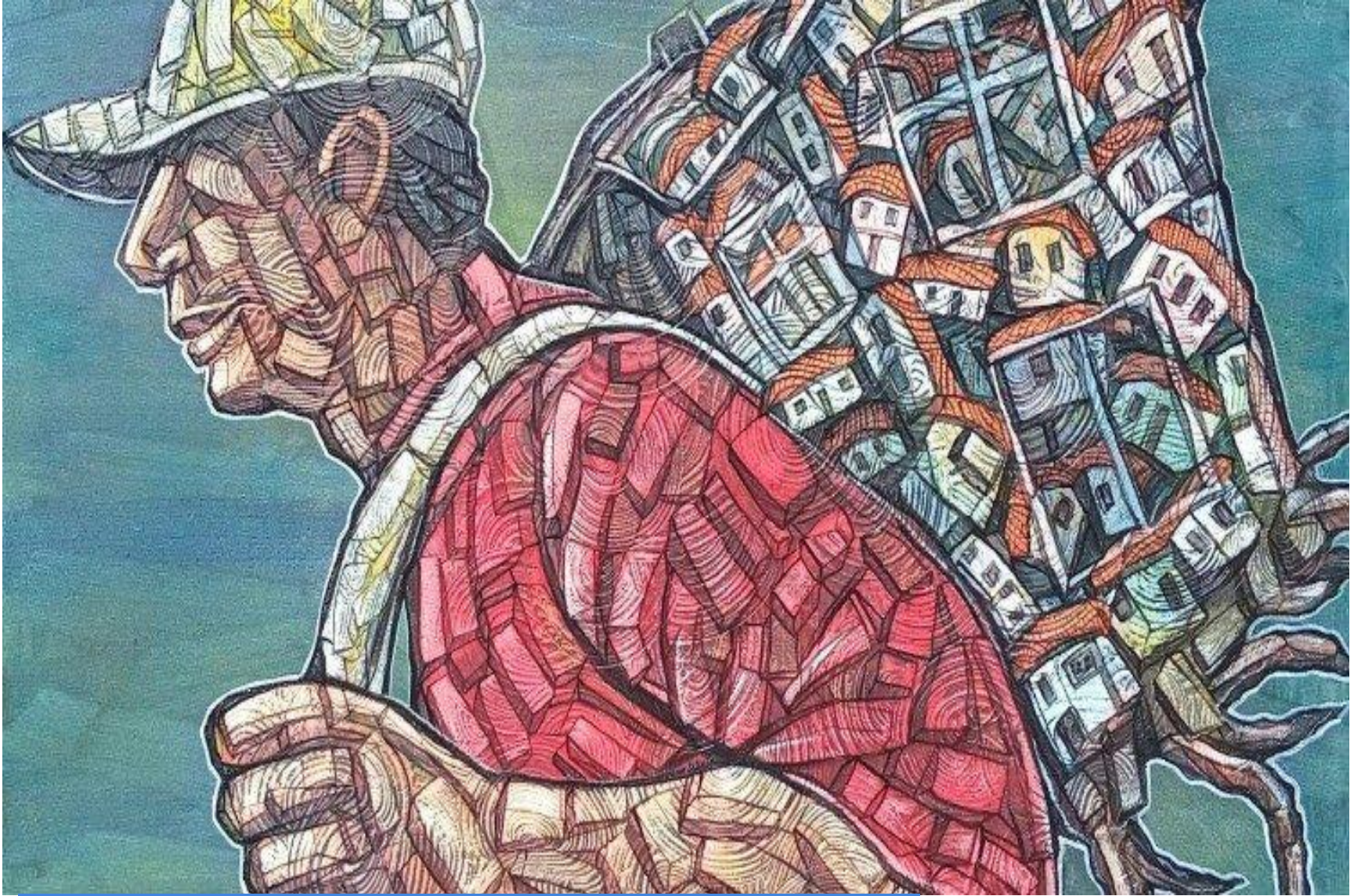


SALUD DE PERSONAS MIGRANTES: RECOMENDACIONES DESDE LA EVIDENCIA

Documento de Trabajo

Diciembre 2024



**Evidencias en acceso a salud y
temáticas relevantes para la toma de
decisiones en salud en Chile.**

Cómo citar este documento:
Cabieses, B., Carreño A., 2024. Salud de personas migrantes: recomendaciones desde la evidencia. Centro de Salud Global Intercultural, Universidad del Desarrollo – Red Chilena de Investigación en Salud y Migración. Disponible en <https://repositorio.udd.cl/home> :

