Chile existen múltiples estudios que han documentado que la población migrante internacional estaría en desventaja en el uso de distintas prestaciones de salud, tanto de nivel primario como de nivel secundario (Cabieses et al., 2018; Cabieses, Delgado, Bernal, & Obach, 2015; Cabieses et al., 2017; Markkula et al., 2018). Esto se observaría no solo por el posible efecto de migrante sano (menor necesidad de atención en salud), sino que estaría presente incluso ante igual necesidad de salud que la población local, lo que se conoce bajo el concepto de "inequidad horizontal" de uso de servicios de salud (acceso o uso diferenciado del sistema de salud ante las mismas necesidades de salud).

Una vez que el migrante logra superar diversas barreras que existen para acceder al sistema de salud (referidas a disponibilidad y accesibilidad a prestaciones de salud), se puede encontrar con nuevas barreras que influyen en cómo usará los servicios de salud (referidas a aceptabilidad y calidad de la atención). Dentro de este último grupo de barreras hay aquellas relacionadas a la atención directa de salud, o encuentro intercultural en salud, en donde el actuar del trabajador de la salud puede influenciar positiva o negativamente en la experiencia de uso del sistema de salud por parte del migrante internacional (Fang, Sixsmith, Lawthom, Mountian, & Shahrin, 2015). De esta forma, en todas aquellas atenciones de salud que se realicen desde el enfoque centrado en el paciente, la relación médico-paciente que se establezca cumple un rol preponderante en los resultados finales de salud (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). La forma en cómo se establece la relación entre el paciente y el médico puede llegar a tener implicancias en la salud física y psicológica del paciente, como describe extensamente la literatura internacional (Ahmed, Burt, & Roland, 2014; Street, 2013; Zill et al., 2014). Específicamente se ha observado que una buena relación médico-paciente se asocia con una mayor adherencia al tratamiento, resolución de síntomas, control del dolor, mejor salud emocional, menor ansiedad y mayor satisfacción en los pacientes (Donnon, Ansari, Alawi, & Violato, 2014; Roter, 2000; Street, 2013; Zill et al., 2014). En el médico y profesional de salud se ha observado mayor satisfacción, así como más seguridad en su forma de comunicación, menos errores médicos y por lo tanto, menos demandas por mal praxis (Maguire & Pitceathly, 2002; Zick, Granieri, & Makoul, 2007).

Al estudiar la relación entre el médico y el paciente migrante internacional, se ha observado que los inmigrantes presentan peor comunicación con sus médicos y menor continuidad de la atención que los pacientes nativos (Hanssens, Detollenaere, Hardyns, & Willems, 2016). Por lo tanto, un primer argumento para abordar el mito planteado es observar que la relación terapéutica es entre dos partes: el médico o trabajador de la salud, por un lado, y el paciente migrante, por el otro. En este sentido, culpabilizar al paciente migrante por no entender o no seguir la información que se le entrega en la atención de salud arriesga el no comprender la complejidad de la relación dialógica y dinámica entre dos actores y en una estructura de relación de poder en el espacio de la atención de salud que, por definición, es vertical

(Roter, 2000). El encuentro intercultural en salud está dado por la relación compleja entre -al menos- estos dos actores, quienes traen al espacio terapéutico su propio sistema de creencias, tradiciones, lenguaje y códigos, y que han sido construidos a lo largo de sus vidas. Este background cultural distinto y particular puede tensionarse o chocar entre el profesional de salud y el usuario inmigrante, especialmente cuando se observan diferencias en prácticas de salud que se han validado como correctas por parte del sistema de salud por siglos. Acercar al usuario migrante internacional a un espacio de (i) reconocimiento mutuo, (ii) valoración de la diferencia, (iii) intercambio de visiones sobre salud y enfermedad, y (iv) negociación terapéutica en salud, es necesario e ineludible en el encuentro intercultural en salud, pero del cual hoy los profesionales de salud cuentan con escasa información y entrenamiento, además de limitaciones de tiempo e infraestructura que atentan contra este diseño de atención en salud en nuestro país.

Un tema relevante de considerar como desafío a la relación y comunicación entre el médico o trabajador de la salud y el paciente migrante es la diferencia en el idioma o lenguaje, ya que incluso entre personas que hablan el idioma castellano puede haber diferencias en el uso de modismos propios de cada cultura. Este desafío representa una limitante importante en la comunicación entre el paciente y los equipos de salud, por lo que algunos estudios lo han identificado como una barrera de acceso (Jacquez, Vaughn, Zhen-Duan, & Graham, 2016; L. Lin et al., 2015). El tema se complejiza al considerar que las diferencias de idioma y lenguaje influyen sobre las inequidades en salud, lo que se traduce en peores resultados en salud para la población migrante (Avila & Bramlett, 2013). Entre otras consecuencias relevantes estudiadas es que los migrantes que comprenden el idioma o el lenguaje de manera limitada, presentan conocimientos de salud inadecuados para manejar la información de salud y, por lo tanto, navegar por el sistema de salud (Chi & Handcock, 2014; Tsai & Lee, 2016). Es decir, tienen baja literacidad en salud, concepto que hace referencia la educación en salud para pacientes, para que manejen un lenguaje similar a los equipos de salud y les permita una comprensión más acabada de su salud y enfermedad, lo que se ha evidenciado como limitada o menor en población migrante (Vissandjée, Short, & Bates, 2017).

Por otro lado, se ha observado que, además de diferencias en el idioma y lenguaje, las diferencias culturales entre los pacientes migrantes y los trabajadores de la salud también son una barrera para acceder y usar los servicios del sistema de salud (Lin et al., 2015). Por ejemplo, se ha observado que las diferencias étnicas y culturales representan un impedimento para la comunicación sobre sexualidad entre médicos y pacientes migrantes internacionales (Dees, 2018), lo que podría estar afectando la comunicación respecto de la prevención, detección y tratamiento del VIH en esta población. En el caso de la tuberculosis (TB), un estudio del 2017 encontró que las barreras idiomáticas y del lenguaje, así como la literacidad en salud y cultura representan factores de las atenciones en salud que influyen en la aparición de la TB en migrantes internacionales cuando llegan al país receptor, estudiado en países que presentan baja incidencia de TB (Lönnroth et al., 2017).

Por lo tanto, la relación del médico con los pacientes y sus familias debiera por caracterizarse por (i) la toma de decisiones compartida e igualitaria; (ii) el acuerdo mutuo respecto al plan

de tratamiento a través del diálogo; (iii) la exploración de los valores, expectativas y temores del paciente; (iv) el intercambio balanceado de información, ideas y preferencias (Rao, Anderson, Inui, & Frankel, 2007; Roter, 2000; Stewart, 1995). En Chile la atención centrada en el paciente está sustentada por la Ley 20.584, publicada en el año 2012. Esta Ley regula los derechos y deberes de los pacientes en su atención en salud, incluyendo el derecho a recibir un trato digno durante toda la atención y la entrega de información suficiente, oportuna, veraz y comprensible (Ministerio de Salud de Chile, 2012). La Ley se aplica para todos los pacientes, independiente de su origen y situación migratorio. Por lo tanto, en la atención a migrantes internacionales los trabajadores de salud tienen la tarea de hacer más accesible los servicios de salud para esta población (Rechel, Mladovsky, Ingleby, Mackenbach, & McKee, 2013). De esta manera, los trabajadores de la salud tienen la oportunidad de avanzar en la integración de los migrantes en el sistema de salud, utilizando un discurso de inclusión y cuidado al migrante que propicien atenciones de salud culturalmente pertinentes (Grove & Zwi, 2006). Asimismo, deben enfatizar el respeto por los derechos humanos de los migrantes en la atención en salud (Grove & Zwi, 2006), siguiendo también la Ley de derechos y deberes de los pacientes en Chile.

En la literatura internacional se proponen algunas estrategias para avanzar en la superación de las barreras culturales e idiomáticas, acercando la información en salud a los migrantes para aumentar la literacidad en salud en esta población (Rechel et al., 2013). En primer lugar, los equipos de salud, en todos sus niveles de atención, deben contar con formación en interculturalidad en salud. En segundo lugar, los centros de salud pueden contar con la presencia de trabajadores de la salud que cumplan funciones de facilitadores interculturales, que además de ser intérpretes lingüísticos, también medien entre los trabajadores de la salud y los pacientes, siempre y cuando cuenten con formación formal en el tema, tengan condiciones laborales adecuadas y conozcan con claridad el perfil de cargo y funciones asociadas (Rechel et al., 2013). Estas dos estrategias han surgido también como necesidades de la autoridad sanitaria, de los mismos migrantes y de los trabajadores de salud en Chile, como se observa en diversos estudios en el país (Bernales, Cabieses, McIntyre, & Chepo, 2017; Cabieses et al., 2018). De hecho, sustentado en la Política de Salud de Migrantes lanzada por el Ministerio de Salud de Chile en octubre del 2017, se reconoce la oportunidad de contar con facilitadores y/o mediadores interculturales para favorecer el encuentro intercultural efectivo, que acerque a migrantes internacionales a nuestro sistema de salud y promueva su integración y sentido de pertenencia.

CONCLUSIÓN:

La creencia de que los migrantes no saben seguir indicaciones médicas, y por eso los tratamientos con ellos se pierden, está basada en una observación restringida del encuentro intercultural en salud y no tiene verdadero fundamento empírico. La evidencia sugiere que modificar elementos del escenario de atención en salud, promover la educación que se les entrega y la capacidad del equipo de salud de acoger las experiencias, creencias y necesidades particulares de salud, tiene un poderoso efecto en la adherencia a indicaciones médicas y en la experiencia de calidad de atención por parte de esta población.

Se recomienda avanzar en la comprensión del encuentro intercultural en la atención directa en salud hacia migrantes internacionales, de tal forma que se reconozca el escenario completo donde este encuentro tiene lugar y todos sus actores clave, en particular personas migrantes y trabajadores de salud. Cada uno de ellos cuenta con su propio sistema de creencias, códigos, valores y prácticas en salud que impactan en la forma en la cual la atención directa de salud tiene lugar. Una forma concreta de mejorar el encuentro intercultural en salud con esta población es a través del reconocimiento de cada uno, en especial del trabajador de salud que es quien tiene la posición de poder en este encuentro, de sus propias creencias y prácticas, de manera de permitirse cuestionarlas y revisarlas, en favor de una aceptación y reconocimiento del usuario como otro que es experto en su propia realidad y experiencia de vida. Sumado a esto, es necesario dar un lugar, rol y función específica a los mediadores y facilitadores lingüísticos, quienes hoy aportan al sistema de salud sin clara definición de perfil ni entrenamiento. En síntesis, un encuentro intercultural efectivo es el paso necesario para la adherencia al sistema de salud y a cualquier tratamiento médico que se indique a personas migrantes internacionales y población general.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#6 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("cultural competency" OR "intercultural competency")
14 de mayo del 2019: 297 hits

Tabla 8. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
Faraz AimanaAhmed	2014	Aibana Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. <i>The Patient - Patient-Centered Outcomes Research</i> , 7(3), 235-241. https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5	En este estudio se consideró qué es la experiencia del paciente, cómo se mide, cómo se relaciona con otros aspectos de la calidad de la atención, y cómo se pueden usar e interpretar los datos de la experiencia del paciente en la atención.
Rosa M. Avila	2012	Avila, R. M., & Bramlett, M. D. (2013). Language and Immigrant Status Effects on Disparities in Hispanic Children's Health Status and Access to Health Care. <i>Maternal and Child Health Journal</i> , 17(3), 415-423. https://doi.org/10.1007/s10995-012-0988-9	El objetivo de este estudio es estimar las disparidades de salud entre hispanos / no hispanos y evaluar en qué medida estas pueden explicarse por el estatus de inmigrante y el idioma primario del hogar.
Bernales	2017	Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. <i>Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública</i> , 34, 167-175. https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.342.2510	Indagar en las percepciones de los trabajadores de salud primaria sobre los desafíos de atención de salud para la población migrante
Borrell-Carrió	2004	Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. <i>Annals of Family Medicine</i> , 2(6), 576-582. https://doi.org/10.1370/afm.245	Examinar críticamente y actualizar 3 áreas en las que el modelo biopsicosocial se ofreció como un "nuevo paradigma médico": 1. una visión del mundo que incluiría la experiencia subjetiva del paciente junto con datos biomédicos objetivos, 2. un modelo de causalidad más integral y naturalista, y 3. una perspectiva sobre la relación paciente-clínico que otorgaría más poder al paciente en el proceso clínico y transformaría el rol del paciente del objeto pasivo de investigación al sujeto y protagonista del acto clínico.
Cabieses	2017	Cabieses, Baltica, Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V., & Delgado, I. (2017). Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile. <i>Revista Chilena De Pediatría</i> , 88(6), 707-716. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707	Identificar brechas en los resultados de salud de los niños entre la población inmigrante y local en Chile
Cabieses	2015	Cabieses, B, Delgado, I., Bernales, M., & Obach, A. (2015). Access to Healthcare Among International Immigrants in Chile: Repeated Cross-	Explorar el derecho a la previsión de salud de los inmigrantes en Chile y los compararlo con los nacidos en Chile en 2006-2009-2011.

		Sectional Analysis of Casen Survey 2006-2009-2011. Value in Health, 18(7), A849. https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.422	
Cabieses	2018	Cabieses, B, Alarcón, A., Bernales, M., Astorga, S., & Martínez, F. (2018). Informe Final Estudio Licitación Sistematización y Evaluación del Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes. Santiago: Organización Internacional para las Migraciones; Universidad del Desarrollo.	Sistematizar y evaluar Piloto Nacional de Salud de inmigrantes llevado a cabo en Chile
Chi	2014	Chi, J. T., & Handcock, M. S. (2014). Identifying Sources of Health Care Underutilization Among California's Immigrants. Journal of Racial and Ethnic Health Disparities, 1(3), 207-218. https://doi.org/10.1007/s40615-014-0028-0	Estimar la probabilidad de acceder y utilizar los servicios de atención médica basados en factores relacionados con la inmigración después de controlar los factores de predisposición, habilitación y necesidad de atención médica. Determinar si las diferencias de atención de salud entre inmigrantes recientes y no recientes son estadísticamente significativas e identificar los principales impulsores de estas diferencias de atención.
Dees	2018	Dees, M. K. (2018). Sexuality and intercultural communication; stories from a general practice. NederlandsTijdschrift Voor Geneeskunde, 162.	Demstrar que la modestia, el interés, el respeto, la seguridad y la información adecuada son el punto de partida para la comunicación profesional sobre la sexualidad, a través de historias de la práctica clínica diaria. También teniendo en cuenta a pacientes con antecedentes étnicos, culturales y religiosos no occidentales
Donnon	2014	Donnon, T., Ansari, A. A., Alawi, S. A., &Violato, C. (2014). The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment. Academic Medicine, 89(3), 511-516. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000147	El propósito de este estudio fue realizar una revisión sistemática para investigar la confiabilidad, generalización, validez y factibilidad del uso de retroalimentación de fuentes múltiples para la evaluación de los médicos.
Fang	2015	Fang, M. L., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mountian, I., & Shahrin, A. (2015). Experiencing 'pathologized presence and normalized absence'; understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. BMC Public Health, 15(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2279-z	Explorar la salud y las experiencias de atención de solicitantes de asilo, refugiados y personas sin estatus legal, somalíes e iraquíes, destacando los procesos de "minorización" y "patologización" de la diferencia como lentes analíticos para comprender las variadas capas de opresión que contribuyen a las desigualdades en la salud.
Grove	2006	Grove, N. J., &Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs: Forced migration,	Explorar, utilizando la teoría de la "otredad", cómo se recibe a migrantes

		othering, and public health. <i>Social Science & Medicine</i> , 62(8), 1931-1942. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.061	forzados en países desarrollados, considerandolos implicancias para la salud pública. Identificandovarios mecanismos mediante los cuales los refugiados, solicitantes de asilo e inmigrantes irregulares se posicionan como "los otros" y se definen y tratan como separados, distantes y desconectados de las comunidades de acogida y como esto afecta en su salud.
Hanssens	2016	Hanssens, L., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. (2016). Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. <i>Int J PublicHealth</i> , 61(4), 443-454	Evaluar cómo los migrantes en Europa experimentan el acceso, tratamiento y los resultados de salud, en los sistemas de salud europeos.
Farrah Jacquez	2016	Jacquez, F., Vaughn, L., Zhen-Duan, J., & Graham, C. (2016). Health Care Use and Barriers to Care among Latino Immigrants in a New Migration Area. <i>Journal of Health Care for the Poor and Underserved</i> , 27(4), 1761-1778. https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0161	Comprender el uso de la atención médica, sus barreras, percepciones y necesidades de atención de la salud, de inmigrantes latinos, a través de la colaboración de investigadores en un proyecto de investigación participativa basada en la comunidad, para guiar el desarrollo de servicios de atención médica apropiados.
Lin	2015	Lin, L., Brown, K. B., Yu, F., Yang, J., Wang, J., Schrock, J. M., ... Wong, F. Y. (2015). Health Care Experiences and Perceived Barriers to Health Care Access: A Qualitative Study Among African Migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. <i>Journal of immigrant and minority health</i> , 17(5), 1509-1517. https://doi.org/10.1007/s10903-014-0114-8	Evaluar las experiencias de atención médica y las barreras percibidas para su acceso, entre los migrantes africanos en Guangzhou, China, a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas y grupos focales.
Lönnroth	2017	Lönnroth, K., Mor, Z., Erkens, C., Bruchfeld, J., Nathavitharana, R. R., van der Werf, M. J., & Lange, C. (2017). Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. <i>Int J Tuberc Lung Dis</i> , 21(6), 624-636. https://doi.org/info:doi/10.5588/ijtld.16.0845	Optimizar la atención y prevención de la tuberculosis en los migrantes de países endémicos a países de baja incidencia, a través de la propuesta de un marco para identificar posibles intervenciones de prevención y atención de la enfermedad antes, durante y después de la migración.
Maguire	2002	Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. <i>BMJ</i> , 325(7366), 697-700. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697	Presentar evidencia de que los médicos no logran una comunicación lo suficientemente asertiva con sus pacientes como deberían, y considerar las posibles razones de esto. Además, describir las habilidades esenciales para una comunicación efectiva y discutir cómo los médicos pueden adquirir estas habilidades

Ministerio de Salud	2002	Ministerio de Salud de Chile. (2012). Ley 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Recuperado 23 de abril de 2019, de Biblioteca del Congreso Nacional website: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348&idVersion=2012-10-01	Describir de la ley 20.484, que regula los derechos y deberes que tienen la personas en relación a su atención en salud.
Markkula	2018	Markkula, N., Cabieses, B., Lehti, V., Uphoff, E., Astorga, S., & Stutzin, F. (2018). Use of health services among international migrant children – a systematic review. <i>Global Health</i> , 16;14(1). Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956827/	Describir los patrones de uso de los servicios de salud de los niños migrantes internacionales y las diferencias con las poblaciones nativas respectivas.
Rao	2007	Rao, J., Anderson, L., Inui, T., & Frankel, R. (2007). Communication Interventions Make A Difference in Conversations Between Physicians and Patients. <i>Medical Care</i> , 45(4), 340-349. https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d5	Sintetizar los hallazgos de los estudios que examinaron intervenciones para mejorar los la comunicación de médicos y pacientes durante los encuentros ambulatorios.
Rechel	2013	Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. <i>The Lancet</i> , 381(9873), 1235-1245. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8	Describir aspectos clave de la migración y la salud en Europa, incluida la escala de la migración internacional, los datos disponibles para la salud de los migrantes, las barreras para acceder a los servicios de salud, las formas de mejorar la prestación de servicios de salud a los migrantes y las políticas de salud de los migrantes que se han adoptado en toda Europa.
Roter	2000	Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. <i>Patient Education and Counseling</i> , 39(1), 5-15. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00086-5	Explorar las implicancias de un paradigma médico centrado en la naturaleza sobre la relación médico-paciente y su expresión en la comunicación de la práctica médica de rutina.
Street	2013	Street, R. (2013). How clinician-patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. <i>Patient Educ Couns</i> , 92(3), 286-291.	Examinar los desafíos en el estudio de cómo la comunicación médico-paciente contribuye a la salud del paciente y ofrece recomendaciones para futuras investigaciones.
Stewart	1995	Stewart, M. A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. <i>CMAJ: Canadian Medical Association Journal</i> , 152(9), 1423-1433.	Determinar si la calidad de la comunicación médico-paciente hace una diferencia significativa en los resultados de salud de los pacientes, a través de lo revisado en una revisión de literatura científica.