Imagen: Denis Berríos, Todos somos Migrantes. <https://www.denisberrios.com/>

SALUD DE PERSONAS MIGRANTES: RECOMENDACIONES DESDE LA EVIDENCIA

Documento de Trabajo

Diciembre 2024

INTRODUCCIÓN

La movilidad de personas es un fenómeno en aumento en las últimas décadas. La migración internacional se define como el movimiento de personas fuera de su lugar de residencia habitual y a través de una frontera internacional hacia un país del que no son nacionales, con la intención de asentamiento(1). A nivel global se calcula que existen 281 millones de personas migrantes, de ellas la mayoría residen en Europa, Estados Unidos y Asia. América Latina históricamente recibió numerosos migrantes provenientes de distintas latitudes que hoy son parte de su diversidad cultural, aunque esto cambió desde los años '70 decada en que se constituyó como región de origen de migraciones que se movían hacia países industrializados, principalmente Estados Unidos y Europa. Actualmente un nuevo fenómeno caracteriza a nuestra región, ya que debido a la sobreposición de numerosos factores, como la exacerbación de la violencia y las crisis democráticas, los flujos migratorios han tendido a acrecentarse dentro del continente, en lo que se denominan “migraciones sur-sur”. En este marco, Chile ha pasado rápidamente de ser un país emisor de emigración a receptor de inmigración, generando importantes desafíos en materia de política migratoria y de acceso a derechos fundamentales, entre otros, el derecho a la salud.

Hoy en día, según la reciente encuesta CASEN el 8,8% de la población es de origen migrante y de ella el 6,6% se encuentra en condición irregular, debido principalmente al aumento de los ingresos por pasos no habilitados durante la crisis sanitaria por COVID-19, entre otros factores (2)

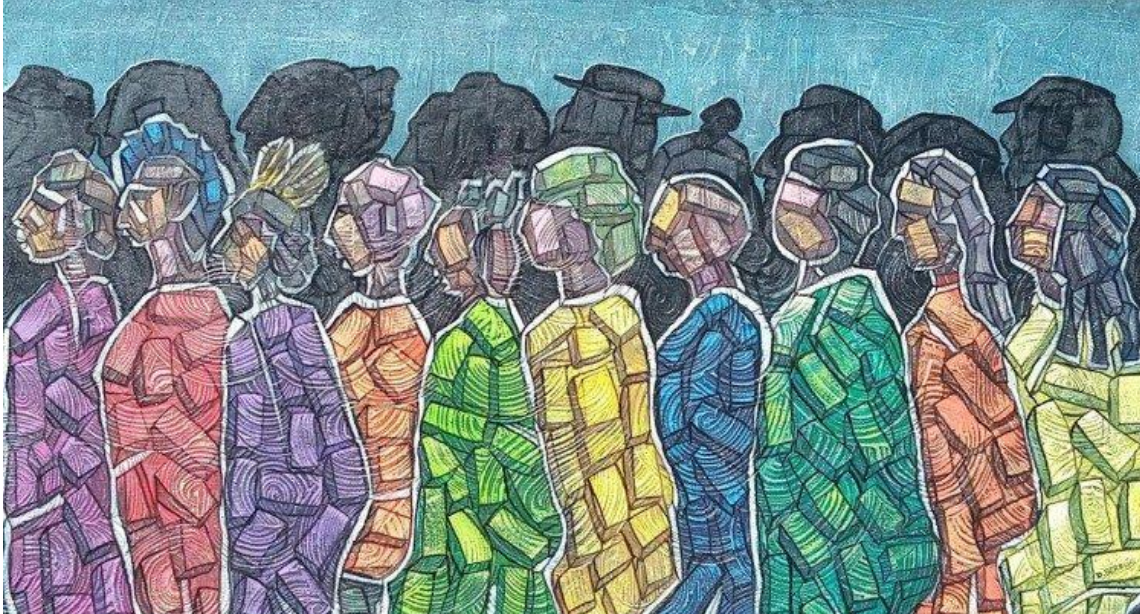
La modificación de la ley de migraciones N°21.325 y la introducción del decreto 67 el año 2016 que garantiza acceso universal a FONASA, incluida la población en condición irregular, han sido hitos importantes en la política migratoria reciente. En ambas se reconoce el derecho a la salud de las personas migrantes, estableciendo, en particular que niños, niñas y adolescentes (NNA) tienen derecho a acceder a la atención de salud pública de forma gratuita y sin discriminación y que el acceso a prestaciones básicas está garantizado incluso a personas en condición irregular que pueden inscribirse en FONASA tramo A.