Tsai	2015	Tsai, T.-I., & Lee, S.-Y. D. (2016). Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 54, 65-74. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021	Explorar y comprender las experiencias específicas de problemas de lenguaje y comunicación en atenciones de salud, de mujeres inmigrantes del sudeste asiático en Taiwán.
Vissandjée	2017	Vissandjée, B., Short, W. E., & Bates, K. (2017). Health and legal literacy for migrants: twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care. <i>BMC International Health and Human Rights</i> , 17. https://doi.org/10.1186/s12914-017-0117-3	Discutir sobre los principales desafíos identificados en la literatura sobre los migrantes y la relación con los servicios de salud y estatus migratorio
Zick	2007	Zick, A., Granieri, M., & Makoul, G. (2007). First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. <i>Patient Education and Counseling</i> , 68(2), 161-166. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.018	Examinar el contenido de las evaluaciones de estudiantes de medicina sobre sus propias habilidades de comunicación en desarrollo, teniendo en cuenta la importancia de la reflexión y la autoevaluación para el desarrollo de habilidades de comunicación.
Zill	2014	Zill, J. M., Christalle, E., Müller, E., Härter, M., Dirmaier, J., & Scholl, I. (2014). Measurement of Physician-Patient Communication. A Systematic Review. <i>PLOS ONE</i> , 9(12), 1-20. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112637	Proporcionar una visión general de las medidas de comunicación médico-paciente y evaluar la calidad metodológica y de las propiedades de los estudios psicométricos y de las medidas identificadas.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 7

Los migrantes son desobedientes en los cuidados de salud (“no quieren entender”)

La comprensión que tiene el paciente respecto de los cuidados en salud que debe seguir está fuertemente influenciado por la relación que establece con el médico o trabajador de la salud y la comunicación efectiva entre ambas partes (Ahmed et al., 2014; Street, 2013; Zill et al., 2014). En el caso de los pacientes migrantes internacionales, tal y como revisábamos en la sección anterior, en este encuentro de salud se suma la barrera idiomática y del lenguaje, así como las diferencias culturales, las cuales proponen una serie de desafíos para la atención en salud a esta población (Jacquez et al., 2016; L. Lin et al., 2015). Asimismo, utilizar el concepto de “desobediencia” da cuenta de una relación terapéutica paternalista, en donde predomina la voz del médico o trabajador de la salud por sobre el paciente, quien se debe adaptar a la agenda, metas y decisiones que el médico tome unilateralmente (Roter, 2000). Este tipo de relación no es la más recomendable ya que no es eficiente y deja de lado la voz del paciente en la toma de decisiones. En cambio, se recomienda una relación de mutualidad, la cual propone una atención centrada en la relación médico-paciente como un espacio de comunicación horizontal de relación basado en el respeto y reconocimiento mutuo (Roter, 2000).

En primer lugar, es importante mencionar los niveles de adherencia al tratamiento observados en la población migrante. En Chile no se ha estudiado la adherencia de los pacientes migrantes a tratamientos en general, sin embargo, a nivel internacional existen algunos estudios en la materia. Una investigación realizada en Grecia encontró que la adherencia a las recomendaciones de seguimiento es igualmente deficiente para los pacientes migrantes como para los pacientes nativos con Hepatitis B (Voulgaris et al., 2017). Un estudio publicado el 2018 presentó una revisión sistemática y meta-análisis sobre la adherencia al tratamiento para la tuberculosis multirresistente (MDR-TB) en migrantes en países con altos ingresos y baja incidencia de tuberculosis (Nellums, Rustage, Hargreaves, & Friedland, 2018). Los autores encontraron que la tasa de adherencia en pacientes migrantes fue del 71% (IC 95%= 58-84%), con un incumplimiento del tratamiento del 20% (IC 95%= 4-37%) de parte de pacientes migrantes. Sin embargo, no encontraron diferencias en las tasas de incumplimiento (RR= 1.05; CI 95% = 0.82-1.34) o no adherencia (RR= 0.97; CI 95% = 0.79-1.36) entre migrantes y no migrantes. Los autores concluyen que los resultados encontrados apuntan a una necesidad por mejorar la adherencia en todos los grupos de pacientes, incluidos los migrantes (Nellums et al., 2018).

Es relevante identificar aquellos elementos que podrían estar influyendo sobre la adherencia en esta población de acuerdo con la evidencia científica. En la población general se ha observado que una buena comunicación entre los pacientes y los trabajadores de la salud se asocia a una mayor adherencia al tratamiento y resolución de síntomas (Ahmed et al., 2014; Street, 2013). Por lo tanto, al entregar indicaciones en salud, el trabajador de la salud tiene la tarea de dar a conocer un mensaje que se acomode al lenguaje y cultura del paciente, ya que se ha observado que los trabajadores que utilizan un lenguaje que se adapta a las

necesidades y creencias del paciente migrante refuerza la calidad de atención percibida por este, aumentando la probabilidad de que adhiera al tratamiento (Villagran, Hajek Zhao, Petersen, & Wittenberg-Lyles, 2012). En contraste, aquellos trabajadores de la salud que hacen un uso excesivo de jerga médica pueden reducir la probabilidad de adherencia en migrantes internacionales y en población general (Villagran et al., 2012). Similares resultados se han encontrado en otros estudios, en donde una mala comunicación entre el médico y el paciente se relaciona a una menor continuidad de la atención de los pacientes migrantes en comparación con los nativos y, a su vez, los pacientes migrantes están menos satisfechos con la atención que recibieron y tienen más probabilidades de posponer su cuidado de salud (Hanssens et al., 2016).

Hay varias investigaciones, incluyendo revisiones sistemáticas, en las que se ha estudiado los factores que influyen en la adherencia a tratamientos en población migrante internacional, incluyendo estudios sobre tuberculosis (TB). En una investigación epidemiológica del año 2017 se encontró que contar con información y conocimientos respecto de la tuberculosis se asocia con una búsqueda de atención médica temprana y la posterior adhesión al tratamiento en migrantes internacionales (Lönnroth et al., 2017). En una revisión sistemática sobre las experiencias de tratamiento de la TB en población migrante se encontró que, además de la educación en salud para la adherencia al tratamiento, la relación terapéutica es fundamental para la comprensión del paciente migrante respecto de su tratamiento (Lin & Melendez - Torres, 2017). También se encontró que la discriminación estructural, en particular políticas restrictivas de inmigración, crea grandes barreras para la búsqueda y el mantenimiento del tratamiento en esta población (S. Lin & Melendez - Torres, 2017). En relación con lo anterior, se ha visto que el estigma respecto de la TB es uno de los principales obstáculos para la búsqueda temprana de atención médica y para la adherencia al tratamiento (Gerrish, Naisby, & Ismail, 2013; Heuvelings, Vries, & Grobusch, 2017; Sagbakken, Bjune, & Frich, 2012). Asimismo, la falta de conciencia sobre la tuberculosis entre los trabajadores de la salud en los países de baja incidencia, la falta de servicios especializados y las barreras culturales y de idioma son las razones que mencionan los trabajadores de la salud para el diagnóstico tardío y la adherencia al tratamiento deficiente entre migrantes internacionales (Gerrish et al., 2013; Heuvelings et al., 2017; Sagbakken et al., 2012).

Un estudio reciente aun en desarrollo busca explorar el potencial de las tecnologías de información y comunicación (TICs) en la mejora de la comunicación efectiva en salud. Furaijat y cols. (2019) se propusieron evaluar la facilidad de uso y la precisión de una herramienta de traducción digital novedosa en Alemania para recopilar antecedentes médicos de pacientes en su idioma nativo y verifique sus efectos en los resultados de la atención médica. El objetivo del estudio es monitorear la implementación de una nueva herramienta de asistencia de comunicación digital (DCAT) e investigar su impacto en el entendimiento mutuo entre los pacientes refugiados y sus médicos generales alemanes. En la primera fase de estudio, se utiliza un enfoque orientado a la acción para implementar DCAT. En la segunda fase de estudio, el uso de DCAT se evaluará con un diseño de métodos mixtos. El resultado principal evalúa las tasas de consulta de los pacientes antes y después de usar DCAT. También se tienen en cuenta la aceptación por parte de los pacientes, los factores sociodemográficos y la

lengua materna. El estudio se encuentra en desarrollo en este momento y se espera que sus resultados aporten a la acción en salud pública para el desafío de acortar brechas de comunicación efectiva entre migrantes internacionales y equipos de salud en todo el mundo.

En conclusión, el debate respecto de la “desobediencia” de los pacientes migrantes sobre sus cuidados en salud carece de fundamento ante un sistema de salud que propone una relación médico-paciente centrada en el paciente, superando las relaciones paternalistas de salud. Por lo tanto, el debate debe centrarse en cómo promover la comunicación efectiva como principal estrategia que facilite la adherencia de los pacientes migrantes a los tratamientos de salud. Si bien los estudios apuntan a que hay migrantes y nativos que presentan resultados similares respecto a la adherencia, es importante observar que hay una serie de factores que están influyendo el nivel de adherencia y que son propios de la población migrante. Por lo tanto, la alianza terapéutica que se establezca es de gran relevancia para avanzar en la adherencia en esta población. Para ello, los trabajadores de la salud deben ser capaces de explorar las creencias de salud y enfermedad de sus pacientes, así como sus prácticas culturales, ya que estas representan una base a partir de la cual se puede promover la adherencia al tratamiento en cualquier población y especialmente en la migrante internacional (Peeters et al., 2015).

CONCLUSIÓN:

La creencia de que los migrantes son desobedientes de las indicaciones terapéuticas que reciben y no saben escuchar, ignora la centralidad de la comunicación efectiva en salud como estrategia básica para la adherencia en salud en cualquier población y en particular en migrantes internacionales. Estudios internacionales proponen que la mejora de la comunicación migrante-trabajador de salud es el camino necesario para un encuentro intercultural en salud efectivo, que asegure que los usuarios migrantes comprendan, acepten y valoren las indicaciones que reciben en común acuerdo con el equipo de salud.

Se recomienda avanzar en la comprensión del encuentro intercultural en la atención directa en salud hacia migrantes internacionales, de tal forma que se reconozca el escenario completo donde este encuentro tiene lugar y todos sus actores clave, en particular personas migrantes y trabajadores de salud. Cada uno de ellos cuenta con su propio sistema de creencias, códigos, valores y prácticas en salud que impactan en la forma en la cual la atención directa de salud tiene lugar. Una forma concreta de mejorar el encuentro intercultural en salud con esta población es a través del reconocimiento de cada uno, en especial del trabajador de salud que es quien tiene la posición de poder en este encuentro, de sus propias creencias y prácticas, de manera de permitirse cuestionarlas y revisarlas, en favor de una aceptación y reconocimiento del usuario como otro que es experto en su propia realidad y experiencia de vida. Un encuentro intercultural efectivo es el paso necesario para la adherencia al sistema de salud y a cualquier tratamiento médico que se indique a personas migrantes internacionales y población general.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

```
#7 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("health communication"[Mesh] OR "physician patient relations"[Mesh] OR "professional patient relations"[Mesh])
```

14 de mayo del 2019: 216 hits

Tabla 9. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
Faraz Aimana Ahmed	2014	Aibana Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. <i>The Patient - Patient-Centered Outcomes Research</i> , 7(3), 235-241. https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5	En este estudio se consideró qué es la experiencia del paciente, cómo se mide, cómo se relaciona con otros aspectos de la calidad de la atención, y cómo se pueden usar e interpretar los datos de la experiencia del paciente en la atención.
Furajjat	2019	Furajjat, G., Kleinert, E., Simmenroth, A., & Müller, F. (2019). Implementing a digital communication assistance tool to collect the medical history of refugee patients: DICTUM Friedland - an action-oriented mixed methods study protocol. <i>BMC Health Serv Res</i> .19(1):103. doi: 10.1186/s12913-019-3928-1	Evaluar la facilidad de uso y la precisión de una herramienta de traducción digital novedosa para recopilar antecedentes médicos de pacientes en su idioma nativo y verificar sus efectos en los resultados de la atención médica.
L.G.M Hanssens	2016	Hanssens, L., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. (2016). Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. <i>Int J PublicHealth</i> , 61(4), 443-454	Evaluar cómo los migrantes en Europa experimentan el acceso, tratamiento y los resultados de salud, en los sistemas de salud europeos.
C.C Heuvelings	2017	Heuvelings, C. C., Vries, S. G. de, & Grobusch, M. P. (2017). Tackling TB in low-incidence countries: improving diagnosis and management in vulnerable populations. <i>International Journal of Infectious Diseases</i> , 56, 77-80. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.12.025	Discutir las barreras y los facilitadores de la búsqueda de atención médica y las intervenciones que mejoran la detección de tuberculosis y la adherencia al tratamiento en poblaciones difíciles de alcanzar.
Kate Gerrish	2013	Gerrish, K., Naisby, A., & Ismail, M. (2013). Experiences of the diagnosis and management of tuberculosis: a focused ethnography of Somali patients and healthcare professionals in the UK. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 69(10), 2285-2294. https://doi.org/10.1111/jan.12112	Explorar las experiencias de diagnóstico y manejo de la tuberculosis desde la perspectiva de los pacientes somalíes y los profesionales de la salud involucrados en su cuidado.
Farrah Jacquez	2016	Jacquez, F., Vaughn, L., Zhen-Duan, J., & Graham, C. (2016). Health Care Use and Barriers to Care among Latino Immigrants in a New Migration Area. <i>Journal of Health Care for the Poor and Underserved</i> , 27(4), 1761-1778. https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0161	Comprender el uso de la atención médica, sus barreras, percepciones y necesidades de atención de la salud, de inmigrantes latinos, a través de la colaboración de investigadores en un proyecto de investigación participativa basada en la comunidad, para guiar el desarrollo de servicios de atención médica apropiados.

S. Lin	2017	Lin, S., & Melendez-Torres, G. J. (2017). Critical interpretive synthesis of barriers and facilitators to TB treatment in immigrant populations. <i>Tropical Medicine & International Health</i> , 22(10), 1206-1222. https://doi.org/10.1111/tmi.12938	Revisar sistemáticamente los estudios de las experiencias de tratamiento de la tuberculosis en poblaciones inmigrantes, utilizando la Síntesis de Interpretación Crítica (CIS).
Lavinia Lin	2015	Lin, L., Brown, K. B., Yu, F., Yang, J., Wang, J., Schrock, J. M., ... Wong, F. Y. (2015). Health Care Experiences and Perceived Barriers to Health Care Access: A Qualitative Study Among African Migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. <i>Journal of immigrant and minority health</i> , 17(5), 1509-1517. https://doi.org/10.1007/s10903-014-0114-8	Evaluar las experiencias de atención médica y las barreras percibidas para su acceso, entre los migrantes africanos en Guangzhou, China, a través de la aplicación de entrevistas semiestructuradas y grupos focales.
K. Lönnroth	2017	Lönnroth, K., Mor, Z., Erkens, C., Bruchfeld, J., Nathavitharana, R. R., van der Werf, M. J., & Lange, C. (2017). Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. <i>Int J Tuberc Lung Dis</i> , 21(6), 624-636. https://doi.org/info:doi/10.5588/ijtld.16.0845	Optimizar la atención y prevención de la tuberculosis en los migrantes de países endémicos a países de baja incidencia, a través de la propuesta de un marco para identificar posibles intervenciones de prevención y atención de la enfermedad antes, durante y después de la migración.
Laura B. Nellums	2018	Nellums, L. B., Rustage, K., Hargreaves, S., & Friedland, J. S. (2018). Multidrug-resistant tuberculosis treatment adherence in migrants: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Medicine</i> , 16. https://doi.org/10.1186/s12916-017-1001-7	Identificar y sintetizar datos sobre la adherencia al tratamiento de la TB-MDR en pacientes migrantes, a través de una revisión sistemática y un metaanálisis, para informar estrategias basadas en la evidencia para mejorar las vías de atención y los resultados de salud en este grupo.
Bart Peeters	2015	Peeters, B., Tongelen, I. V., Duran, Z., Yüksel, G., Mehuys, E., Willems, S., ... Boussery, K. (2015). Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: a qualitative study. <i>Ethnicity&Health</i> , 20(1), 87-105. https://doi.org/10.1080/13557858.2014.890174	Explorar las perspectivas de los migrantes turcos con diabetes mellitus tipo 2 sobre la adherencia a medicamentos hipoglucemiantes orales.
Debra Roter	2000	Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. <i>Patient Education and Counseling</i> , 39(1), 5-15. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00086-5	Explorar las implicancias de un paradigma médico centrado en la naturaleza sobre la relación médico-paciente y su expresión en la comunicación de la práctica médica de rutina.
Mette Sagbakken	2011	Sagbakken, M., Bjune, G. A., & Frich, J. C. (2012). Humiliation or care? A qualitative study of patients' and	Explorar las opiniones y experiencias de pacientes y profesionales de la salud con el tratamiento de observación

		health professionals' experiences with tuberculosis treatment in Norway. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 26(2), 313-323. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00935.x	directa para la tuberculosis en Noruega.
Richard L Street	2013	Street, R. (2013). How clinician-patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. <i>Patient Educ Couns</i> , 92(3), 286-291.	Examinar los desafíos en el estudio de cómo la comunicación médico-paciente contribuye a la salud del paciente y ofrece recomendaciones para futuras investigaciones.
Melinda Villagran	2012	Villagran, M., Hajek Zhao, C., Petersen, E., & Wittenberg-Lyles, E. (2012). Communication and culture: Predictors of treatment adherence among Mexican immigrant patients. <i>J Health Psychol</i> , 17(3), 443-452.	Examinar la comunicación y la cultura en las interacciones de los clínicos con los inmigrantes mexicanos en Texas.
Theodoros Voulgaris	2017	Voulgaris, T., Vlachogiannakos, J., Ioannidou, P., Papageorgiou, M.-V., Zampeli, E., Karagiannakis, D., ... Papatheodoridis, G. (2017). Adherence to follow-up and treatment recommendations in Greek and immigrant patients with chronic hepatitis B in Greece. <i>European Journal of Gastroenterology & Hepatology</i> , 29(3), 264-270. https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000788	Evaluar la adherencia a las recomendaciones de seguimiento y tratamiento del virus de la hepatitis B crónica en pacientes griegos e inmigrantes.
JM Zill	2014	Zill, J. M., Christalle, E., Müller, E., Härter, M., Dirmaier, J., & Scholl, I. (2014). Measurement of Physician-Patient Communication. A Systematic Review. <i>PLOS ONE</i> , 9(12), 1-20. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112637	Proporcionar una visión general de las medidas de comunicación médico-paciente y evaluar la calidad metodológica y de las propiedades de los estudios psicométricos y de las medidas identificadas.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 8

El tránsito y la llegada al país receptor no son determinantes en la adquisición de enfermedades infecciosas por parte de migrantes

Similar al primer apartado de evidencia de esta sección ("los migrantes traen las enfermedades infecciosas desde sus países de origen"), es importante revisar la evidencia disponible en torno a de qué forma el proceso migratorio, en cada una de sus etapas, puede influenciar negativamente en la salud de las personas migrantes y sus familias, en especial en el plano de las enfermedades infecciosas. La evidencia en esta materia no es copiosa, pero sí resulta consistente en sus resultados. En esta discusión de creencia versus evidencia nos centraremos en los siguientes momentos de la migración: el tránsito y la llegada inicial, de manera de responder a la pregunta de si los migrantes fundamentalmente traen las enfermedades de sus países de origen o más bien el país de origen se combina con procesos de riesgo en el tránsito y la llegada al país de destino.

Greenway y Castellis, luego de una extensa revisión bibliográfica sobre los problemas de salud que enfrentan los refugiados y migrantes recientemente asentados en distintos países de Europa, enumeran con mayor precisión una serie de contextos y situaciones que influyen en que los migrantes puedan empeorar su estado de salud en las distintas etapas del proceso migratorio (Greenway & Castelli, 2019). Sobre el momento del viaje migratorio o tránsito se reconocen al menos los siguientes elementos con respecto al transporte y las condiciones de viaje: características climáticas, políticas, económicas y epidemiológicas de las áreas de tránsito, presencia de violencia sexual y presencia de tráfico humano, condiciones precarias del tránsito mismo, violación a los derechos humanos y poca disponibilidad o atención médica inadecuada. En adición a estos contextos, los autores plantean la necesidad de tener en cuenta la interacción compleja entre elementos de los países emisores y de llegada al momento de comprender las prevalencias de enfermedades infectocontagiosas, tales como diferenciales en prevalencias y mecanismos de contagio entre lugar de salida, lugar de tránsito y lugar de destino.

Ho, a partir de un estudio en el que analiza las narrativas de la enfermedad y los detalles de los trayectos de migrantes provenientes de China y residentes en Estados Unidos, devela cómo las condiciones precarias e insalubres a las que se ven expuestos los hace proclives a contraer enfermedades infecciosas como la tuberculosis (Ho, 2003). Este estudio plantea que el proceso migratorio en sí mismo es un factor de riesgo fundamental que debe ser tomado en cuenta por la biomedicina; además de relevar el carácter sociocultural y no natural de la noción de riesgo en personas que transitan y llegan a países con escasa protección social y de salud. También sobre los riesgos del tránsito, Kovic y Argüelles exponen que los migrantes de distintos orígenes, en su travesía desde México a EE.UU, están expuestos a situaciones climáticas desfavorables como lluvias, temperaturas extremas, además de deshidratación, entre otros riesgos como violaciones, robo, trauma por caer del tren en el que se movilizan o hasta ser electrocutados por la maquinaria (Kovic & Argüelles, 2010). La atención médica es provista por entidades no gubernamentales y en específico las iglesias. Sin embargo, para las autoridades federales los migrantes son categorizados como criminales y a los migrantes

indocumentados se les categoriza dentro del mismo nivel jurídico que el tráfico de drogas, problemas con armas, pandillas y terroristas.

Pavliv y Maltezoú, a partir de una revisión de literatura, discuten que la duración del estatus de proceso migratorio y las condiciones de vida en los centros de detención pueden tener un impacto significativo en la salud de los migrantes, lo que podría impactar tanto para enfermedades contagiosas y no contagiosas (Pavli & Maltezoú, 2017). En específico, los migrantes en calidad de refugiados son vulnerables a enfermedades infecciosas en los trayectos migratorios debido a factores que se relacionan con el lugar de origen, como son los servicios de vacunación, la infraestructura sanitaria y la eficacia de los sistemas y servicios de salud de dicho país. En un segundo momento las condiciones de higiene en los trayectos, así como el acceso a alimentos y servicios de salud, sumados a las deficiencias e inequidades en acceso a la salud en los países de llegada, configuran un panorama hostil y poco favorable para el mantenimiento de la salud de migrantes en muchos países del mundo. Las autoras evidencian el rol de estos factores para analizar los contagios de tuberculosis, VIH/SIDA e infecciones respiratorias, principalmente influenza, virus sincicial respiratorio, adenovirus y virus de parainfluenza, e infecciones meningocócicas. Siguiendo el análisis sobre los migrantes en calidad de refugiados o demandantes de asilo, Pfortmueller et al. al estudiar los problemas de salud de los refugiados provenientes del medio oriente y en especial de Siria, concluyeron que los problemas de salud tanto agudos como crónicos de los solicitantes de asilo estudiados en un centro de salud estaban mayoritariamente relacionados con su estatus jurídico, lo que impactaba en sus condiciones de vida, en el desarrollo de estrés psicológico asociado a la detención, y a ciertos elementos culturales del entorno (Pfortmueller, Schwetlick, Mueller, Lehmann, & Exadaktylos, 2016).

Sobre el VIH/SIDA, Desgrés-de-Loûet al., frente a las altas cifras de personas originarias de África subsahariana viviendo en Francia infectadas de VIH/SIDA, analizaron la proporción de esta población que adquirió el virus en el transcurso de su asentamiento en Francia (Desgrés-du-Loû et al., 2015). La creencia común es que los migrantes de esta parte del continente africano son exportadores del virus desde sus países de orígenes hasta el país receptor. La evidencia proveída por el estudio indicó que, de la muestra total aleatoria de 833 personas, de un tercio a la mitad de ellas podrían haber contraído el virus en su estancia en Francia, y no en sus países de origen. Rocha-Jimenez y cols. (2019) por su parte, exploraron la asociación entre migración internacional y uso de sustancias y factores de riesgo de VIH entre las trabajadoras sexuales. Usando un muestreo de ubicación de tiempo modificado, se reclutaron 266 trabajadoras sexuales en la frontera México-Guatemala. Se utilizaron modelos de regresión logística ajustados y brutos para evaluar las relaciones. Los riesgos de VIH, como el uso frecuente de drogas duras y el uso de drogas en otro país, fueron mayores para los migrantes en comparación con trabajadoras sexuales no migrantes. Sin embargo, más trabajadoras sexuales migrantes que no migrantes reportaron un uso constante del condón con los clientes y una tarjeta de salud al momento de realizar la entrevista. Este estudio destaca los patrones regionales de uso de sustancias entre trabajadoras sexuales y las conductas de riesgo o de protección relacionadas con el estado de migración en particular en escenarios de tránsito.

Otros estudios subrayan la importancia de brindar atención y tratamiento de enfermedades infecciosas en áreas transfronterizas, puesto en estos lugares se enfrentan desafíos que quizás no se ven en la misma medida en otras áreas geográficas, particularmente para las poblaciones móviles y migrantes. En este sentido, Edwards y cols. (2019) estimaron la proporción de personas con VIH que se encuentran en áreas transfronterizas de África del Este en cada etapa de la cascada de atención y tratamiento del VIH, incluida la proporción que conoce su estado, la proporción en el tratamiento y la proporción viralmente suprimida. Los participantes (n= 11,410) que trabajaban o socializaban en lugares públicos en áreas transfronterizas seleccionadas de África Oriental fueron reclutados entre junio de 2016 y febrero de 2017 y se les administró una encuesta de comportamiento y una prueba rápida de VIH. De los resultados de este estudio destaca que, en general, el 43% de los participantes con VIH en áreas transfronterizas conocían su estado, vale decir que más de la mitad de la muestra no conocía su estatus de VIH positivo. De los que sí conocían su condición de salud, el 87% de los participantes estaban en terapia antirretroviral (TAR) y el 80% de los participantes en terapia antirretroviral tenían supresión viral. Este estudio subraya la importancia de brindar continuidad de cuidado de salud a migrantes en tránsito que conocen su estado de salud, así como también de brindar oportunidades de screening y exámenes de salud en esta etapa del proceso migratorio toda vez que sea requerido por la población migrante. Es necesario además profundizar en la comprensión de factores de riesgo para enfermedades infecciosas en el tránsito migratorio, de manera de establecer acciones sanitarias que protejan a todos de manera oportuna, desde un enfoque de respeto a la dignidad y diversidad humana en todas sus formas, y con enfoque de pertinencia intercultural.

En Chile necesitamos nuevos y mejores estudios que permitan documentar los riesgos asociados y los momentos reales de adquisición de enfermedades infecciosas por parte de población migrante internacional, de tal forma de ser capaces de balancear y moderar la idea de que todos los migrantes sin excepción adquirieron estas condiciones antes del proceso migratorio en sus países de origen. Esto se vuelve especialmente importante en contextos de migraciones con mayor riesgo sociopolítico, en situación de pobreza o de abandono. Como es habitual en situaciones de conflicto, mujeres y niños quedan desaventajados y en mayor riesgo de enfermar cuando se migra sin garantía de protección de derechos humanos fundamentales. Nuestro país, que ha liderado en la región el desarrollo de políticas de salud de protección de todo ser humano independiente de país de origen, por medio de sus acciones específicas, Programa de Salud de Migrantes para atención primaria y Política de Salud de Migrantes, tiene hoy la oportunidad de promover el desarrollo de evidencia y de acciones en salud pública que estén fundamentadas en los riesgos potenciales de cada etapa del proceso migratorio, en favor de la salud y bienestar de nuestra población.

Por otra parte, la complejidad y dinamismo asociado al proceso migratorio en todo el mundo requiere de un fuerte trabajo de protección a la salud y continuidad del cuidado desde una perspectiva transnacional (Kawatsu, Ohkado, Uchimura, Izumi, 2018; Cornick et al., 2018; Magurano et al., 2018). De esta forma, el contar con información multilateral sobre cómo es el perfil epidemiológico y cómo funcionan los sistemas de salud en todos los países de la región para quienes migren, o discutir la posibilidad de establecer registros electrónicos confidencia-

les compartidos entre países para continuidad del cuidado, son estrategias que pueden ser maduras y refinadas entre Chile y sus principales países de relación migratoria. Asimismo, diseñar e implementar iniciativas de protección de la salud de personas migrantes en tránsito también podrían ser abordadas, siempre que se realicen en un marco de defensa a la dignidad y derechos de las personas migrantes y en cumplimiento con las recomendaciones internacionales de garantía de otorgamiento libre y voluntario de medidas de atención de salud, así como educación sanitaria, consejería y manejo confidencial de la información. Esto para prevenir cualquier forma de discriminación y abuso, así como cualquier intención de vincular resultados de salud a otorgamiento de visa, bloqueo en frontera o deportación.

CONCLUSIÓN:

La creencia de que el tránsito y la llegada al país receptor no son determinantes en la adquisición de enfermedades infecciosas por parte de migrantes es equivocada. Las personas migrantes internacionales, dependiendo de su experiencia y forma de tránsito particular, pueden experimentar importantes riesgos a la salud que deben ser abordados en forma integral y respetuosa. No todos los migrantes traen enfermedades exportadas de su país de origen, en muchos casos también estas enfermedades se pueden adquirir en tránsito y destino.

Se recomienda avanzar en la comprensión de los verdaderos mecanismos de contagio de enfermedades infecciosas en población migrante internacional, que incluyan no solo factores de país de origen, sino también dimensiones propias del tránsito y la llegada al país de destino. Experiencias de vulnerabilidad social, política y legal, así como pobreza y vulneración de derechos están a la base de la aparición de factores de riesgo para la salud incluyendo el contagio de infecciones en el proceso migratorio en su conjunto. La acción sanitaria en tránsito y destino debe prevenir y controlar estos escenarios, así como promover estrategias de salud que tengan un enfoque intercultural y transnacional. Algunas preguntas esenciales recomendadas son, por ejemplo: (i) país de origen; (ii) nacionalidad; (iii) tiempo de residencia en Chile; (iv) primera o segunda generación (hijo de migrantes internacionales); (v) condiciones de hacinamiento y pobreza; (vi) forma de tránsito y de llegada al país; (vii) estatus legal actual (Cabieses, 2019).

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#8 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("transit migrants" OR "migrants in transit" OR "migrant crossing border" OR "crossing borders")
14 de mayo del 2019: 291 hits

Tabla 10. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
Annabel Desgrées-du-Loû	2015	Desgrées-du-Loû, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., Supervie, V., Panjo, H., ... Group5, T. P. S. (2015). Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. <i>Eurosurveillance</i> , 20(46), 30065. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065	Con el fin de orientar las políticas de VIH para los migrantes en Francia, se estimó la proporción de migrantes subsaharianos que contrajeron la infección por VIH después de su llegada a Francia.
Cornick	2018	Cornick, R., Wattrus, C., Eastman, T., Ras, C. J., Awotiwon, A., Anderson, L., . . . Fairall, L. (2018). Crossing borders: the PACK experience of spreading a complex health system intervention across low-income and middle-income countries. <i>BMJ Global Health</i> , 3(Suppl 5). https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001088	Describe las experiencias de localización e implementación del kit de enfoque práctico para el cuidado en Botswana, Brasil, Nigeria y Etiopía, y un modelo evolutivo de localización de mentores que implica nuestra unidad que brinda apoyo de mentores a un equipo en el país para garantizar que el programa se adapte a limitaciones de recursos locales, carga de la enfermedad y realidades en el terreno.
Edwards	2019	Edwards, J. K., Arimi, P., Ssengooba, F., Mulholland, G., Markiewicz, M., Bukusi, E. A., . . . Weir, S. (2019). The HIV care continuum among resident and non-resident populations found in venues in East Africa cross-border areas. <i>Journal of the International AIDS Society</i> , 22(1). https://doi.org/10.1002/jia2.25226	Estimar la proporción de personas con VIH que se encuentran en áreas transfronterizas en cada etapa de la cascada de atención y tratamiento del VIH, incluida la proporción de quienes conocen su estado, la proporción de tratamiento y la proporción de supresión viral.
Greenway	2019	Greenway, C., & Castelli, F. (2019). Infectious diseases at different stages of migration: an expert review. <i>Journal of Travel Medicine</i> , 1-10.	Proporcionar una revisión experta de la carga clínica y epidemiológica de las enfermedades infecciosas entre los migrantes que llegan o viven en países de altos ingresos y baja prevalencia de enfermedades infecciosas.
Ming-Jung Ho	2008	Ho, M.-J. (2003). Migratory Journeys and Tuberculosis Risk. <i>Medical Anthropology Quarterly</i> , 17(4), 442-458. https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.442	Cuestionar la explicación biomédica de la tuberculosis de inmigrantes como importada de sus países de origen. Se presentan descripciones de enfermedades de inmigrantes chinos ilegales con tuberculosis que detallan los riesgos asociados con los viajes migratorios.
Kawatsu	2018	Kawatsu, L., Ohkado, A., Uchimura, K., & Izumi, K. (2018). Evaluation of "international transfer-out" among foreign-born pulmonary tuberculosis patients in Japan – what are the	Evaluar la tendencia y el tamaño de los pacientes con tuberculosis pulmonar nacidos en el extranjero, que habían sido notificados e iniciaron el tratamiento en Japón,

		implications for a cross-border patient referral system? BMC Public Health, 18(1). https://doi.org/10.1186/s12889-018-6273-0	pero que se habían trasladado fuera del país mientras aún estaban en tratamiento; y, en segundo lugar, realizar un análisis detallado de estos pacientes e identificar posibles factores de riesgo para la transferencia internacional, y discutir las implicaciones políticas para un sistema de referencia de pacientes transfronterizos para pacientes de TB nacidos en el extranjero en Japón.
C. Kovic	2010	Kovic, C., & Argüelles, F. (2010). The Violence of Security: Central American Migrants Crossing Mexico's Southern Border. <i>Anthropology Now</i> , 2(1), 87-97.	Describir las distintas dificultades y riesgos que sufren migrantes mexicanos al cruzar la frontera de México a Estados Unidos.
Magurano	2019	Magurano, F., Baggieri, M., Mazzilli, F., Bucci, P., Marchi, A., & Nicoletti, L. (2019). Measles in Italy: Viral strains and crossing borders. <i>International Journal of Infectious Diseases</i> , 79, 199-201. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.11.005	Se pueden establecer posibles rutas de transmisión al monitorear las cepas del virus del sarampión en circulación en apoyo de las autoridades sanitarias nacionales para advertir a las personas y los viajeros.
Androula Pavli	2017	Pavli, A., & Maltezou, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. <i>Journal of Travel Medicine</i> , 24(4). https://doi.org/10.1093/jtm/tax016	Evaluar los problemas de salud de los migrantes y refugiados, y recomendar intervenciones apropiadas.
Carmen Andrea Pfortmueller	2016	Pfortmueller, C. A., Schweflick, M., Mueller, T., Lehmann, B., & Exadaktylos, A. K. (2016). Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems? <i>PLoS ONE</i> , 11(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148196	Proporcionar una visión general inicial de los problemas agudos y crónicos de atención de salud de los solicitantes de asilo de Oriente Medio, con especial énfasis en los solicitantes de asilo de Siria.
Rocha-Jiménez	2019	Rocha-Jiménez, T., Morales-Miranda, S., Fernández-Casanueva, C., & Brouwer, K. C. (2019). The influence of migration in substance use practices and HIV/STI-related risks of female sex workers at a dynamic border crossing. <i>Journal of Ethnicity in Substance Abuse</i> , 22, 1-18. https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1556763	Explorar la asociación de la migración internacional con el uso de sustancias y los factores de riesgo de VIH / ITS entre las trabajadoras sexuales

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 9

Las mujeres migrantes embarazadas con VIH no quieren prevenir la transmisión vertical a sus hijos

Desde hace décadas, Chile ha destacado por sus excelentes indicadores de salud materno infantil. Ello se ha logrado después de un gran esfuerzo que se ha mantenido durante muchos años y alcanzado ya a varias generaciones de personas en las que se ha creado una cultura de los cuidados médicos en el embarazo y en la infancia. Eso no ha ocurrido en otros países de la región donde una proporción significativa de los partos no son atendidos por profesionales o no cuentan con nivel primario de salud. Es hoy un desafío en Chile acercar a las mujeres migrantes internacionales al sistema de salud formal, para que conozcan y valoren los beneficios que nuestro sistema ofrece desde una perspectiva humana y competente interculturalmente.

En Chile son escasos los estudios sistemáticos sobre la salud de las madres inmigrantes, pero es posible percatarse que hay algunos riesgos sanitarios asociados. Los problemas de salud más frecuentes tanto en personas migrantes como no migrantes son los de tipo obstétrico, y en nuestro país esto resulta preocupante, ya que entre las primeras hay una importante proporción sin previsión de salud (Busetta, Cetorelli, & Wilson, 2018; Sánchez P. et al., 2018). Otra característica de algunos grupos de embarazadas migrantes es que no asisten a sus controles de embarazos o los inician tardíamente, con la consiguiente falta en la pesquisa oportuna de morbilidad materna y fetal (Ministerio de salud, 2017). Esto se ha atribuido a la no disponibilidad de la documentación necesaria, desconocimiento del sistema oficial de salud del país, escasez de redes de apoyo social, etc.

En el Hospital Clínico San Borja Arriarán, por ejemplo, hospital público de un Servicio de Salud de la Región Metropolitana, donde en 2017 más del 60% de los partos correspondieron a madres extranjeras, ocurrieron en el año 2016 tres muertes maternas, todas de madres inmigrantes que, según el análisis del Comité de Auditoría de ese establecimiento, no habían asistido o había iniciado tardíamente el control del embarazo, sin conocerse otros antecedentes de riesgo socioeconómico o de vulneración de derechos (Sánchez P. et al., 2018). Por otra parte, comparadas las embarazadas inmigrantes con las chilenas, se ha observado que las primeras podrían tener significativamente mayor riesgo biopsicosocial (50,1 vs 62,3%) (Bustos, 2017), entendiendo por tal a las situaciones y condiciones de vida y de trabajo que tienen la capacidad de afectar, en forma negativa, el bienestar y la salud física, psíquica y/o social de la persona. Es probable que ese mayor riesgo social, aunque se detectó en embarazadas, lo sufran muchas mujeres inmigrantes que enfrentan desventaja socioeconómica en nuestro país. Por otra parte, de acuerdo con un estudio realizado el año 2012 en la comuna de Recoleta de Santiago, las madres inmigrantes, atendidas por los mismos equipos profesionales que las chilenas, requirieron menos partos por cesárea (24 vs 34%) y también presentaron menos problemas perinatales (24 vs 44%) (Bustos, 2017).

Es de especial preocupación el grupo de mujeres jóvenes, en plena edad reproductiva, que se estiman en torno al 52% de los migrantes en Chile. Esto porque ya que es conocido, a tra-

vés de estudios hechos en otros países, que frecuentemente las mujeres migrantes de países menos desarrollados buscan apoyo médico en estados avanzados de gestación siendo la mortalidad materna mayor en ellas en comparación a las mujeres nativas (CEPAL, 2005; Ministerio de Desarrollo Social, 2016; Rojas & Silva, 2016). Esto llama a hacer una alerta en salud materno fetal y en particular con respecto a enfermedades transmisibles al recién nacido, muchas de ellas con prevalencias mayores en sus regiones de origen en enfermedades como VIH, sífilis, Hepatitis B, HTLV1 y ciertas parasitosis, para las cuales un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno son fundamentales para el pronóstico de la madre y para prevenir su transmisión al recién nacido. Por último, a diferencia de Chile donde el programa nacional de inmunizaciones (PNI) alcanza coberturas altas superiores al 90% desde los años 80 y en la actualidad en torno al 80% -con variaciones dependiendo de la vacuna-, otros países latinoamericanos han tenido históricamente coberturas menores en vacunas, y muy probablemente parte de la población adulta migrante sea aún susceptible a infecciones inmunoprevenibles, y por tanto foco de posibles brotes de infecciones transmisibles como el sarampión o la rubeola (Alarcón & Balcells, 2017).

Respecto de control de la fertilidad, estudios recientes dan cuenta de que existe una necesidad anticonceptiva no satisfecha entre los inmigrantes haitianos y las mujeres haitiano-estadounidenses. Una investigación desarrollada por Cyrus y cols. (2016) exploró las asociaciones de tres medidas de aculturación con antecedentes de salud anticonceptiva y reproductiva de mujeres haitianas que residían en la comunidad de Little Haiti de Miami. Los métodos anticonceptivos utilizados con mayor frecuencia fueron los condones masculinos (78,9%) y los anticonceptivos orales (19,3%). Las mujeres que hablaban principalmente Créole en casa tenían menos probabilidades que las que no lo hablaban de usar anticoncepción (11,9 frente a 42,9%, $p = 0,01$). Las mujeres que no hablaban principalmente Créole en casa ($p = .06$) y las nacidas en los EE. UU. ($P = .008$) tenían menos hijos. El uso de anticonceptivos fue bajo entre las mujeres haitianas, pero estuvo influenciado por la aculturación, donde una mayor aculturación se asoció con un comportamiento protector de la salud reproductiva. A pesar de las normas tradicionales que desalientan el uso de anticonceptivos y poca experiencia con las barreras femeninas, las mujeres haitianas mostraron interés en aprender y usar un anticonceptivo de barrera iniciado por mujeres. El aumento del uso de métodos anticonceptivos por parte de los anticonceptivos es un punto potencial de intervención para disminuir la transmisión del VIH / ITS en esta población en riesgo.