A pesar de estos logros, que han sido reconocidos internacionalmente como buenas prácticas en salud poblacional, en los últimos años se ha exacerbado la tensión en torno al tema migratorio en Chile, registrándose una tendencia mediática a asociarla con el aumento de criminalidad, sin reconocer los importantes aportes que la presencia de migrantes significa en términos económicos y de desarrollo social del país, incluido el financiamiento del fondo nacional de salud (FONASA) del que el 67% son contribuyentes en los tramos B, C o D.

La actual discusión parlamentaria sobre aplicar restricciones al acceso a salud resulta particularmente preocupante, en cuanto desconoce un contundente cuerpo de evidencia sobre la necesidad de incluir a la población migrante, independiente de su condición migratoria, en los servicios sanitarios, como parte de medidas costo-eficaces existosas en términos de salud pública, que tienen efectos positivos a corto y largo plazo sobre la salud poblacional a nivel global.

En este marco, como producto de una colaboración conjunta entre el Centro de Salud Global de la Universidad del Desarrollo, y la Red Chilena de Investigación en Salud y Migración (RECHISAM), hemos generado el presente documento de recomendaciones para la toma de decisiones en salud, identificando 7 evidencias principales en materia de acceso a salud y priorización de temáticas relevantes provenientes de la investigación en salud global, con la esperanza de hacer más accesible información clave sobre el tema para todos los actores implicados en garantizar ejercicio del derecho a la salud. Este derecho se encuentra proclamado en diversos tratados internacionales ratificados por Chile y es parte de nuestra actual constitución, por lo que creemos que es menester de todos y todas concentrar nuestros esfuerzos en promover políticas de salud eficientes y basadas en evidencia, que permitan mayor bienestar integral y cohesión social.

1. Acceso a salud: Evidencias desde la literatura internacional



Evidencia 1: Incluir a migrantes y refugiados en los países de acogida es costo-efectivo

Imagen: Denis Berríos, Todos somos Migrantes.
<https://www.denisberrios.com/>

El estatus administrativo migratorio irregular es un factor de riesgo nocivo para la salud de personas y comunidades, y una importante barrera para el bienestar de las naciones y la salud de sus poblaciones(1). Excluir de protección social en general, y de acceso a la atención de salud en particular a personas en situación irregular es una medida que a largo plazo aumenta los riesgos en salud para migrantes y locales además de constituir una infructífera estrategia de salud pública(4). De hecho, la literatura internacional constata que el estatus migratorio por sí mismo es un determinante estructural de la salud (5), por lo que mantener una parte de la población migrante en condición irregular con acceso limitado a salud, impacta negativamente en la salud poblacional. Por otra parte, la literatura también muestra los efectos negativos de eliminar la estricta y necesaria separación que debe existir entre los servicios de salud y otros sectores (como policías y organismos de seguridad), en cuanto genera menor tasa de utilización de servicios de salud por temor a persecución y deportación(6).

Casos Internacionales

ESPAÑA

Usando a Europa como ejemplo, dada su histórica experiencia en recepción de migración internacional y refugio, el caso de España es significativo. Este país el año 2012 definió medidas de ajuste a través del Real Decreto-ley 16/2012 (RDL 16/2012), que limitó el acceso a la asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación administrativa migratoria irregular. Una revisión de los efectos de esta normativa documenta que esta restricción impuso una barrera severa de acceso a la atención de salud de estas comunidades en migrantes y refugiadas para distintas prestaciones de salud, incluyendo niños y niñas. Al mismo tiempo, la política restrictiva generó miedo en personas migrantes y refugiadas, que de manera adicional muchas veces eligieron no consultar a tiempo por temor a deportación y maltrato, con importantes consecuencias de salud en estas personas(7,8).