La evidencia internacional indica que existen múltiples factores asociados o predisponentes al contagio vertical de VIH por parte de mujeres migrantes internacionales hacia sus hijos. En primer lugar, están las dimensiones relacionadas a factores demográficos generales y a la etapa del ciclo vital en la que se encuentran y que pueden ser comunes a otras mujeres no migrantes (edad joven y etapa reproductiva con búsqueda de embarazo; así como factores estructurales como estado civil y pertenencia étnica, casta o clase) (Omonaiye, Kusljic, Nicholson, & Manias, 2018). Casos especiales son migrantes trabajadoras sexuales o sometidas a refugio/asilo y/o violencia. En segundo lugar, están aquellos factores socioeconómicos o de vulnerabilidad social de mujeres migrantes, como son condiciones educacionales, de ingreso del hogar y de trabajo a las que son sometidas cuando migran y que pueden ponerlas en

riesgo (Gourlay, Birdthistle, Mburu, Iorpenda, & Wringe, 2013; Omonaiye, Kusljic, Nicholson, & Manias, 2018). Casos especiales son migrantes trabajadoras sexuales o sometidas a refugio/asilo, a violencia o conflicto, a trata o tráfico de personas, que las expone a aun mayor riesgo de adquirir enfermedades incluyendo VIH (Peng, Wang, Xu, & Wang, 2017).

En tercer lugar, existen factores asociados al sistema de salud del país receptor y a las políticas de protección social de ese país, incluyendo el beneficio de cobertura en salud para problemas como el VIH en mujeres migrantes y sus hijos por nacer (Bert et al., 2018; Gourlay et al., 2013; Peng, Wang, Xu, & Wang, 2017; Tuthill, Chan, & Butler, 2015). Sistemas de salud cerrados, que excluyen a personas migrantes de cualquier tipo (o de algún tipo como en situación irregular) corren el riesgo de postergar medidas preventivas y diagnósticas oportunas y a largo plazo deber costear problemas de salud de mayor urgencia y severidad en estos grupos poblacionales, tal y como lo han documentado estudios de otros países como Alemania. La inexistencia de un protocolo de prevención de transmisión vertical de VIH en países de origen y receptores es sin duda un factor de riesgo para su transmisión en el que está por nacer. En cuarto lugar, existen factores asociados al proceso migratorio y los riesgos de contagio o de mayor transmisión vertical, tales como condiciones de vida antes de migrar, riesgos asociados al acto migratorio en sí mismo (trata, abuso, violencia sexual, entre otros), riesgos asociados a la llegada inicial al nuevo país (soledad, aislamiento, exclusión, pobreza y hacinamiento) (Evian, 1993; Eziefula, Sa, Brown, 2014).

En quinto lugar, se pueden observar factores asociados a la enfermedad y sus condicionantes específicas, tales como número de parejas sexuales, actitudes y conductas hacia el VIH, conocimiento sobre la enfermedad y sus riesgos personales, entre otros (Remme et al., 2014). También resultan importante condicionantes asociadas como consumo de sustancias, de alcohol, situación de calle, maltrato en la pareja y abuso sexual. En sexto y último lugar, se reconocen factores de tipo sociocultural, como la cosmovisión particular de una cultura en la cual existen ciertos códigos sociales que se deben cumplir antes de iniciar el tratamiento profiláctico, como por ejemplo la presencia y aprobación de la pareja, rituales, entre otros. Cabe señalar, además, que a la fecha no se ha encontrado un solo estudio focalizado o poblacional que documente que las migrantes embarazadas desean transmitir el VIH a sus hijos. Por el contrario, estudios generales disponibles exploran la adherencia al tratamiento antirretroviral cuando las gestantes -sin diferenciar por estatus migratorio- conocen su diagnóstico y otro menciona la importancia del test de manera oportuna para la toma de acción para prevenir transmisión a sus hijos (Ibekwe, Haigh, Duncan, & Fatoye, 2017; Omonaiye et al., 2018).

Es importante notar, y así lo han hecho saber varios expertos en la materia, que el aumento de la incidencia y mortalidad global asociada al VIH en Chile no es únicamente atribuible única a la población migrante internacional. Tal y como se presentó en la sección anterior de descripción de situación de VIH y TB en Chile, mucho más ha aumentado en los últimos años en jóvenes y hombres chilenos, quienes han perdido la práctica de uso de condón como principal medida preventiva reconocida por estudios descriptivos en el país. Sin embargo, dada la sobrerrepresentación relativa en el grupo de migrantes con VIH con respecto a su densidad poblacional en el país, así como su vulnerabilidad asociada tanto al proceso migratorio como

a desconocer el sistema de salud chileno, son un grupo de relevancia para investigación e inteligencia en salud pública en Chile. Más aun cuando el foco se pone en mujeres migrantes embarazadas y los riesgos del que está por nacer cuando protocolos de transmisión vertical no existen o no se implementan correctamente en estos grupos poblacionales específicos.

En Chile no se han publicado a la fecha estudios que permitan comprender en profundidad la situación de riesgo de mujeres migrantes internacionales embarazadas que viven con VIH, ni sus conocimientos o prácticas asociadas a la transmisión vertical en nuestro país. Por ejemplo, falta analizar las condiciones en las cuales estas mujeres llegan a Chile y cómo logran acceder al sistema formal de salud. También es importante revisar si un grupo de ellas “vienen a parir” o quedan embarazadas luego de radicarse en nuestro país. Para ello, es urgente desarrollar investigaciones de primer nivel que documenten en forma seria y sistemática la compleja relación entre migración internacional, embarazo y transmisión vertical de VIH y otras infecciones de transmisión vertical, desde la perspectiva de inteligencia en salud pública y de cara a los protocolos actuales que existen en esta materia en la actualidad en Chile. Solo así se podrán implementar mejoras sólidas y basadas en la evidencia que aporten a la prevención efectiva y segura de transmisión vertical de VIH en todo niño que está por nacer en nuestro país, así como un adecuado acompañamiento, sin estigmatización ni discriminación alguna, para aquellos casos en los que el sistema haya llegado tarde en estas mujeres y niños, desde un enfoque de protección y humanización del cuidado de nuestro sistema de salud público formal.

CONCLUSIÓN:

La creencia de que las mujeres migrantes embarazadas con VIH no quieren prevenir la transmisión vertical a sus hijos debe ser revisada, para efectos de planificación y vigilancia sanitaria, a la luz de la evidencia científica disponible. Si bien se reconoce que cada experiencia humana particular cuenta con su propio conjunto de valores, sistemas de creencias y prácticas de salud, incluyendo el caso de personas que no deseen recibir atención de salud de ningún tipo, en términos poblacionales a la fecha no existe evidencia que permita aceptar la idea de que mujeres migrantes gestantes no desean, como patrón general compartido o en algún país de origen específico, realizar cuidados de salud que prevengan la transmisión vertical de VIH a sus hijos que están por nacer o durante la lactancia materna.

Se recomienda avanzar en la comprensión de sistemas de creencias de migrantes gestantes que llegan a nuestro país, y cuestionar de manera naturalista y comprensiva prácticas de salud relacionadas que pueden parecer, desde la cultura biomédica clásica de nuestro sistema, incomprensibles o irracionales. Solo así, se podrán establecer estrategias de salud que verdaderamente reconozcan la diferencia, la valoración mutua y la importancia de construir espacios de negociación y acuerdo intercultural que promuevan la salud y el bienestar en distintos grupos poblacionales en cualquier sociedad.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#9 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("vertical infectious disease transmission"[Mesh] OR "vertical transmission" OR "mother to child transmission")

15 de mayo del 2019: 94 hits

Tabla 11. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DEL ESTUDIO
Alarcon	2017	Alarcon, Y., & Balcells, E. (2017). Enfermedades infecciosas y migración. Una responsabilidad compartida. ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas, 42(2).	Plantea la relación entre el complejo fenómeno de la migración y las enfermedades infecciosas
Bert	2018	Bert, F., Gualano, M. R., Biancone, P., Brescia, V., Camussi, E., Martorana, M., Siliquini, R. (2018). HIV screening in pregnant women: A systematic review of cost-effectiveness studies. The International Journal of Health Planning and Management, 33(1), 31-50. https://doi.org/10.1002/hpm.2418	Resumir la evidencia con respecto a la eficacia en función de los costos de las evaluaciones preventivas de transmisión de madre a hijo, para ayudar a los encargados de formular políticas a elegir la estrategia óptima de detección prenatal.
Busetta	2018	Busetta A, Cetorelli V, Wilson B. (2018) A Universal Health Care System? Unmet Need for Medical Care Among Regular and Irregular Immigrants in Italy. J Immigr Minor Health. 20(2); 416-421.	Este estudio calcula la prevalencia de la necesidad insatisfecha de atención médica entre ciudadanos italianos, inmigrantes regulares e irregulares y estima modelos de regresión logística para evaluar si las diferencias por ciudadanía y estatus legal son verdaderas una vez que se ajustan los posibles factores de confusión.
Bustos	2017	Bustos, P. (2017) Relación entre Estatus Migratorio y Resultados de Embarazo y Parto. Análisis en Embarazadas que se controlaron en establecimientos de la Red Municipal de Atención Primaria de Salud en la Comuna de Recoleta en el año 2012. Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile.	Conocer la relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto (parto prematuro, RN bajo peso de nacimiento, tipo de parto cesárea o fórceps, aborto o mortinato) en mujeres embarazadas que se controlan en establecimientos de salud de la red de Atención Primaria de Salud (APS), comuna de Recoleta durante 2012
CEPAL	2005	CEPAL. (2005). Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades. Recuperado de https://www.cepal.org/es/publicaciones/7200-mujeres-migrantes-america-latina-caribe-derechos-humanos-mitos-duras-realidades	Analizar la situación de los derechos humanos de las mujeres migrantes de América Latina y el Caribe, identificando sus principales problemáticas, los instrumentos jurídicos internacionales para su promoción y protección, y los

			desafíos pendientes para lograr que la población migrante pueda efectivamente vivir con dignidad sus libertades fundamentales.
Cyrus	2016	Cyrus, E., Gollub, E. L., Jean-Gilles, M., Neptune, S., Pelletier, V., & Dévieux, J. (2016b). An Exploratory Study of Acculturation and Reproductive Health Among Haitian and Haitian-American Women in Little Haiti, South Florida. <i>Journal of Immigrant and Minority Health</i> , 18(3), 666-672. https://doi.org/10.1007/s10903-015-0235-8	Este estudio exploró las asociaciones de tres medidas de aculturación con antecedentes de salud anticonceptiva/ reproductiva entre mujeres haitianas que residen en la comunidad de Little Haiti en Miami.
Evian	1993	Evian, C. (1993). AIDS and the cycle of poverty. <i>Nursing RSA</i> , 8(1), 45. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.11.005	Los comentarios presentados son un resumen de una presentación sobre la pobreza y el SIDA realizada en la conferencia CHASA en Johannesburgo, Sudáfrica.
Eziefula	2014	Eziefula, A. C., Sa, M., & Brown, M. (2014). The health of recent migrants from resource-poor countries. <i>Medicine</i> , 42(2), 112-117. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2013.11.004	Discutir sobre los resultados en salud de migrantes recién llegados provenientes de países pobres.
Ibekwe	2017	Ibekwe, E., Haigh, C., Duncan, F., & Fatoye, F. (2017). Clinical outcomes of routine opt-out antenatal human immunodeficiency virus screening: a systematic review. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 26(3-4), 341-355. https://doi.org/10.1111/jocn.13475	Evaluar el resultado clínico de la detección de rutina del virus de inmunodeficiencia humana en entornos de clínicas prenatales.
Gourlay	2013	Gourlay, A., Birdthistle, I., Mburu, G., Iorpenda, K., & Wringe, A. (2013). Barriers and facilitating factors to the uptake of antiretroviral drugs for prevention of mother-to-child transmission of HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review. <i>Journal of the International AIDS Society</i> , 16, 18588. https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.18588	Investigar y sintetizar motivos de bajo acceso, iniciación y adherencia a los medicamentos antirretrovirales por parte de las madres y los bebés expuestos para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH en África subsahariana.
McCormak	2014	Protecting the fetus against HIV infection: a systematic review of placental transfer of antiretrovirals.	Revisar estudios que contengan datos relacionados con la farmacocinética de la transferencia placentaria de antirretrovirales en humanos, incluidas muestras de plasma materno y de cordón pareadas recolectadas en el momento del parto, así como modelos de perfusión placentaria ex vivo.
Ministerio de	2016	Ministerio de Desarrollo Social. (2016). Encuesta de Caracterización	Conocer de forma periódica la situación de los hogares y

Desarrollo Social		Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015. Recuperado de Ministerio de Desarrollo Social, & Subsecretaría de Evaluación Social.	de la población, especialmente de aquella en situación de pobreza y de aquellos grupos definidos como prioritarios por la política social, con relación a aspectos demográficos, de educación, salud, vivienda, ocupación e ingresos
Ministerio de Salud	2017	Ministerio de salud. (2017). Informes de Auditoría Materno Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán 2016-2017. Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Central. Servicio de Pediatría.	Informe de auditoría materno infantil del Hospital San Borja Arriarán durante los años 2016-2017
Omonaiye	2018	Omonaiye, O., Kusljic, S., Nicholson, P., & Manias, E. (2018). Medication adherence in pregnant women with human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. <i>BMC Public Health</i> , 18(1), 805. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5651-y	Examinar los facilitadores y las barreras de la adherencia a la medicación entre las mujeres embarazadas con VIH en el África subsahariana
Peng	2017	Peng, Z., Wang, S., Xu, B., & Wang, W. (2017). Barriers and enablers of the prevention of mother-to-child transmission of HIV/AIDS program in China: a systematic review and policy implications. <i>International Journal of Infectious Diseases: IJID: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases</i> , 55, 72-80. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.12.028	Identificar las barreras y habilitadores de la prevención de Transmisión de madre a hijo del programa de VIH en China.
Remme	2014	Remme, M., Siapka, M., Vassall, A., Heise, L., Jacobi, J., Ahumada, C., ... Watts, C. (2014). The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. <i>Journal of the International AIDS Society</i> , 17, 19228. https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19228	Evaluar la evidencia actual sobre qué formas de intervención sensibles al género pueden mejorar la efectividad de los programas básicos de VIH y ser rentables.
Rojas	2016	Rojas, N., & Silva, C. (2016). La migración en Chile: Breve reporte y caracterización (OBIMID).	Aportar a un breve reporte sobre la migración en Chile
Sánchez	2018	Sánchez P., K., Valderas J., J., Messenger C., K., Sánchez G., C., Barrera Q., F., Sánchez P., K., ... Barrera Q., F. (2018). Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. <i>Revista chilena de pediatría</i> , 89(2), 278-283. https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200278	Describir las características de la población haitiana que migra a Chile
Tuthill	2015	Tuthill, E. L., Chan, J., & Butler, L. M. (2015). Challenges faced by healthcare providers offering infant feeding counseling to HIV-positive women in sub-Saharan Africa: A review of current research. <i>AIDS care</i> , 27(1), 17-24. https://doi.org/10.1080/09540121.2014.951310	Describir las experiencias que enfrentan los profesionales de la salud cuando brindan asesoramiento sobre alimentación infantil en el contexto del VIH en entornos de programas en la SAE.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 10

Es requisito pedir exámenes de salud incluyendo de enfermedades infecciosas para la entrega de visa en Chile a migrantes

La protección de la salud por parte de migrantes internacionales es de preocupación global en la actualidad (Cabieses et al., 2017). Frente a esta grave situación, diversos organismos internacionales han alzado la voz y han realizado algunas declaraciones y recomendaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, ha declarado como los problemas de salud más frecuentes entre los migrantes las lesiones accidentales, la hipotermia, las quemaduras, los accidentes cardiovasculares, las complicaciones del embarazo y el parto, la diabetes y la hipertensión (World Health Organization, 2015). Las mujeres y la población infantil migrante emergen como especialmente vulnerables, pues se enfrentan muchas veces a dificultades específicas, particularmente en el ámbito de la salud materna, del recién nacido y el niño, la salud sexual y reproductiva, y la violencia.

Tal y como se señaló previamente en este documento, según el mismo reporte de OMS los riesgos derivados de desplazamientos irregulares e inseguros exponen a migrantes internacionales a trastornos psicosociales, problemas de salud reproductiva, mayor mortalidad neonatal, uso indebido de drogas ilícitas/recreacionales, trastornos nutricionales, alcoholismo y exposición a la violencia. El problema principal con respecto a esas enfermedades es la interrupción de la atención, sea por falta de acceso a ella o a quienes la dispensan o por el desmoronamiento de los sistemas de atención sanitaria; también el desplazamiento desemboca en la interrupción del tratamiento continuo, crucial para las afecciones crónicas (World Health Organization, 2015). También reconoce que los niños vulnerables son propensos a infecciones agudas, como las infecciones respiratorias y la diarrea, debido a la pobreza y las privaciones durante la migración, y necesitan acceso a la atención pertinente (World Health Organization, 2015). Algunas recomendaciones de salud pública generales para población migrante internacional en el mundo aparecen en la Tabla 12. En ellas claramente se explicita que no se recomienda un reconocimiento obligatorio de las poblaciones de refugiados y migrantes para detectar enfermedades, puesto que no hay pruebas concluyentes de que ello sea costo-eficaz y puede generar ansiedad en los refugiados y la comunidad en general. Más aun, se ha observado que los reconocimientos obligatorios disuaden a los migrantes de solicitar una revisión médica y ponen en peligro la detección de los pacientes de alto riesgo. Además, los resultados de salud que se puedan recabar en población migrante internacional nunca deben utilizarse como excusa o justificación para expulsarlos de un país, ya que vulnera derechos universales y la dignidad humana, y reduce la protección de personas migrantes que requieran de cuidado especial por parte de los sistemas de salud, con potencial riesgo vital en casos severos.

Tabla 12. Recomendaciones de salud pública generales para población migrante internacional en el mundo, Organización Mundial de la Salud 2015.

RECOMENDACIÓN	DESCRIPCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN
No se recomienda un reconocimiento obligatorio de las poblaciones de refugiados y migrantes para detectar enfermedades	Puesto que no hay pruebas concluyentes de que ello sea costo-eficaz y puede generar ansiedad en los refugiados y la comunidad en general. Más aun, se ha observado que los reconocimientos obligatorios disuaden a los migrantes de solicitar una revisión médica y ponen en peligro la detección de los pacientes de alto riesgo
Se recomienda encarecidamente ofrecer y efectuar controles de salud voluntarios	Para velar por que todos los refugiados y migrantes que necesiten protección sanitaria tengan acceso a cuidados de salud. Tales controles deben efectuarse para detectar tanto enfermedades transmisibles como no transmisibles y siempre respetando los derechos humanos y la dignidad de los migrantes
Los resultados de salud que se puedan recabar en población migrante internacional nunca deben utilizarse como excusa o justificación para expulsarlos de un país	Va contra derechos humanos fundamentales
Evitar estigmas, no existe relación sistemática alguna entre la migración y la importación de enfermedades infecciosas	La evidencia internacional disponible a la fecha en general informa que los refugiados y los migrantes están expuestos principalmente a las enfermedades infecciosas que son comunes en los países donde arriban, sin relación alguna con la migración
Detectar problemas de salud de refugiados y los migrantes en los puntos de entrada o poco después de su llegada	Esto para proteger la salud de personas migrantes internacionales y brindar medidas de cuidado a la salud de ser necesario
Todas y cada una de las personas desplazadas deben tener pleno acceso a un entorno acogedor, a medidas de prevención (por ejemplo, vacunación) y, cuando sea necesario, a atención sanitaria de calidad	Se debe evitar y prevenir todo tipo de discriminación por motivos de sexo, edad, religión, nivel socioeconómico, nacionalidad o raza. Esta es la forma más segura de garantizar que la población residente no esté expuesta innecesariamente a agentes infecciosos importados. La OMS apoya las políticas que tienen por objeto ofrecer servicios de atención de salud a los migrantes y refugiados independientemente de su estado jurídico, como parte de la cobertura sanitaria universal

Fuente: OMS 2015.

En la Región de las Américas, el número de personas que migraron a través de fronteras internacionales aumentó 36% en los 15 últimos años, para llegar actualmente a más de 65 millones. Una proporción elevada de estas personas no tiene acceso a servicios de salud integrales ni cuentan con protección financiera en salud. Con frecuencia, existen obstáculos estructurales que dificultan el acceso a estos servicios asociados con las políticas de salud, la organización de los sistemas de salud y al elevado costo de atención. A esto, se suma el temor de las personas migrantes a la detención y deportación, a las diferencias culturales e idiomáticas, y a la estigmatización y discriminación. La región cuenta con un flujo constante de repatriados que retornan a sus comunidades de origen con peligros asociados a su ciclo migratorio y que encuentran desafíos en su reintegración; una población en tránsito expuesta a enfermedades emergentes, abusos sexuales y violencia; y familias dejadas atrás con afectación psicosocial y condiciones sociales complejas.

En la Región de las Américas, los Jefes de Estado dentro de la Organización de los Estados Americanos acordaron en el 2001, establecer un Programa Interamericano para promover y proteger los derechos humanos de todas las personas migrantes, independientemente de su situación migratoria. Específicamente en lo concerniente a la salud, el 55.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó en el 2016 la resolución CD55.R13 sobre Salud de los Migrantes la cual insta a sus Estados Miembros a generar políticas y programas para abordar las inequidades de salud que afectan a las personas migrantes y promover acciones en las zonas fronterizas. Por su parte, la Conferencia Regional sobre Migración acordó en noviembre del 2016 incorporar el tema de Migración y Salud en el eje temático de Derechos Humanos del Grupo Regional de Consulta sobre Migración. En abril del 2017, Ministros de Salud firmaron la Declaración de Mesoamérica sobre Salud y Migración como Estados Miembros del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano en la cual se reconocen los compromisos para mejorar la salud de las personas migrantes, basados en las recomendaciones de los instrumentos marco.

Para proporcionar insumos de salud al borrador cero del Pacto Mundial para una Migración Ordenada, Segura y Regular (PMM), la OMS y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) junto con Estados Miembros, otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas, e instituciones interesadas, han elaborado el “Componente Propuesto para la Salud para el PMM”. El Grupo de Expertos que conforman el Comité Directivo de la Iniciativa Conjunta de Salud para las Personas Migrantes, con el aporte técnico de OIM y OPS/OMS, elaboró una propuesta de acción cuya meta es la inclusión explícita del componente salud en el Pacto Global para una migración segura, ordenada y regular (Tabla 13).

Tabla 13. Propuesta de acción para la inclusión explícita del componente salud en el Pacto Global para una migración segura, ordenada y regular.

META: INCLUSIÓN EXPLÍCITA DE LA DIMENSIÓN SALUD EN EL PMM	
Tema 1: Los derechos humanos de las personas migrantes	Implementar efectivamente los instrumentos existentes, o desarrollar instrumentos locales, nacionales, binacionales y regionales armonizados, que faciliten la eliminación de obstáculos y generen evidencia sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes, independientemente de su condición migratoria, tales como normas, convenios, protocolos, y sistemas de información.
Tema 2: Los efectos de la migración irregular y por vías regulares	Desarrollar mecanismos nacionales intersectoriales de atención en salud y protección de los derechos de las personas migrantes en condiciones de vulnerabilidad, independientemente de su estatus migratorio, en todas las etapas del ciclo migratorio incluidas las de retorno y reinserción social.
Tema 3: La cooperación internacional y la gobernanza de la migración en todas sus dimensiones	Desarrollar una agenda internacional de cooperación técnica y financiera en salud para las personas migrantes, priorizada y articulada, que aborde todas las etapas del ciclo migratorio.
Tema 4: El tráfico ilícito de migrantes, la trata de mujeres, niños y jóvenes	Fortalecer las capacidades del sector salud para detectar, referir y brindar atención integral, incluyendo el apoyo psicosocial, víctimas de trata, otras formas de esclavitud y secuestro; atender las consecuencias físicas y emocionales vinculadas al tráfico de personas.
Tema 5: Las contribuciones de los migrantes y las diásporas al desarrollo sostenible	Impulsar mecanismos que permitan a la diáspora fortalecer el sistema de salud y protección social en las comunidades de origen, mediante mecanismos que faciliten la movilización de recursos humanos, técnicos y financieros.
Tema 6: Migraciones causadas por los efectos del cambio climático y contextos de crisis	Desarrollar políticas públicas que promuevan la equidad en salud en las comunidades de origen, en respuesta a factores que impulsan la migración en condiciones de vulnerabilidad.

Fuente: Comité Directivo de la Iniciativa Conjunta de Salud para las Personas Migrantes, 2017.

CONCLUSIÓN:

La idea de pedir exámenes de salud, incluyendo de enfermedades infecciosas, como requisito para la entrega de visa en Chile a migrantes es ampliamente rechazada por diversos organismos internacionales, entre los cuales destacan la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional para las migraciones, así como también organismos nacionales como el Instituto de Derechos Humanos, Clínicas Jurídicas dedicadas a la temática migratoria, por mencionar algunos.

Se recomienda promover espacios de diálogo ciudadano y de sensibilización a actores clave y a la comunidad general respecto de las oportunidades y potenciales beneficios de la migración internacional, de la necesidad de proteger la salud de personas migrantes en todo momento para el bienestar social, y del respeto a la diversidad social y cultural, a la dignidad humano y a derechos humanos fundamentales, como base para la construcción de una sociedad global, abierta a la multiculturalidad y responsable de una visión de futuro coherente con valores sociales que promueven la democracia y la libertad.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 11

Financiar la atención de salud a migrantes internacionales en prevención, diagnóstico y tratamiento no es costo-efectivo para el sistema de salud chileno

La creencia que se somete a análisis requiere aclarar un par de elementos teóricos que permitan su correcta evaluación. En primer lugar, esta afirmación hace mención al concepto de costo-efectividad; y en segundo lugar, precisa que el problema debe analizarse desde la perspectiva del sistema de salud chileno. Cada uno de estos elementos se describirán brevemente a continuación.

En primer lugar, la relación de costo-efectividad es una cualidad propia de una intervención o acción en salud sobre una población determinada. Conceptualmente, corresponde a una comparación entre los beneficios adicionales que se esperan de las intervenciones versus su costo de oportunidad. Es decir, dice relación con los beneficios que se habrían obtenido si es que el costo adicional hubiese sido destinado a financiar otras actividades del sistema de salud y que, por lo tanto, afectan a otros beneficiarios del sistema. En segundo lugar, cabe destacar que, en su aplicación más general, la costo-efectividad evaluada desde la perspectiva del sistema de salud, circunscribe su análisis de consecuencias en un único outcome, en este caso, referido a algún resultado o medida de salud. Esto es consistente con la idea que el objetivo final del sistema de salud no es otro que producir salud. Por lo tanto, la afirmación que en esta sección se discute propone que las acciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas -en su conjunto o cualquiera de éstas de manera independiente- en población migrante, producen menos salud que la que se podría producir si es que el costo adicional que incurre el sistema de salud hubiese sido destinado a atender población no migrante. El juicio ético de esta idea es lo que debe ser analizado en detalle, tal y como se presenta a continuación.

Si el outcome de interés es una unidad de salud, por ejemplo, año de vida, año de vida ajustado por discapacidad (DALY) o año de vida ajustado por calidad (QALY); y el set de intervenciones a las que tendría acceso la población migrante es igual a la que tiene acceso la población no migrante; entonces la única razón por la cual la afirmación podría sostenerse es si el valor de la unidad de salud fuese mayor en la población no migrante. Dicho de otra manera, la afirmación es correcta solo si la salud de un migrante, por ejemplo, un año de vida de un migrante, vale menos que un año de vida de un no migrante. La posibilidad de que el valor de la unidad de salud de un ser humano sea menor que la de otro, solamente sobre la base de su condición geográfica de origen, resulta simplemente incorrecta tanto desde la perspectiva de los derechos humanos como desde una perspectiva ética. Por lo tanto, el financiar la atención de salud de migrantes internacionales en prevención, diagnóstico y tratamiento resulta igualmente costo-efectivo que tratar población no migrante residente en Chile. Esta conclusión se desprende del marco lógico que define el concepto de costo-efectividad y no requiere, por lo tanto, demostración empírica.

Sin embargo, el origen y la intención de la afirmación puede no estar anclada en marco conceptual explicado anteriormente; sino que sobre una idea intuitiva -no formal- de eficiencia en la asignación de recursos del sistema de salud. Esta podría ser que el gasto de dar acceso

a servicios de salud a migrantes internacionales no se vería retribuido en su misma magnitud por los gastos futuros evitados. Esta hipótesis corresponde únicamente a un análisis financiero de largo plazo, la cual, de ser verdad, concluiría que el país ha debido incurrir en un gasto neto atribuible al fenómeno inmigratorio positivo. La evaluación de esta pregunta requiere revisión de la evidencia científica.

Bozorgmehr & Razum (2015) estimaron el efecto del acceso restringido a los servicios de salud a personas en búsqueda de asilo y refugiados (A&R) en Alemania comparado con personas A&R con acceso, sobre el gasto en salud incidental de los individuos. El estudio concluyó que el costo que incurre el sistema como consecuencia de restringir acceso es mayor que otorgar acceso a salud a todos. Además, concluye que el exceso de gasto observado en población con restricción de acceso es sustancial y que no puede ser explicado por diferencias en necesidad de esta población. De este estudio de cerca de 15 años de análisis de política de salud de ese país, se recomienda la incorporación formal al sistema de salud de un país de migrantes A&E para protección tanto financiera como de resultados de salud poblacional.

En otro estudio más reciente, los mismos autores (Bozorgmehr y cols 2017) reportan una evaluación económica de una política de implementar tamizaje obligatorio para población A&R en Alemania, una medida preventiva que -en teoría- podría evitar gastos futuros del sistema de salud. Los resultados concluyen que esta medida resulta excesivamente costosa para el sistema alemán en relación a su capacidad de identificar casos que requieren tratamiento. Aunque la conclusión no está basada en un contraste con beneficios de largo plazo, orienta a que el abordaje de screening o tamizaje en salud toda la población migrante podría no ser lo más eficiente, sino que se recomendaría concentrar el tamizaje en grupos de mayor riesgo; lo cual no sería muy distinto que lo planteado para la política pública general para el grupo de origen nacional.

El resto de la evidencia disponible en la literatura de salud se enfoca fundamentalmente en evaluar la costo-efectividad de programas específicos de servicios de salud que los sistemas podrían no tener implementados, pero que, a la luz de la inmigración, requerirían de su evaluación. Es el caso del tamizaje de enfermedades infecciosas de baja prevalencia en la jurisdicción receptora. Por ejemplo, Holanda -un país con baja prevalencia de Hepatitis B y C- decidió ofrecer tamizaje gratuito a inmigrantes de áreas con prevalencias mayores a 2%. Los resultados del análisis económico, que utiliza una perspectiva social y un tiempo horizonte de curso de vida, concluyen que financiar estos programas es claramente costo-efectivo para el sistema de salud holandés, con ICERs que oscilan entre 4.900 y 9.700 euros por QALY adicional (Suijkerbuijk y cols. 2018). Esta idea ha sido consistente en la literatura en el caso de hepatitis C. Destacamos una reciente revisión sistemática publicado por Greenaway y cols (2018), donde se reporta que la costo-efectividad de ofrecer tamizaje para hepatitis C es favorable y, por lo tanto, una medida eficiente, pero en la medida que asociado al tamizaje exista acceso a terapias terapéuticas. Esto enfatiza que el acceso a programas específicos como los de tamizaje dependen del acceso al resto de los servicios de salud que están instalados en los sistemas. Similares conclusiones se han obtenido en estudios evaluando otros problemas de salud como tuberculosis (Sanneh & Al-Shaareef, 2014), hepatitis B (Buja et al., 2015) y Chagas (Zammarchi y cols. 2015; Requena-Méndez y cols, 2017).

CONCLUSIÓN:

La idea de que financiar la atención de salud a migrantes internacionales en prevención, diagnóstico y tratamiento no es costo-efectivo para el sistema de salud chileno no es coherente con la evidencia científica disponible en la actualidad. Diversos estudios documentan que la incorporación temprana de migrantes internacionales al sistema de salud de países de destino, en especial migrantes vulnerables, retorna amplios beneficios en gasto en salud a largo plazo. Por el contrario, excluirllos del sistema de salud tendería a representar mayores gastos en salud en el horizonte de tiempo.

Se recomienda que los estados, incluyendo el chileno, incorporen una perspectiva sanitaria de largo tiempo, que permita establecer medidas de integración de migrantes internacionales que protejan la salud de todos en el territorio y el gasto de los sistemas de salud, así como su adecuada evaluación a corto, mediano y a largo plazo.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#10 ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin") AND ("cost-effectiveness analysis" OR "health technology assessment" OR "cost-consequence analysis")

17 de mayo del 2019: 08 hits

Tabla 14. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DE ESTUDIO
Bozorgmehr	2015	Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. <i>PLOS ONE</i> , 10(7). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483	Estimar el efecto de la restricción de acceso a servicios de salud en personas en búsqueda de asilo y refugiados en Alemania
Bozorgmehr	2017	Bozorgmehr, K., Wahedi, K., Noest, S., Szecsenyi, J., & Razum, O. (2017). Infectious disease screening in asylum seekers: range, coverage and economic evaluation in Germany, 2015. <i>Eurosurveillance</i> , 22(40). https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2017.22.40.16-00677	Estimar el costo por caso identificado y la cobertura, en programas de detección y diagnóstico de enfermedades infecciosas.
Buja	2015	Buja, I., Martines, D., Lobello, S., Vinelli, A., Bardelle, G., Lopatriello, S., . . . Baldo, V. (2015). A cost-consequence analysis of hepatitis B screening in an immigrant population. <i>Ann Ist Super Sanita</i> , 51(4), 327–35. https://doi.org/10.4415/ANN_15_04_13	Detectar el virus de la hepatitis B entre los grupos en riesgo, como las poblaciones migrantes, ha demostrado ser una estrategia rentable. Con el fin de asesorar a los formuladores de políticas locales, las consecuencias de los costos de la detección del VHB se evaluaron utilizando un enfoque de modelado.
Greenaway	2018	Greenaway, C., Makarenko, I., Abou Chakra, C., Alabdulkarim, B., Christensen, R., Palayew, A., . . . Morton, R. (2018). The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Hepatitis C Screening for Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 15(9). https://doi.org/10.3390/ijerph15092013	Estimar la efectividad y la rentabilidad de las pruebas de detección del VHC para los migrantes que viven en la UE / EEE.
Requena-Mendez	2017	Requena-Méndez, A., Bussion, S., Aldasoro, E., Jackson, Y., Angheben, A., Moore, D., . . . Sicuri, E. (2017). Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis. <i>The Lancet Global Health</i> , 5(4), 439–447. https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30073-6	Realizar una evaluación económica de la detección sistemática de la enfermedad de Chagas en la población latinoamericana que asiste a centros de atención primaria en Europa.

Sanneh	2014	Sanneh, A. F., & Al-Shareef, A. (2014). Effectiveness and costeffectiveness of screening immigrants schemes for tuberculosis (TB) on arrival from high TB endemic countries to low TB prevalent countries. <i>African Health Sciences</i> , 14(3), 663–71. https://doi.org/10.4314/ahs.v14i3.23	Evaluar la eficiencia de la detección activa de detección de tuberculosis en el puerto de llegada para inmigrantes de regiones endémicas de tuberculosis en comparación con la detección pasiva de poblaciones de inmigrantes de regiones endémicas de tuberculosis
Suijkerbuijk	2018	Suijkerbuijk, A. W. M., Van Hoek, A. J., Koopsen, J., De Man, R. A., Mangen, M. J., De Melker, H. E., . . . Veldhuijzen, I. K. (2018). Cost-effectiveness of screening for chronic hepatitis B and C among migrant populations in a low endemic country. <i>PLOS ONE</i> , 13(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207037	Evaluar la relación de costo-efectividad de detectar a los migrantes nacidos en el extranjero con VHB crónico y / o VHC utilizando una perspectiva social.
Zammarchi	2015	Zammarchi, L., Casadei, G., Strohmeier, M., Bartalesi, F., Liendo, C., Matteelli, A., . . . Bartoloni, A. (2015). A scoping review of cost-effectiveness of screening and treatment for latent tuberculosis infection in migrants from high-incidence countries. <i>BMC Health Services Research</i> , 15(1). https://doi.org/10.1186/s12913-015-1045-3	Evaluar la rentabilidad de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la infección latente de tuberculosis en los migrantes.

CREENCIA VERSUS EVIDENCIA 12

Migrantes internacionales portan mayor resistencia antibacteriana que la población local

La migración internacional es un fenómeno complejo y en evolución, que requiere un estudio profundo y riguroso para satisfacer las necesidades de salud de los pacientes y controlar los riesgos potenciales para la salud pública. Está influenciado por la estratificación laboral internacional, las desigualdades de los países, los conflictos y la pobreza, el calentamiento global y los desastres naturales. A nivel mundial, los migrantes internacionales representan una población altamente heterogénea, con múltiples países de origen, antecedentes culturales y necesidades de atención médica. Comprender las condiciones de vida y los riesgos para la salud de las diversas poblaciones de migrantes es una prioridad mundial, como se indica en varios objetivos para el desarrollo sostenible. La resistencia antibacteriana es una de las muchas preocupaciones en torno a la migración internacional, que requiere una mejor comprensión para la acción de salud. Explorar la relación entre el estado de migración internacional y la resistencia a las drogas bacterianas podría informar a las partes interesadas de la salud pública sobre la toma de decisiones sanitarias hacia la protección de la salud de los migrantes y la población en general. También podrían contribuir a reducir los prejuicios sesgados y mal informados de los médicos y la población general, quienes podrían concebir la migración como un vehículo para la diseminación de la enfermedad a nivel mundial.

La movilidad internacional de la población es, para diversos autores, un factor subyacente en la aparición de amenazas y riesgos para la salud pública que deben gestionarse a nivel mundial (Gushulak, Weekers, & MacPherson, 2010). Estos riesgos a menudo están relacionados, pero no limitados, con patógenos transmisibles. En este contexto de movimiento humano, otros procesos globales como la economía, el comercio, el transporte, el medio ambiente y el cambio climático, así como la seguridad civil, influyen en los impactos en la salud de la aparición de enfermedades. Al mismo tiempo, los sistemas de información globales, junto con los marcos regulatorios para la vigilancia y la notificación de enfermedades, afectan la conciencia organizativa y pública de los eventos de importancia potencial para la salud pública. Las regulaciones internacionales dirigidas a la mitigación y el control de la enfermedad no han seguido el ritmo de los crecientes desafíos asociados con el volumen, la velocidad, la diversidad y la desigualdad de los patrones modernos del movimiento humano. La tesis de que la movilidad de la población humana es en sí misma un determinante importante de la salud pública mundial se apoya en la perspectiva de los determinantes de la salud poblacional (como genética / biología, comportamiento, medio ambiente y socioeconomía). Las diferencias de prevalencias de enfermedades se basan en las políticas y regulaciones de salud nacionales e internacionales existentes, así como en los cambios interregionales en la demografía de la población y en los resultados de salud. Para un correcto y oportuno manejo de salud pública global, entonces, se requiere de un amplio espectro de partes interesadas y colaborativas, desde proveedores de atención de salud individuales hasta responsables políticos y organizaciones internacionales que están involucradas principalmente en la gestión de la salud global.

Algunos estudios sugieren que los inmigrantes internacionales podrían traer resistencia a los medicamentos bacterianos a los países receptores, creando una carga de salud pública. A partir de una búsqueda de literatura científica de revisiones sistemáticas en este tema, sólo se encontraron dos revisiones sistemáticas relacionadas (Smalen et al., 2017; Nellums, Rustage, et al., 2018). Smalen recopiló artículos de 2016 o anteriores, la mayoría de ellos dedicados a la tuberculosis resistente. Este artículo tuvo como objetivo identificar el impacto de los refugiados y solicitantes de asilo en la adquisición y transmisión de resistencia antimicrobiana a través de una búsqueda bibliográfica. En total, se identificaron 577 artículos, y los estudios fueron elegibles si cumplían con los criterios de selección, incluido el diseño del estudio observacional. En total, 17 artículos cumplieron con dichos criterios, la mayoría de los cuales eran de la región europea. Los artículos que se ajustaban a los criterios de selección reportaron resistencia antimicrobiana exclusivamente en las siguientes especies bacterianas: *Mycobacterium tuberculosis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Shigella* spp., *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium* y *Acinetobacter baumannii*. Los análisis indicaron que un alto porcentaje de cepas resistentes había estado circulando entre los refugiados y solicitantes de asilo. De esta forma, los autores concluyeron que el desplazamiento de refugiados y solicitantes de asilo podría desempeñar un papel clave en la transmisión de la RAM. Además, recomendaron nuevas investigaciones sobre este tema.