Casos Internacionales

ALEMANIA

El año 2015 los investigadores Bozorgmehr y Razum analizaron datos agregados de registro anual pertenecientes a la Oficina Federal de Estadísticas de Alemania (1994-2013). Se buscó comparar los gastos de salud incidentes entre asilados/refugiados con acceso restringido a salud (expuestos) versus asilados/refugiados con acceso regular a salud (no expuestos), con el objetivo de analizar si el gasto en salud de los últimos 20 años era mayor, igual o menor en grupos que vivían con una política restrictiva sanitaria (expuestos) versus no restrictiva (no expuestos).

Los grupos expuestos y no expuestos comprendían 4,16 y 1,53 millones de personas-año, respectivamente, es decir el grupo de asilados/refugiados con acceso restringido era mayor que el que ejercía acceso regular. Tras el análisis se descubrió que el gasto per cápita entre los años 1994-2013 era mayor en el grupo con acceso restringido (asilados/refugiados excluidos del sistema de salud) en términos tanto absolutos ($\Delta IRt = 375,80$ euros [375,77; 375,89]) como relativos (TIR = 1,39). Esta evidencia empírica es contundente respecto a la importancia de mantener políticas de salud inclusivas para poblaciones migrantes de todo tipo, independiente de su condición migratoria, en tanto se configuran como una medida costo-efectiva, que contiene gastos en salud a largo plazo por parte de los sistemas de salud de los países de acogida(3).

Referencias Principales:

Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. Caylà JA, editor. PLoS ONE. 22 de julio de 2015;10(7):e0131483.

Cabieses, B., Bernales, M., Mc Intyre, A. La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: UDD Editor. 2017

2. Control de enfermedades transmisibles : VIH

Evidencia 2: Dar acceso universal a diagnóstico y tratamiento para enfermedades infecciosas reduce la transmisión y morbilidad.

La eliminación de enfermedades como VIH, tuberculosis, malaria, hepatitis y otras enfermedades transmisibles, así como la reducción de su impacto sobre la carga de enfermedad en las Américas son objetivos comprometidos para el 2030 tanto por la UN como por la Agenda de Salud Sostenible para las Américas. Para ello, es vital priorizar la prevención de las enfermedades, la expansión y consolidación de la cobertura de la vacunación, el acceso al tratamiento, el fin de las epidemias de enfermedades transmisibles y, en última instancia, la eliminación de las enfermedades. Imponer barreras de acceso a población migrante en términos de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles es una medida nociva que genera impactos negativos en salud poblacional(14).

Patologías relevantes

VIH

Para garantizar una focalización efectiva de las intervenciones de salud pública, es importante saber si la población migrante dentro de cualquier país en general adquirió el VIH antes o después de la migración. Las narrativas estigmatizantes sobre los migrantes y el “turismo de salud” se basan en suposiciones de que los migrantes traen el VIH desde su país de origen. Sin embargo, cada vez hay más pruebas que sugieren que los migrantes siguen teniendo un mayor riesgo de contraer el VIH después de la migración, en países de tránsito y acogida (15,16).

Un estudio focalizado en Europa (17) identificó que:

- Italia: Entre 1.470 migrantes con VIH, se estimó que el 34% de ellos contrajeron el VIH después de migrar. Entre los inmigrantes HSH (hombres que tienen sexo con hombres), la proporción de inmigrantes VIH positivos que contrajeron el VIH después de la migración aumentó al 56%.

- Inglaterra: Entre 2007 y 2016, el 44% de los inmigrantes diagnosticados con VIH en el Reino Unido adquirieron el VIH después de la migración.

En base a estos números y a la evidencia internacional existente, en Europa se ha implementado una inclusión explícita y creciente de personas migrantes y refugiadas en programas de prevención, diagnóstico y tratamiento por VIH: cuarenta y cinco países informaron que tenían una estrategia nacional de prevención del VIH para reducir el número de nuevas infecciones por VIH, 30 países (67%) informaron que sus estrategias mencionan específicamente a los migrantes como una población clave a la que se dirigen las acciones y los servicios. Sin embargo, sólo 19 países (42%) informaron que sus estrategias nacionales de prevención mencionaban a los inmigrantes indocumentados. De esto se deduce que aún persiste la necesidad mundial de incluir a personas en situación irregular en programas y acciones de salud pública (15).