Por otra parte, Nellums y cols. se focalizaron en Europa e identificaron 2274 artículos, de los cuales analizaron 23 estudios observacionales que informaban sobre la resistencia a los antibióticos en 2319 migrantes. La prevalencia combinada de cualquier infección por bacterias resistentes en los migrantes fue de 25,4% (I2= 98%), incluido *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (7,8%, I2= 92%) y bacterias Gram negativas resistentes a los antibióticos (27%, I2= 94%). La prevalencia combinada de cualquier infección por bacterias resistentes fue mayor en los refugiados y solicitantes de asilo (33%, I2= 98%) que en otros grupos de migrantes (6%, I2= 92%). La prevalencia combinada de organismos resistentes a los antibióticos fue ligeramente mayor en entornos de comunidades de altos migrantes (33%, I2= 96%) que en los migrantes en hospitales (24%, I2= 98%) (Nellums et al., 2018). Cabe destacar que no encontraron evidencia de altas tasas de transmisión de la resistencia antibacteriana desde las poblaciones migrantes a las de acogida. Esta revisión concluyó que los migrantes están expuestos a condiciones que favorecen la aparición de resistencia a las drogas durante el tránsito y en los países de acogida. El aumento de la resistencia a los antibióticos entre los refugiados y solicitantes de asilo y en entornos de ciertos tipos de comunidades de inmigrantes (como los campamentos de refugiados y los centros de detención) destaca la necesidad de mejorar las condiciones de vida, el acceso a la atención médica y las iniciativas para facilitar la detección y el tratamiento adecuado de alta calidad para infecciones resistentes a los antibióticos durante el tránsito y en los países de acogida. Los protocolos para la prevención y el control de la infección y para la vigilancia de los antibióticos deben integrarse en todos los aspectos de la atención de salud, los que a su vez deben ser accesibles para todos los grupos de migrantes y apuntar a los determinantes del desarrollo de RAM antes, durante y después de la migración.

Dada la importante brecha de conocimiento actual, un equipo interdisciplinario en Chile realizó una revisión sistemática para testear la existencia de una relación entre la resistencia

bacteriana y el estado de la migración internacional en comparación con la población local (Cabieses, Munita, Peters, Uphoff, & Astorga, 2018). De la ecuación de búsqueda se obtuvieron 334 hits en la base de datos científica PubMed. De estos, 10 artículos cumplieron con los criterios de inclusión (refugiados= 5, generales/no informados= 5). Nueve de diez artículos mostraron que los migrantes tenían tasas más altas de resistencia antibacteriana y 1 reportó tasas similares. De esos nueve, 5 se enfocaron en refugiados que viven en la pobreza y con una serie de riesgos para la salud antes y después de su llegada al país de acogida. Los demás estudios no presentaron una descripción adecuada del tipo de migrante internacional que estaban representando en su estudio. Por otra parte, los diez estudios tenían importantes limitaciones de calidad que podrían afectar su validez interna y externa. En conclusión, de acuerdo con la evidencia limitada existente y analizada en este estudio, tener un estatus de refugiado está asociado con una mayor resistencia bacteriana a los medicamentos. No obstante, se reconoce que se requieren estudios de alta calidad para explorar cómo los migrantes vulnerables podrían enfrentar mayores riesgos de resistencia a los antimicrobianos en comparación con la población migrante general y los locales. Ninguno de estos estudios fue realizado en Chile.

CONCLUSIÓN:

La idea de que los migrantes internacionales portan mayor resistencia antibacteriana que la población local puede ser revisada a la luz de la evidencia científica internacional disponible. Estudios sugieren que no habría mayor resistencia en población migrante general, pero que sí es posible de observar en grupos particulares de mayor vulnerabilidad social tales como solicitantes de asilo y refugio. Estos grupos de migrantes internacionales son habitualmente minoritarios y experimentan riesgos en salud asociados a pobreza, hacinamiento, mala alimentación, uso inadecuado de antibióticos, limitado acceso a prestaciones de salud de distinto tipo, segregación y exclusión social, entre otros.

Se recomienda avanzar en el conocimiento actual de las condiciones de vida y riesgos de desarrollar resistencia antibacteriana en población migrante internacional en Chile y la región, de manera de establecer medidas de prevención y manejo oportuno que preserve la sensibilización a antibióticos en población general y en grupos de mayor riesgo.

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA (PUBMED):

#11 ("Transients and Migrants"[MeSH] OR "Emigrants and immigrants"[MeSH] OR "Refugee"[All Fields] OR "Migration background"[All Fields] OR "Immigrant background"[All Fields] OR "Migrant"[All Fields] OR "Migrants"[All Fields] OR "Immigrant"[All Fields] OR "Immigrants"[All Fields] OR "Ethnic minority"[All Fields]) AND ("Drug Resistance, Microbial"[MeSH] OR "Drug Resistance, Bacterial"[MeSH] OR "antimicrobial resistance" OR "antibiotic resistance" OR "multidrug resistance")

24 de septiembre del 2017: 332 hits

Tabla 15. Resumen de artículos incluidos en esta sección

PRIMER AUTOR	AÑO PUBLICACIÓN	REFERENCIA	OBJETIVO DEL ESTUDIO
Cabieses, B	2018	Cabieses, B, Munita, J., Peters, A., Uphoff, N., & Astorga, S. (2018). Systematic review: is there a relationship between bacterial drug resistance and global social conditionants like poverty, socioeconomic inequality and international migration? Recuperado 16 de mayo de 2019, de PROSPERO Natural Institute for Health Research website: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018114436	Responder, a través de una búsqueda bibliográfica si existe una relación entre la resistencia a las drogas bacterianas y los condicionantes sociales globales como la pobreza, la desigualdad socioeconómica y la migración internacional.
Gushulak, BD	2009	Gushulak, B., Weekers, J., & MacPherson, D. (2010). Migrants and emerging public health issues in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. <i>Emerging Health Threats Journal</i> , 2. https://doi.org/10.3134/ehthj.09.010	Este documento destaca algunas de las amenazas y riesgos emergentes para la salud pública, identifica las brechas en los marcos existentes para gestionar los problemas de salud asociados con la migración y sugiere cambios en el enfoque de la movilidad de la población, la globalización y la salud pública
Nellums LB	2018	Nellums, L. B., Thompson, H., Holmes, A., Castro-Sánchez, E., Otter, J. A., Norredam, M., ... Hargreaves, S. (2018). Antimicrobial resistance among migrants in Europe: a systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet Infectious Diseases</i> , 18(7), 796-811. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30219-6	Identificar y sintetizar datos para el transporte o la infección de la resistencia antimicrobiana (RAM) en los migrantes a Europa para examinar las diferencias en los patrones de RAM en todos los grupos de migrantes y en diferentes entornos
Smalen	2017	Smalen, A. W., Ghorab, H., Abd El Ghany, M., & Hill-Cawthorne, G. A. (2017). Refugees and antimicrobial resistance: A systematic review. <i>Travel Medicine and Infectious Disease</i> , 15, 23-28. https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2016.12.001	Identificar el impacto de los refugiados y solicitantes de asilo en la adquisición y transmisión de resistencia antimicrobiana (RAM) a través de una búsqueda bibliográfica.
Ravensbergen	2017	Ravensbergen, S. J., Berends, M., Stienstra, Y., & Ott, A. (2017). High prevalence of MRSA and ESBL among asylum seekers in the Netherlands. <i>PLOS ONE</i> , 12(4), e0176481. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176481 (Ravensbergen, Berends, Stienstra, & Ott, 2017)	Describir la tasa de MRSA y Enterobacteriaceae resistentes a múltiples fármacos (MDRE) entre los pacientes solicitantes de asilo en comparación con la población general de pacientes, con base en muestras clínicas y de detección

<u>Reinheimer</u>	2017	Reinheimer, C., Kempf, V. A. J., Jozsa, K., Wichelhaus, T. A., Hogardt, M., O'Rourke, F., & Brandt, C. (2017). Prevalence of multidrug-resistant organisms in refugee patients, medical tourists and domestic patients admitted to a German university hospital. <i>BMC Infectious Diseases</i> , 17. https://doi.org/10.1186/s12879-016-2105-y	Este estudio aborda la epidemiología de MDRO en pacientes refugiados en comparación con pacientes después del tratamiento previo en hospitales en el extranjero admitidos en UHF entre diciembre de 2015 y junio de 2016
<u>Jenks</u>	2016	Piper Jenks, N., Pardos de la Gandara, M., D'Orazio, B. M., Correa da Rosa, J., Kost, R. G., Khalida, C., ... Tobin, J. N. (2016). Differences in prevalence of community-associated MRSA and MSSA among U.S. and non-U.S. born populations in six New York Community Health Centers. <i>Travel Medicine and Infectious Disease</i> , 14(6), 551-560. https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2016.10.003	Examinar las diferencias en la prevalencia de MRSA y MSSA en infecciones confirmadas por <i>S. aureus</i> en una cohorte de pacientes que se presentaron en CHC con SSTI.
<u>Ravensbergen</u>	2016	Ravensbergen SJ, Lokate M, Cornish D, Kloeze E, Ott A, Friedrich AW, et al. (2016) High Prevalence of Infectious Diseases and Drug-Resistant Microorganisms in Asylum Seekers Admitted to Hospital; No Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae until September 2015. <i>PLoS ONE</i> 11(5): e0154791. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154791	Informar el espectro de enfermedades infecciosas, la prevalencia de pacientes portadores de MDRO entre los solicitantes de asilo que acudieron al Centro Médico Universitario de Groningen, ubicado cerca del centro de registro nacional para solicitantes de asilo en los Países Bajos.
<u>Reinheimer</u>	2016	Reinheimer, C., Kempf, V. A. J., Göttig, S., Hogardt, M., Wichelhaus, T. A., O'Rourke, F., & Brandt, C. (2016). Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June–December 2015. <i>Euro Surveillace: Bulletin European Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin</i> , 21(2). https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.2.30110 (Reinheimer et al., 2016)	Describir la prevalencia de MDR GNB y MRSA en pacientes ingresados en alojamientos de refugiados (REF) en el Hospital Universitario de Frankfurt am Main (UHF), Alemania, entre junio y diciembre de 2015 y lo comparamos con la prevalencia en pacientes residentes.
<u>Böcher</u>	2008	Böcher, S., Gervelmeyer, A., Monnet, D. L., Mølbak, K., Skov, R. L., & Danish CA-MRSA Study Group. (2008). Methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> : risk factors associated with community-onset infections in	Identificar los factores de riesgo para infecciones MRSA con inicio en la comunidad.

		Denmark. <i>Clinical Microbiology and Infection: The Official Publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases</i> , 14(10), 942-948. https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2008.02055.x	
<u>Bergan</u>	1998	Bergan, T., Gaustad, P., Høiby, E. A., Berdal, B. P., Furuberg, G., Baann, J., & Tønjum, T. (1998). Antibiotic resistance of pneumococci in Norway. <i>International Journal of Antimicrobial Agents</i> , 10(1), 77-81.	Una colección de 178 aislamientos neumocócicos encontrados en Noruega durante el período 1987–1994 se probó para determinar su susceptibilidad a la bencilpenicilina, macrólidos (azitromicina, claritromicina, diritromicina, eritromicina, despostocitina, adyuvocitina, espumitromicina, espumitromicina, adyuvocitina).
<u>Banatvala</u>	1994	Banatvala, N., Davies, G. R., Abdi, Y., Clements, L., Rampton, D. S., Hardie, J. M., & Feldman, R. A. (1994). High prevalence of <i>Helicobacter pylori</i> metronidazole resistance in migrants to east London: relation with previous nitroimidazole exposure and gastroduodenal disease. <i>Gut</i> , 35(11), 1562-1566. https://doi.org/10.1136/gut.35.11.1562	Este estudio examinó si los migrantes remitidos para gastroscopia diagnóstica en un centro del Reino Unido tenían una mayor prevalencia de resistencia al metronidazol que los sujetos nacidos en el Reino Unido que asistían a la endoscopia.
<u>Costa</u>	2018	Costa, E., Tejada, M., Gaia, P., Cornetta, M., Moroni, A., Carfora, E., ... Frigiola, A. (2018). Prevalence of multidrug-resistant organisms in migrant children admitted to an Italian cardiac surgery department, 2015–2016. <i>Journal of Hospital Infection</i> , 98(3), 309-312. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.11.005	Informar los resultados del examen microbiológico en 141 niños italianos y 354 niños migrantes candidatos a cirugía cardíaca realizados en 2015-2016.
<u>Oelmeier</u>	2017	Oelmeier de Murcia, K., Glatz, B., Willems, S., Kossow, A., Strobel, M., Stühmer, B., ... Möllers, M. (2017). Prevalence of Multidrug Resistant Bacteria in Refugees: A Prospective Case Control Study in an Obstetric Cohort. <i>Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie</i> , 221(3), 132-136. https://doi.org/10.1055/s-0043-102579	Determinar la prevalencia de bacterias resistentes a múltiples fármacos (MDR) en una cohorte de mujeres embarazadas refugiadas

DISCUSIÓN

MENSAJES PRINCIPALES DE ESTA REVISIÓN

En los últimos años el escenario mundial se ha visto desafiado por grandes masas de personas que se han movilizado desde países empobrecidos o en guerra hacia países más ricos y prósperos, como medida de supervivencia a las insostenibles condiciones en las que se encontraban en sus países de origen. Este documento tuvo como propósito desarrollar una revisión científica de la literatura internacional en torno a una serie de aseveraciones que existen en la actualidad en Chile en torno a la migración internacional y las enfermedades infecciosas. Siendo la migración internacional un fenómeno en alza reciente y novedoso para Chile, que provoca interés en sus múltiples dimensiones incluyendo la temática de enfermedades infecciosas, es necesario revisar lo que la evidencia científica internacional puede informar para su transferencia a nuestra realidad. Por otra parte, es importante posicionar la salud de los migrantes internacionales bajo un marco ético mínimo de protección al ser humano, independiente de su país de origen o etnia, desde donde se comprenda la relación entre migración y salud de manera real, amplia e integral, y desde donde se promueva el ejercicio de un Estado de derecho en democracia y protección social en salud como cimiento para el desarrollo social, humano y económico de un país.

A partir de lo expuesto en el documento, se concluye que la migración debe ser abordada como un determinante transversal de la salud, que implica cambios en los procesos de salud-enfermedad transnacionales, incluyendo los ámbitos de las enfermedades infecciosas. Esto conlleva una serie de desafíos tanto sociales, como culturales y económicos para las sociedades receptoras, y en especial para los sistemas de salud (Fernández-Niño & Navarro-Lechuga, 2018). Tal como plantea el documento, gran parte de la discusión en torno a la relación entre migración y enfermedades infecciosas se basa en una amplia gama de supuestos construidos socialmente, y cuyos pilares yacen fundamentalmente en ideas de diferencia y distancia de otro que me resulta ajeno y desconocido (esto es, un otro “distante” y “diferente”). Esto conlleva, en muchos casos, a procesos de estigma y discriminación que nos separa y excluye al interior de nuestra sociedad. Esto es lo que enfrentan ciertos grupos de migrantes en la actualidad, a quienes por ejemplo se les atribuye de manera inequívoca el aumento de algunas enfermedades infecciosas en el país. Igual como ha sucedido en otras partes del mundo, donde enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA y la TB se constituyeron en un elemento adicional para reforzar el estigma, la discriminación y las medidas de control de la movilidad poblacional que ya existían contra los migrantes antes de la epidemia (Leyva, Quintino, Caballero, & Infante, 2009), en Chile actualmente estamos en presencia de un fenómeno similar.

Frente a esto surge la necesidad de generar una discusión basada en la evidencia, que permita evaluar las diversas aristas involucradas en el fenómeno para, desde una posición informada, poder generar estrategias efectivas, que sean elaboradas desde un marco de derechos humanos, participación y equidad en salud, y que sean culturalmente pertinentes. Esto implica ampliar la mirada más allá de los ámbitos de salud, generando iniciativas intersector-

riales que incluyan además de salud, a los sectores de educación, desarrollo social, equidad de género, entre otros. Además, estrategias que cuestionen los discursos y las construcciones sociales que se han erguido en torno a las personas migrantes en todos los ámbitos, principalmente en relación con las enfermedades infecciosas ya que, como se sostiene en el documento, este tipo de patologías no solo son de enorme preocupación para la salud pública en todo el mundo, sino que también es motivo de controversia dado el estigma y discriminación que conllevan hacia población migrante.

Tal como se destaca en el documento, y como lo subrayan los organismos internacionales, la población migrante se ve expuesta a una serie de condiciones que los hacen más propensos a aumentar el riesgo de sufrir ciertas enfermedades (OMS, 2018). Junto con esto, los mismos procesos de desplazamiento pueden provocar que los migrantes sean más vulnerables frente a ciertas enfermedades infecciosas. En esta línea, la evidencia da cuenta que una proporción significativa de migrantes contraen las enfermedades tras su llegada a los países de acogida (OMS, 2018). Bajo esta perspectiva, se comprende que la migración no es, en sí misma, la que define los riesgos de salud, entre ellos los riesgos ante enfermedades infecciosas, sino que las condiciones en que ocurre el proceso migratorio desde los lugares de origen, tránsito y destino son las que sitúan a las poblaciones migrantes en una condición de vulnerabilidad (Leyva et al., 2009). Desde este marco se comprende la posición de la Organización Mundial de la Salud al sostener que, a pesar de la creencia generalizada de que la población migrante es una de las principales fuentes de transmisión de enfermedades infecciosas a la población de acogida, solo existe un riesgo muy bajo de que los y las migrantes transmitan enfermedades a la población no migrante (OMS, 2018).

EL APORTE DE ESTE TRABAJO A LA SALUD PÚBLICA DE CHILE

El objetivo de este documento ha sido el de visibilizar la temática de enfermedades infecciosas y su relación con la población migrante internacional desde la evidencia tanto nacional como internacional. Con esto se busca ser un aporte en la construcción de un diálogo informado sobre este tema en salud pública, el cual permita generar una agenda de acciones concretas en esta materia desde un enfoque de derechos y participación ciudadana. Pensamos que esta es la vía necesaria para ejercer una democracia en salud, y avanzar hacia el derecho a la salud en tanto derecho universal, donde todos y todas tengamos un espacio de inclusión desde un enfoque de equidad en salud, donde las diferencias que nos constituyen no se transformen en injusticias en salud. Actuar desde la evidencia permite a su vez generar estrategias de vigilancia en salud basadas en la ética, más que en estigmas y prejuicios los cuales nos alejan de accionar ético en salud. Esto va en la línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a nivel mundial, y con los objetivos sanitarios del país. Además, es un enfoque que busca relevar el reconocimiento de la diversidad social del nuevo Chile en tanto un valor para la sociedad que buscamos construir, la cual esté basada en el respeto, la inclusión social en general, y la inclusión en salud.

LA IMPORTANCIA DE LA MIRADA SOCIAL EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Este documento resalta la importancia de dar cuenta de la heterogeneidad en la composición de la población migrante. Tal como se señala a lo largo del texto, dentro de la población migrante existe una diversidad importante en cuanto a edad, género, orientación sexual, clase social, nivel educacional, motivos de migración, país de origen y estatus legal, entre otras variables. Estas variables deben ser consideradas a la hora de realizar un análisis respecto a la población migrante y su relación con las enfermedades infecciosas ya que no todos los grupos sociales están en las mismas condiciones de enfrentar los riesgos propios de las sociedades modernas, en este caso riesgos asociados a la salud. Tal como sostiene Douglas (1996), no todas las personas dentro de las sociedades están igualmente situadas con respecto al riesgo: hay quienes tienen más herramientas para hacer cálculos de riesgo y quienes están en una posición desfavorecida en este ámbito. Para los editores de este documento, y para muchos expertos en Chile y el mundo, la valoración del riesgo no es individual, sino que es un tema cultural ya que está inserta en el contexto social en que se producen determinadas situaciones. Esta diferenciación respecto a la posición para hacer cálculos frente al riesgo se reproduce dentro de la población migrante internacional en Chile la que, dependiendo de una serie de determinantes sociales, entre ellos, género, generación, etnia, condiciones de vida, entre otros, se sitúan en una mejor o peor posición frente a los riesgos en salud. Así, dentro de la población migrante es posible encontrar diferenciaciones importantes respecto a la exposición frente a determinados riesgos, entre ellos, enfermedades infecciosas, pudiéndose anticipar que aquellos que se ven más expuestos son los grupos que presentan mayores vulnerabilidades sociales tales como mujeres; niños, niñas y adolescentes; diversidad sexual; entre otros.

Junto con la valoración respecto a la posición en que se encuentran determinados grupos dentro de la población migrante para hacer frente a los riesgos en salud, urge la necesidad de enfatizar el carácter múltiple y dinámico del grupo social denominado como migrantes internacionales. Este dinamismo se plasma en los procesos de construcción de identidades que emergen en el proceso migratorio, marcados por dinámicas donde la movilidad genera un diálogo entre lo global y lo local, y las identidades cobran fuerza, pero no aquellas caracterizadas por un sentido colectivo e inmutable, sino aquellas caracterizadas por la multiplicidad y la diversidad de posibilidades del ser (Alabarces & Garriga, 2007; Bauman, 2002). Explorar en los procesos de construcción de identidades de las personas migrantes en la actualidad aparece como una prioridad a la hora de indagar en la relación entre migración y enfermedades infecciosas. Identificar, por ejemplo, los procesos de construcción de identidades de género en adolescentes migrantes, la relación que establecen con sus cuerpos y sus sexualidades son procesos sociales y simbólicos clave para aproximarnos a la temática de enfermedades infecciosas en este grupo específico ya que, como plantea Tijoux (2014) la construcción de otredad que recae sobre los cuerpos de los sujetos migrantes, a través de una imagen estereotipada que genera un proceso de racialización y sexualización de estos.

Comprender desde una perspectiva cualitativa el significado de estos procesos y de datos epidemiológicos que resaltan la relación entre aumento de enfermedades infecciosas

y migración internacional requiere necesariamente, además de lo expuesto hasta ahora, la inclusión de un enfoque de interculturalidad en salud. Esto implica generar acciones que tienen tanto a visibilizar como incorporar efectivamente la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, generando una comunicación efectiva y un diálogo permanente entre las personas involucradas en los procesos de salud-enfermedad-atención. Para el tema que nos convoca, a saber, las enfermedades infecciosas, implica abordar a la población migrante desde un enfoque de pertinencia cultural, comprendiendo el fenómeno no solo desde la mirada biomédica, sino abordando al sujeto desde sus múltiples complejidades tanto identitarias, como de condiciones de vida, y de curso de vida. En este contexto comprender además la migración como un proceso complejo, que sitúa a las personas en gran parte de los casos en una posición de vulnerabilidad, que los expone a mayores situaciones de riesgo en salud, entre ellos, frente a enfermedades infecciosas. Esto nos lleva a resaltar la importancia de considerar los Determinantes Sociales de la Salud en el análisis de la migración internacional y salud, ya que, tal como se ha establecido a lo largo del documento, los procesos migratorios involucran cambios en los estilos de vida, condiciones del medio social y comunitario, lo socioeconómico, político y estructural, así como lo ambiental (Van del Laaf, 2017). Todos estos cambios generan mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y comunidades que los reciben (Van der Laaf, 2017)

Dentro de los diversos determinantes, el género cobra especial relevancia a la hora de examinar el vínculo entre migración y enfermedades infecciosas. Las mujeres representan alrededor de la mitad del total de migrantes en la actualidad, y el 44,3% de los trabajadores migrantes que hay en el mundo. Esto implica que existe un gran porcentaje de mujeres que migran en busca de oportunidades laborales que no encuentran en su país de origen, lo cual favorece su autonomía y empoderamiento económico, pero también conlleva en muchas ocasiones un riesgo para su seguridad (Lupica, 2017). Se sostiene que cuando las mujeres son migrantes, se ven más expuestas a riesgos de discriminación, abuso e incluso de explotación (Lupica, 2017). La discriminación basada en el género se cruza a su vez con otros tipos de discriminaciones, entre ellas, por nacionalidad, origen étnico, posición socioeconómica, situando a las mujeres en una posición de vulnerabilidad que en muchas ocasiones es considerablemente mayor a la que sufren los hombres migrantes (Lupica, 2017). Por otra parte, es necesario considerar la falta de un enfoque de masculinidades en los análisis de migración y salud, lo cual lleva a una invisibilización del impacto que los procesos migratorios tienen sobre la salud de los hombres, así como el rol que juegan los mandatos culturales de género en la exposición de los hombres a mayores conductas de riesgo vinculadas a enfermedades infecciosas (Barker, Ricardo, Nascimento, Olukoya, & Santos, 2010; Rebello & Gomes, 2009).

¿QUIÉN PODRÍA BENEFICIARSE DE ESTE DOCUMENTO?

A través de este documento se busca aportar al quehacer de profesionales y trabajadores de diversos ámbitos, entre ellos, del ámbito clínico; salubristas; epidemiólogos; estudiantes del área de la salud y de las ciencias sociales; autoridades sanitarias del Ministerio de Salud y Seremis del país, Redes Asistenciales; grupos de migrantes organizados; académicos de Chile y la región; sociedad civil; organismos internacionales; entre otros. El objetivo es brindar he-

rramientas de sensibilización en temática de población migrante internacional y salud, específicamente en lo relativo a enfermedades infecciosas, derribando, a partir de la evidencia, los principales mitos que circulan en los ámbitos sociales, académicos y asistenciales respecto al vínculo ente migración y enfermedades infecciosas. Asimismo, capacitar en el desarrollo de habilidades interculturales, de derechos humanos en salud, de participación, y de género, que aporten al desarrollo de una mayor equidad en salud en población migrante. Por último, ser un motor para la generación de nuevas acciones en salud poblacional para la prevención, diagnóstico y manejo oportuno de enfermedades infecciosas, vigilancia de salud pública, planificación sanitaria, entre otras.

FUTURAS INVESTIGACIONES EN ESTE TEMA

El documento busca ser el inicio de una línea de investigación y acciones concretas en el campo de enfermedades infecciosas y su vínculo con población migrante internacional. Se espera que el documento motive el desarrollo de diversos tipos de estudios, entre ellos, cuantitativos, cualitativos y multimétodos en esta área, así como estudios longitudinales, todos los cuales permitan un mayor y mejor registro en población nacional y migrante sobre los riesgos, adquisición, diagnóstico y manejo de enfermedades infecciosas durante todo el proceso migratorio, es decir, abarcando países de origen, tránsito y destino. Asimismo, encausar investigaciones contextualizadas que den cuenta de las realidades adversas a las que se enfrenta la población migrante, la posición de vulnerabilidad en la gran parte de esta población se encuentra, y los riesgos asociados en materia de enfermedades infecciosas. Todo esto con el objetivo de generar conocimiento que pueda ser transferido hacia acciones concretas en salud, que generen mejor salud en toda la población que habita nuestro territorio nacional.

REFERENCIAS

Aibana Ahmed, F., Burt, J., & Roland, M. (2014). Measuring Patient Experience: Concepts and Methods. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 7(3), 235-241. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0060-5>

Aibana, O., Franke, M., Teng, J., Hilaire, J., Raymond, M., Louise, C., & Ivers, L. (2017). Cholera Vaccination Campaign Contributes to Improved Knowledge Regarding Cholera and Improved Practice Relevant to Waterborne Disease in Rural Haiti. *PLOS Negl Trop Dis*, 7(11). Recuperado de <https://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0002576&type=printable>

Alabarces, P., & Garriga, J. (2007). Identidades Corporales: entre el relato y el aguante. *Campos*, 8(1), 145-165.

Alarcón, A. M., Chahin, C., Muñoz, S., Wolff, M., & Northland, R. (2018). Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. *Rev Chilena Infectol*, 35(3), 276-282.

Alarcon, Y., & Balcells, E. (2017). Enfermedades infecciosas y migración. Una responsabilidad compartida. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 42(2).

Aldridge, R. W., Zenner, D., White, P. J., Williamson, E. J., Muzyamba, M. C., Dhavan, P., ... Hayward, A. C. (2016). Tuberculosis in migrants moving from high-incidence to low-incidence countries: a population-based cohort study of 519 955 migrants screened before entry to England, Wales, and Northern Ireland. *The Lancet*, 388(10059), 2510-2518. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31008-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31008-X)

Alvarez, C. G., Clark, M., Altpeter, E., Douglas, P., Jones, J., Paty, M.-C., ... Chemtob. (2010). Pediatric tuberculosis immigration screening in high-immigration, low-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis*, 14(12), 1530-1537.

Antunes, J. L. F., & Waldman, E. A. (2001). The impact of AIDS, immigration and housing overcrowding on tuberculosis deaths in São Paulo, Brazil, 1994–1998. *Social Science & Medicine*, 52(7), 1071-1080. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00214-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00214-8)

Armas, R., Cabieses, B., Wolff, M., Norero, C., Rodríguez, J., & Reyes, H. (2018). Salud y proceso migratorio actual en Chile. *Anales del Instituto de Chile*, 37, 131-162.

Avila, R. M., & Bramlett, M. D. (2013a). Language and immigrant status effects on disparities in Hispanic Children's health status and access to health care. *Maternal and Child Health Journal*, 17(3), 415-423. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-0988-9>

Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, Dauguet C, Axler-Blin C, Vézinet-Brun F, Rouzioux C, Rozenbaum W, Montagnier L. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 1983

May 20;220(4599):868-71.

Barker, G., Ricardo, C., Nascimento, M., Olukoya, A., & Santos, C. (2010). Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global public health*, 5(5), 539-553.

Bauman, Z. (2002). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., & Chepo, M. (2017). Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 167-175. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2510>

Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., Chepo, M., Flaño, J., & Obach, A. (2018). Social determinants of the health of international migrant children in Chile: qualitative evidence. *Salud Publica De Mexico*, 60(5), 566-578. <https://doi.org/10.21149/9033>

Bert, F., Gualano, M. R., Biancone, P., Brescia, V., Camussi, E., Martorana, M., ... Siliquini, R. (2018). HIV screening in pregnant women: A systematic review of cost-effectiveness studies. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 31-50. <https://doi.org/10.1002/hpm.2418>

Blitz, B. K., d'Angelo, A., Kofman, E., & Montagna, N. (2017). Health Challenges in Refugee Reception: Dateline Europe 2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph14121484>

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>

Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, 10(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>

Bozorgmehr, K., Wahedi, K., Noest, S., Szecsenyi, J., & Razum, O. (2017). Infectious disease screening in asylum seekers: range, coverage and economic evaluation in Germany, 2015. *Eurosurveillance*, 22(40). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2017.22.40.16-00677>

Brandon YY, Tai-Wai L, Po-Lun K, Pui-Hing J. (2015). Improving Access to Mental Health Services for RacIALIZED Immigrants, Refugees, and Non-Status People Living with HIV/AIDS. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 26, 505-518.

Buja, I., Martines, D., Lobello, S., Vinelli, A., Bardelle, G., Lopatriello, S., . . . Baldo, V. (2015). A cost-consequence analysis of hepatitis B screening in an immigrant population. *Ann*

Ist Super Sanita, 51(4), 327–35. https://doi.org/10.4415/ANN_15_04_13

Busetta, A., Cetorelli, V., & Wilson, B. (2018). A Universal Health Care System? Unmet Need for Medical Care Among Regular and Irregular Immigrants in Italy. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2), 416-421. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0566-8>

Bustos, P. (2017). *Relación entre Estatus Migratorio y Resultados de Embarazo y Parto. Análisis en Embarazadas que se Controlaron en Establecimientos de la Red Municipal de Atención Primaria de Salud en la Comuna de Recoleta en el año 2012. (Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Pública, Universidad de Chile)*. Recuperado de http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/548/Tesis_Patricia%20Bustos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cabieses, B. (2014). La compleja relación entre posición socioeconómica, estatus migratorio y resultados en salud. *Value in Health Regional Issues*, 1-6.

Cabieses, B, Alarcón, A., Bernales, M., Astorga, S., & Martínez, F. (2018). *Informe Final Estudio Licitación Sistematización y Evaluación del Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes*. Santiago: Organización Internacional para las Migraciones; Universidad del Desarrollo.

Cabieses, B, Delgado, I., Bernales, M., & Obach, A. (2015). Access to Healthcare Among International Immigrants in Chile: Repeated Cross-Sectional Analysis of Casen Survey 2006-2009-2011. *Value in Health*, 18(7), A849. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.422>

Cabieses, B, Munita, J., Peters, A., Uphoff, N., & Astorga, S. (2018). Systematic review: is there a relationship between bacterial drug resistance and global social conditionants like poverty, socioeconomic inequality and international migration? Recuperado 16 de mayo de 2019, de PROSPERO Natural Institute for Health Research website: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018114436

Cabieses, B, Bernales, M., & McIntyre. (2017a). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas (I.aed.)*. Recuperado de http://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Cabieses, B, Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V., & Delgado, I. (2017). Health inequality gap in immigrant versus local children in Chile. *Revista Chilena De Pediatría*, 88(6), 707-716. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000600707>

Cabieses, B., Gálvez, P., & Ajraz, N. (2018). Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35, 285-291. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3102>

Cabieses, B, Pickett, K. E., & Tunstall, H. (2012). 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, 9(12), 4403-4432. <https://doi.org/10.3390/ijerph9124403>

Cabieses, B, Tunstall, H., & Pickett, K. (2013). Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Revista médica de Chile*, 141(10), 1255-1265. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013001000004>

Cabieses, B. (2019). Health of migrants: simple questions can improve care. *The Lancet*. 393(10188):2297-2298.

Castelli, F., & Sulis, G. (2017). Migration and infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*, 23(5), 283-289. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2017.03.012>

CEPAL. (2005). *Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades*. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7200-mujeres-migrantes-america-latina-caribe-derechos-humanos-mitos-duras-realidades>

Chi, J. T., & Handcock, M. S. (2014a). Identifying Sources of Health Care Underutilization Among California's Immigrants. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 1(3), 207-218. <https://doi.org/10.1007/s40615-014-0028-0>

Cornick, R., Watrus, C., Eastman, T., Ras, C. J., Awotiwon, A., Anderson, L., . . . Fairall, L. (2018). Crossing borders: the PACK experience of spreading a complex health system intervention across low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 5). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001088>

Cyrus, E., Sheehan, D. M., Fennie, K., Sanchez, M., Dawson, C. T., Cameron, M., . . . Jo Trepka, M. (2018). Delayed Diagnosis of HIV among Non-Latino Black Caribbean Immigrants in Florida 2000–2014. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 29(1), 266–283. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0019>

Cyrus, E., Dawson, C., Fennie, K., Sheehan, D., Mauck, D., Sanchez, M., . . . Trepka, M. (2017). Disparity in Retention in Care and Viral Suppression for Black Caribbean-Born Immigrants Living with HIV in Florida. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(3), 285. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030285>

Cyrus, E., Gollub, E. L., Jean-Gilles, M., Neptune, S., Pelletier, V., & Dévieux, J. (2016b). An Exploratory Study of Acculturation and Reproductive Health Among Haitian and Haitian-American Women in Little Haiti, South Florida. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(3), 666–672. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0235-8>

Davies, A. A., Mosca, D., & Frattini, C. (2010). Migration and health service delivery. *World hospitals and health services : the official journal of the International Hospital Federation*, 46(3), 5-7.

Smalen, A. W., Ghorab, H., Abd El Ghany, M., & Hill-Cawthorne, G. A. (2017). Refugees and antimicrobial resistance: A systematic review. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 15, 23-28. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2016.12.001>

Dees, M. K. (2018). Sexuality and intercultural communication; stories from a general practice. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 162.

Desgrées-du-Loû, A., Pannetier, J., Ravalihasy, A., Gosselin, A., Supervie, V., Panjo, H., ... Group5, T. P. S. (2015). Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Eurosurveillance*, 20(46), 30065. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2015.20.46.30065>

Donnon, T., Ansari, A. A., Alawi, S. A., & Violato, C. (2014). The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment. *Academic Medicine*, 89(3), 511-516. <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000147>

Du, H., & Li, X. (2015). Acculturation and HIV-related sexual behaviors among international migrants: A systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*, 9(1), 103-122. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840952>

Dzomba, A., Tomita, A., Govender, K., & Tanser, F. (2018). Effects of Migration on Risky Sexual Behavior and HIV Acquisition in South Africa: A Systematic Review and Meta-analysis, 2000–2017. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2367-z>

Edwards, J.K., Arimi, P., Ssengooba, F., Mulholland, G., Markiewicz, M., Bukusi, E. A., Weir, S (2019) The HIV care continuum among resident and non-resident populations found in venues in East Africa cross-border areas. *Journal of the International AIDS Society*, 22(1). <https://doi.org/10.1002/jia2.25226>.

Eonomopoulou, A., Pavli, A., Stasinopoulou, P., Giannopoulos, L. A., & Tsiodras, S. (2017). Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek–Turkish borders. *Journal of Infection and Public Health*, 10(2), 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.04.012>

Evian, C. (1993b). AIDS and the cycle of poverty. *Nursing RSA*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.11.005>

Eziefula, A. C., Sa, M., & Brown, M. (2014). The health of recent migrants from resource-poor countries. *Medicine*, 42(2), 112–117. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2013.11.004>

Fang, M. L., Sixsmith, J., Lawthom, R., Mountian, I., & Shahrin, A. (2015a). Experiencing 'pathologized presence and normalized absence': understanding health related experiences and access to health care among Iraqi and Somali asylum seekers, refugees and persons without legal status. *BMC Public Health*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2279-z>

Farmer, P. (1996). Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 2(4), 259-269.

Fernández-Niño, J., & Navarro-Lechuga, E. (2018). Migración humana y salud: un campo emergente de investigación en Colombia. *Rev. Salud Pública*, 20(4), 404-405.

Furajjat, G., Kleinert, E., Simmenroth, A., & Müller, F. (2019). Implementing a digital communication assistance tool to collect the medical history of refugee patients: DICTUM Friedland - an action-oriented mixed methods study protocol. *BMC Health Services*, 19(1):103. doi: 10.1186/s12913-019-3928-1

García C, C. (2010). Tuberculosis en grupos de riesgo en la Región Metropolitana: 2008. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 26(2), 105-111. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482010000200008>

Gerrish, K., Naisby, A., & Ismail, M. (2013). Experiences of the diagnosis and management of tuberculosis: a focused ethnography of Somali patients and healthcare professionals in the UK. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2285-2294. <https://doi.org/10.1111/jan.12112>

Goldstein, E. (2019). Evolución de VIH/SIDA en Chile y países seleccionados de América Latina. *Asesoría Técnica Parlamentaria* (p. 13). Biblioteca del congreso nacional de Chile.

Gourlay, A., Birdthistle, I., Mburu, G., Iorpenda, K., & Wringe, A. (2013). Barriers and facilitating factors to the uptake of antiretroviral drugs for prevention of mother-to-child transmission of HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 18588. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.18588>

Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M., & Pavlova, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe - A systematic literature review. *British Medical Bulletin*, 121(1), 5-18. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldw057>

Greenway, C., & Castelli, F. (2019). Infectious diseases at different stages of migration: an expert review. *Journal of Travel Medicine*, 1-10.

Greenaway, C., Makarenko, I., Abou Chakra, C., Alabdulkarim, B., Christensen, R., Palayew, A., . . . Morton, R. (2018). The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Hepatitis C Screening for Migrants in the EU/EEA: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph15092013>

Grove, N. J., & Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine*, 62(8), 1931-1942. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2005.08.061>

Gushulak, B., Weekers, J., & MacPherson, D. (2010). Migrants and emerging public health issues

in a globalized world: threats, risks and challenges, an evidence-based framework. *Emerging Health Threats Journal*, 2. <https://doi.org/10.3134/eh tj.09.010>

Hanssens, L., Detollenaere, J., Hardyns, W., & Willems, S. (2016). Access, treatment and outcomes of care: a study of ethnic minorities in Europe. *Int J Public Health*, 61(4), 443-454.

Hargreaves, S., Nellums, L., & Friedland, J. (2016). Time to rethink approaches to migrant health screening. *The Lancet*, 388(10059), 1456-1457.

Hayward, S., Harding, R., McShane, H., & Tanner, R. (2018). Factors influencing the higher incidence of tuberculosis among migrants and ethnic minorities in the UK. *F1000Research*, 7(461).

Heuvelings, C. C., Vries, S. G. de, & Grobusch, M. P. (2017). Tackling TB in low-incidence countries: improving diagnosis and management in vulnerable populations. *International Journal of Infectious Diseases*, 56, 77-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.12.025>

Ho, M.-J. (2003). Migratory Journeys and Tuberculosis Risk. *Medical Anthropology Quarterly*, 17(4), 442-458. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.442>

Ibekwe, E., Haigh, C., Duncan, F., & Fatoye, F. (2017). Clinical outcomes of routine opt-out antenatal human immunodeficiency virus screening: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 341-355. <https://doi.org/10.1111/jocn.13475>

Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Resultados CENSO 2017. Chile. Instituto Nacional de Estadísticas (INE)

Instituto de Salud Pública de Chile. (2016). Resultados confirmación de infección por VIH en Chile, 2010-2015. (N.o Boletín Vol. 6 N 11). Recuperado de Instituto de Salud Pública (ISP) website: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-15112017A.pdf>

Jacquez, F., Vaughn, L., Zhen-Duan, J., & Graham, C. (2016a). Health Care Use and Barriers to Care among Latino Immigrants in a New Migration Area. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 27(4), 1761-1778. <https://doi.org/10.1353/hpu.2016.0161>

Kamper-Jørgensen, Z., Andersen, A. B., Kok-Jensen, A., Kamper-Jørgensen, M., Bygbjerg, I. C., Andersen, P. H., ... Lillebaek, T. (2012). Migrant tuberculosis: the extent of transmission in a low burden country. *BMC Infectious Diseases*, 12, 60. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-12-60>

Kapoor, A. K., Deepani, V., Dhall, M., & Kapoor, S. (2016). Pattern of socio-economic and health aspects among TB patients and controls. *Indian Journal of Tuberculosis*, 63(4), 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2016.09.011>

Kawatsu, L., Ohkado, A., Uchimura, K., & Izumi, K. (2018). Evaluation of "international transfer-out" among foreign-born pulmonary tuberculosis patients in Japan – what are the

implications for a cross-border patient referral system? *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6273-0>

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Williams, G., Mladovsky, P., King, L., Pharris, A., ... Stuckler, D. (2015). How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 937-944. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv151>

Kovic, C., & Argüelles, F. (2010). The Violence of Security: Central American Migrants Crossing Mexico's Southern Border. *Anthropology Now*, 2(1), 87-97.

Lee, J. J., & Yu, G. (2019). HIV Testing, Risk Behaviors, and Fear: A Comparison of Documented and Undocumented Latino Immigrants. *AIDS and Behavior*, 23(2), 336-346. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2251-x>

Leyva, R., Quintino, F., Caballero, M., & Infante, C. (2009). Migración Internacional y VIH/SIDA en México. En Leite & Giorguli (Eds.), *El estado de la migración. Las políticas públicas ante los retos de la migración mexicana a Estados Unidos* (pp. 249-264). Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/migracion_internacional/politicaspUBLICAS/COMPLETO.pdf

Lillebaek, T., Andersen, Å. B., Dirksen, A., Smith, E., Skovgaard, L. T., & Kok-Jensen, A. (2002). Persistent High Incidence of Tuberculosis in Immigrants in a Low-Incidence Country. *Emerging Infectious Diseases*, 8(7), 679-684. <https://doi.org/10.3201/eid0807.010482>

Lin, L., Brown, K. B., Yu, F., Yang, J., Wang, J., Schrock, J. M., ... Wong, F. Y. (2015a). Health Care Experiences and Perceived Barriers to Health Care Access: A Qualitative Study Among African Migrants in Guangzhou, Guangdong Province, China. *Journal of immigrant and minority health*, 17(5), 1509-1517. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0114-8>

Lin, S., & Melendez-Torres, G. J. (2017). Critical interpretive synthesis of barriers and facilitators to TB treatment in immigrant populations. *Tropical Medicine & International Health*, 22(10), 1206-1222. <https://doi.org/10.1111/tmi.12938>

Lönnroth, K., Mor, Z., Erkers, C., Bruchfeld, J., Nathavitharana, R. R., van der Werf, M. J., & Lange, C. (2017). Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. *Int J Tuberc Lung Dis*, 21(6), 624-636. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0845>

Lupica, C. (2017). *La migración laboral en la agenda de trabajo decente de la OIT*. Santiago, Chile: Organización Internacional del Trabajo.

Magurano, F., Baggieri, M., Mazzilli, F., Bucci, P., Marchi, A., & Nicoletti, L. (2019). Measles in Italy: Viral strains and crossing borders. *International Journal of Infectious Diseases*, 79, 199-201.

<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2018.11.005>

Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697-700. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>

Markkula, N., Cabieses, B., Lehti, V., Uphoff, E., Astorga, S., & Stutzin, F. (2018). Use of health services among international migrant children – a systematic review. *Global Health*, 16;14(1). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5956827/>

McSwiggin, C. (2017). Moral Adherence: HIV Treatment, Undetectability, and Stigmatized Viral Loads among Haitians in South Florida. *Medical Anthropology*, 36(8), 714-728. [https://doi.org/DOI: 10.1080/01459740.2017.1361946](https://doi.org/DOI:10.1080/01459740.2017.1361946)

Mills, J., Burton, N., Schmidt, N., Salinas, O., Hembling, J., Aran, A., ... Kissinger, P. (2013). Sex and drug risk behavior pre- and post-emigration among Latino migrant men in post-Hurricane Katrina New Orleans. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health*, 15(3), 606-613. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9650-2>

Ministerio de Desarrollo Social. (2016). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015. Recuperado de Ministerio de Desarrollo Social, & Subsecretaría de Evaluación Social. website: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Ampliando_la_mirada_sobre_la_pobreza_desigualdad.pdf

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Inmigrantes. Síntesis de Resultados. Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2017. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Inmigrantes_casen_2017.pdf

Ministerio de salud. (2017). Informes de Auditoría Materno Infantil. Hospital Clínico San Borja Arriarán 2016-2017. Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Central. Servicio de Pediatría.

Ministerio de Salud de Chile. (2012). Ley 20.584 Rregula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Recuperado 23 de abril de 2019, de Biblioteca del Congreso Nacional website: <https://www.leychile.cl/Navegar?id-Norma=1039348&idVersion=2012-10-01>

Ministerio de Salud de Chile. (2015). Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Informe Nacional: evolución de la infección por VIH/SIDA Chile 1984-2012. *Rev. chil. infectol*, 32(1), 17-43.

Ministerio de Salud de Chile. (2016). División de Planificación Sanitaria. Depto. de Epidemiología. Evolución del VIH/SIDA Chile 2015. Recuperado de Ministerio de Salud (MINSAL) website: http://epi.MINSAL.cl/wpcontent/uploads/2016/12/Informe_ejecutivo_VIH2015.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2017a). Resumen ejecutivo guía de práctica clínica síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Santiago: MINSAL.

Ministerio de Salud de Chile. (2017b). Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2016. Recuperado de Ministerio de Salud (MINSAL) website: http://epi.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2017/10/Situacion_ITS_2016.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2018a). INFORME DE SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y OPERACIONAL DEL PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS 2017. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. Recuperado de Departamento de Enfermedades Transmisibles División de Prevención y Control de Enfermedades website: https://diprece.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2018/10/2018.10.05_TUBERCULOSIS-2017.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2018b). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2016. Recuperado de Ministerio de Salud (MINSAL) website: http://epi.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2017/10/Situacion_ITS_2016.pdf

Nellums, L. B., Rustage, K., Hargreaves, S., & Friedland, J. S. (2018). Multidrug-resistant tuberculosis treatment adherence in migrants: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-1001-7>

Nellums, L. B., Thompson, H., Holmes, A., Castro-Sánchez, E., Otter, J. A., Norredam, M., ... Hargreaves, S. (2018). Antimicrobial resistance among migrants in Europe: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious Diseases*, 18(7), 796-811. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30219-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30219-6)

Nesheim, S. R., Linley, L., Gray, K. M., Zhang, T., Shi, J., Lampe, M. A., & FitzHarris, L. F. (2018). Country of birth of children with diagnosed HIV infection in the United States, 2008-2014. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 77(1), 23-20. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001572>

O'Donnell, C. A., Burns, N., Mair, F. S., Dowrick, C., Clissmann, C., van den Muijsenbergh, M., ... MacFarlane, A. (2016). Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, 120(5), 495-508. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012>

Offer, C., Lee, A., & Humphreys, C. (2016). Tuberculosis in South Asian communities in the UK: a systematic review of the literature. *J Public Health*, 38(2), 250-257.

Omonaiye, O., Kusljic, S., Nicholson, P., & Manias, E. (2018). Medication adherence in pregnant women with human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*, 18(1), 805. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5651-y>

Organización Mundial de la Salud. (2017). Preguntas frecuentes sobre salud y migración. Recuperado 22 de abril de 2019, de OMS website: <http://www.who.int/features/qa/88/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Promoción de la salud de refugiados y migrantes Proyecto de plan de acción mundial, 2019-2023. Recuperado de Organización Mundial de la Salud website: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_27-sp.pdf

ONUSIDA. (2017). UNAIDS/AIDS Data 2017. Recuperado 16 de mayo de 2019, de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

ONUSIDA. (2019). AIDS Info UNAIDS. Recuperado 16 de mayo de 2019, de <http://aidsinfo.unaids.org/>

Organización Mundial de la Salud. (2016a). Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH 2016-2021. Hacia el fin del SIDA. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf;jsessionid=AB996F04B79E7D3BAFB351DC736DBF69?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2016b). Implementación de la Estrategia Fin de la TB: Aspectos esenciales. Recuperado de https://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web.pdf

Pavli, A., & Maltezou, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine*, 24(4). <https://doi.org/10.1093/jtm/tax016>

Peeters, B., Tongelen, I. V., Duran, Z., Yüksel, G., Mehuys, E., Willems, S., ... Boussery, K. (2015). Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: a qualitative study. *Ethnicity & Health*, 20(1), 87-105. <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.890174>

Peng, Z., Wang, S., Xu, B., & Wang, W. (2017). Barriers and enablers of the prevention of mother-to-child transmission of HIV/AIDS program in China: a systematic review and policy implications. *International Journal of Infectious Diseases: IJID: Official Publication of the International Society for Infectious Diseases*, 55, 72-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.12.028>

Pfortmueller, C. A., Schwetlick, M., Mueller, T., Lehmann, B., & Exadaktylos, A. K. (2016). Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems? *PLoS ONE*, 11(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148196>

Platt, L., Grenfell, P., Fletcher, A., Sorhaindo, A., Jolley, E., Rhodes, T., & Bonell, C. (2013). Systematic review examining differences in HIV, sexually transmitted infections and health-related harms between migrant and non-migrant female sex workers. *Sex Transm Infect*, 89(4), 311-319. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050491>

Ramírez-Correa, P., & Ramírez-Santana, M. (2018). Predicting Condom Use among Undergraduate Students Based on the Theory of Planned Behaviour, Coquimbo, Chile, 2016. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1689. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081689>

Rao, J., Anderson, L., Inui, T., & Frankel, R. (2007). Communication Interventions Make A Difference in Conversations Between Physicians and Patients. *Medical Care*, 45(4), 340-349. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d5>

Rashak, H., Sánchez-Pérez, H., Abdelbary, B., Bencomo-Alem, A., Enriquez-Ríos, N., & Gómez-Velasco, A. (2019). Diabetes, undernutrition, migration and indigenous communities: tuberculosis in Chiapas, Mexico. *Epidemiol Infect*, 147, 1-12.

Ravensbergen, S. J., Berends, M., Stienstra, Y., & Ott, A. (2017). High prevalence of MRSA and ESBL among asylum seekers in the Netherlands. *PLOS ONE*, 12(4), e0176481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176481>

Rebello, L. E. F. de S., & Gomes, R. (2009). Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 653-660. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000200034>

Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1235-1245. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8)

Reinheimer, C., Kempf, V. A. J., Göttig, S., Hogardt, M., Wichelhaus, T. A., O'Rourke, F., & Brandt, C. (2016). Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June-December 2015. *Euro Surveillace: Bulletin European Sur Les Maladies Transmissibles = European Communicable Disease Bulletin*, 21(2). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2016.21.2.30110>

Reitmanova, S., & Gustafson, D. (2012). Immigrant Tuberculosis Control in Canada: From Medical Surveillance to Tackling Social Determinants of Health. *J Immigr Minor Health*, 14(1), 6-13.

Remme, M., Siapka, M., Vassall, A., Heise, L., Jacobi, J., Ahumada, C., ... Watts, C. (2014). The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, 17, 19228. <https://doi.org/10.7448/IAS.17.1.19228>

Requena-Méndez, A., Bussion, S., Aldasoro, E., Jackson, Y., Angheben, A., Moore, D., Sicuri, E. (2017). Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis. *The Lancet Global Health*, 5(4), 439-447. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30073-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30073-6)

Rhodes, T., & Simic, M. (2005). Transition and the HIV risk environment. *BMJ*, 331, 220-223. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7510.220>

Rocha-Jiménez, T., Morales-Miranda, S., Fernández-Casanueva, C., & Brouwer, K. C. (2019). The influence of migration in substance use practices and HIV/STI-related risks of female sex workers at a dynamic border crossing. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 22, 1-18. <https://doi.org/10.1080/15332640.2018.1556763>

Rojas, N., Amode, N., & Vásquez, J. (2017). Migración haitiana hacia Chile: origen y aterrizaje de nuevos proyectos migratorios. En N. Rojas & J. Koechlin (Eds.), *Migración Haitiana hacia el sur andino*. Perú: Universidad Antonio Ruiz de Montoya.

Rojas, N., & Silva, C. (2016). La migración en Chile: Breve reporte y caracterización (OBIMID). Recuperado de https://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agosto_2016.pdf

Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427-432. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>

Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 5-15. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00086-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00086-5)

Sagbakken, M., Bjune, G. A., & Frich, J. C. (2012). Humiliation or care? A qualitative study of patients' and health professionals' experiences with tuberculosis treatment in Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 313-323. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00935.x>

Sánchez P., K., Valderas J., J., Messenger C., K., Sánchez G., C., Barrera Q., F., Sánchez P., K., ... Barrera Q., F. (2018). Haití, la nueva comunidad inmigrante en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 89(2), 278-283. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000200278>

Sandgren, A., Sañé Schepisi, M., Sotgiu, G., Huitric, E., Migliori, G. B., Manissero, D., ... Girardi, E. (2014). Tuberculosis transmission between foreign- and native-born populations in the EU/EEA: a systematic review. *The European Respiratory Journal*, 43(4), 1159-1171. <https://doi.org/10.1183/09031936.00117213>

Sanneh, A. F., & Al-Shareef, A. (2014). Effectiveness and costeffectiveness of screening immigrants schemes for tuberculosis (TB) on arrival from high TB endemic countries to low TB prevalent countries. *African Health Sciences*, 14(3), 663-71. <https://doi.org/10.4314/ahs.v14i3.23>

Sargent, C., & Larchanché, S. (2011). Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness, and Access to Care. *Annual Review of Anthropology*, 40(1), 345-361. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-081309-145811>

Seay, J., Mandigo, M., Hew, K., & Kobetz, E. (2017). Vaginal Infections in Haitian Immigrant Women Living in Miami, Florida. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 28(3), 1141–1150. <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0102>

Stewart, M. A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal*, 152(9), 1423-1433.

Street, R. (2013). How clinician–patient communication contributes to health improvement: Modeling pathways from talk to outcome. *Patient Educ Couns*, 92(3), 286-291.

Suijkerbuijk, A. W. M., Van Hoek, A. J., Koopsen, J., De Man, R. A., Mangen, M. J., De Melker, H. E., . . . Veldhuijzen, I. K. (2018). Cost-effectiveness of screening for chronic hepatitis B and C among migrant populations in a low endemic country. *PLOS ONE*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207037>

Tafari, S., Martinelli, D., Melpignano, L., de Palma, M., Quarto, M., & Prato, R. (2011). Tuberculosis screening in migrant reception centers: Results of a 2009 Italian survey. *Am J Infect Control*, 39(6), 495-499.

Tarrius, A. (1993). Territoires circulatoires et espaces urbains : Différentiation des groupes migrants. En *Les Annales de la recherche urbaine: Vol.N°59-60* (pp. 51-60). Mobilités.

Tavares, A. M., Fronteira, I., Couto, I., Machado, D., Viveiros, M., Abecasis, A. B., & Dias, S. (2017). HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: A systematic review on the prevalence, incidence and mortality. *PLoS ONE*, 12(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185526>

Tijoux, M. (2014). El Otro inmigrante “negro” y el Nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones. [Boletín Onteaiken, N°17]. Recuperado de <http://onteaiken.com.ar/ver/boletin17/onteaiken17.pdf>

Tijoux, M. E., & Palominos, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis*, 14(42), 247-275. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682015000300012>

Tsai, T.-I., & Lee, S.-Y. D. (2016). Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.021>

Tuthill, E. L., Chan, J., & Butler, L. M. (2015). Challenges faced by healthcare providers offering infant feeding counseling to HIV-positive women in sub-Saharan Africa: A review of current research. *AIDS care*, 27(1), 17-24. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.951310>

UNAIDS. (2014). *The GAP Report 2014*.

UNAIDS (2017). *Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf

United Nations. (2006). *Trends in total migrant stock: the 2005 revision*. Recuperado de Department of Economic and Social Affairs website: <http://www.un.org/esa/population/publications/>

Valin, N., Antoun, F., Chouaïd, C., Renard, M., Dautzenberg, B., Lalande, V., ... Decludt, B. (2005). *Outbreak of tuberculosis in a migrants' shelter, Paris, France, 2002*. *Int J Tuberc Lung Dis*, 9(5), 528-533.

Van der Laet, C. (2017). *La Migración como Determinante Social de la Salud*. En B Cabieses, M. Bernales, & A. McIntyre (Eds.), *La Migración como Determinante Social de la Salud: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Santiago: Universidad del Desarrollo.

Villagran, M., Hajek Zhao, C., Petersen, E., & Wittenberg-Lyles, E. (2012). *Communication and culture: Predictors of treatment adherence among Mexican immigrant patients*. *J Health Psychol*, 17(3), 443-452.

Villarroel, N. (2015). *Different Patterns in Health Care Use Among Immigrants in Spain*. *Journal of Immigrant and Minority Health*. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0202-4>

Vissandjée, B., Short, W. E., & Bates, K. (2017). *Health and legal literacy for migrants: twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care*. *BMC International Health and Human Rights*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12914-017-0117-3>

Von Unger, H., Scott, P., & Odukoya, D. (2019). *Constructing im/migrants and ethnic minority groups as 'carriers of disease': Power effects of categorization practices in tuberculosis health reporting in the UK and Germany*. *Ethnicities*, 0(0), 1-17. <https://doi.org/10.1177/1468796819833426>

Voulgaris, T., Vlachogiannakos, J., Ioannidou, P., Papageorgiou, M.-V., Zampeli, E., Karagiannakis, D., Papatheodoridis, G. (2017). *Adherence to follow-up and treatment recommendations in Greek and immigrant patients with chronic hepatitis B in Greece*. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29(3), 264-270. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000788>

Weine, S. M., & Kashuba, A. B. (2012). *Labor Migration and HIV Risk: A Systematic Review of the Literature*. *AIDS and behavior*, 16(6), 1605-1621. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0183-4>

World Health Organization. (2015). *Migration and health: key issues*. Migration and Health. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>

World Health Organization. (2016). What are the health risks related to overcrowding? Recuperado 23 de abril de 2019, de World Health Organization (WHO) website: http://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/qa/emergencies_qa9/en/

World Health Organization, & International Organization for Migration. (2014). Tuberculosis prevention and care for migrants. Recuperado 22 de abril de 2019, de World Health Organization website: https://www.who.int/tb/publications/WHOIOM_TBmigration.pdf

Zammarchi, L., Bartalesi, F., & Bartoloni, A. (2014). Tuberculosis in Tropical Areas and Immigrants. *Mediterr J Hematol Infect Dis*, 6(1). <https://doi.org/10.4084/MJHID.2014.043>

Zammarchi, L., Casadei, G., Strohmeyer, M., Bartalesi, F., Liendo, C., Matteelli, A., . . . Bartoloni, A. (2015). A scoping review of cost-effectiveness of screening and treatment for latent tuberculosis infection in migrants from high-incidence countries. *BMC Health Services Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1045-3>

Zhao, Y., Luo, T., Tucker, J., & Wong, W. (2015). Risk Factors of HIV and Other Sexually Transmitted Infections in China: A Systematic Review of Reviews. *PLOS ONE*, 10(10). Recuperado de <http://researchonline.lshtm.ac.uk/2331676/1/pone.0140426.pdf>

Zick, A., Granieri, M., & Makoul, G. (2007). First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Education and Counseling*, 68(2), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.018>

Zill, J. M., Christalle, E., Müller, E., Härter, M., Dirmaier, J., & Scholl, I. (2014). Measurement of Physician-Patient Communication. A Systematic Review. *PLOS ONE*, 9(12), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112637>