Por otra parte, la literatura reporta que un alto nivel de pruebas de testeo, combinado con una rápida vinculación con la prestación de atención y tratamiento, es crucial para reducir la incidencia global, regional y nacional del VIH (15).

El European Centre for Disease Prevention and Control recomienda ofrecer a todos los inmigrantes de países de origen de alta prevalencia una prueba de VIH con vías claras de derivación a servicios de prevención, tratamiento y atención, y la OMS coincide con esta política, recomendando pruebas comunitarias en poblaciones de mayor riesgo.

Tanto el ECDC como la OMS desaconsejan encarecidamente la realización de pruebas de VIH obligatorias para los inmigrantes, y enfatizan que todas las pruebas de VIH deben ser voluntarias y confidenciales, con consentimiento informado y con un claro flujo de derivación, atención y tratamiento en caso de resultar positivo (18,19).

Por último, se recomienda que el examen PrEP esté disponible sin costo para toda persona migrante y local, independiente de su estatus migratorio. En Europa está disponible en la actualidad sin costo para personas migrantes en situación irregular en Austria, República Checa, Estonia, Francia, Georgia, Islandia, Irlanda, Italia, Kyrgyzstan, Liechtenstein, Luxemburgo, Noruega, Moldova, Polonia, Portugal, Slovenia, Suiza, y Reino Unido. En países como Finlandia, Alemania y Suecia está disponible con pago de bolsillo, lo que si bien permite prevenir la transmisión, supone una barrera financiera para el acceso oportuno.

En Chile, no hay datos desagregados actualizados que permitan asociar el aumento de VIH con la población migrante (9). Sin embargo, sí se ha identificado un alza en el número de casos confirmados en población general, registrando en el año 2022 un total de 5.401 casos nuevos (10). Un estudio que observó los casos entre 2010 – 2019, constató que si bien hubo un alza en la población general, la presencia del virus en población migrante aumentó significativamente, alcanzando un 40% en el 2019, con un franco incremento en adultos jóvenes (11). Esto no permite afirmar que exista una asociación entre migración y VIH, ya que en estos casos se desconoce si la adquisición del virus fue previo o posterior a la migración. La Sociedad Chilena de Infectología recuerda que el aumento de VIH en Chile es un fenómeno multifactorial en el que siguen siendo los chilenos quienes más presentan nuevos casos (12). Si bien en Chile todas las personas migrantes, independiente de su situación migratoria tienen acceso a tratamiento por VIH, estudios locales han evidenciado barreras importantes de acceso a testeo, diagnóstico y tratamiento, así como exposición a situaciones de violencia física y sexual en el trayecto migratorio, que repercuten sobre la salud sexual de estos grupos (13).

Referencias Principales:

European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and migrants. HIV and migrants Monitoring the implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2022 progress report [Internet]. Stockholm; 2023. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV_and_migrants_0.pdf

3. Control de Enfermedades Transmisibles: Tuberculosis

Evidencia 3: El control y la eliminación de la TB requiere de acceso universal a testeo y tratamiento, así como acciones sobre Determinantes Sociales de la Salud.

TUBERCULOSIS (TB)

La tuberculosis es una enfermedad altamente influenciada por condiciones sociales, como la pobreza y la falta de acceso a derechos básicos: vivienda, sistemas de alcantarillado, agua potable, etc. En este contexto, la migración, como determinante social de la salud, aumenta la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la TB entre migrantes v/s comunidades de acogida (20). Desde la literatura científica, cada vez hay más evidencia y comprensión sobre el impacto que las desigualdades sociales y económicas tienen sobre la vulnerabilidad de los migrantes a la tuberculosis, al igual que las políticas discriminatorias en sectores no relacionados con la salud, como la política migratoria, el trabajo y la protección social. La ausencia de estrategias específicas de prevención y control de la tuberculosis para los migrantes crea barreras importantes para alcanzar los objetivos de eliminación de la tuberculosis en todo el mundo, en especial en países de origen, tránsito y destino de la población en movilidad(21).

Los inmigrantes se enfrentan a una mayor exposición a la infección por tuberculosis debido a las condiciones de vulnerabilidad estructural que a menudo les son impuestas en la sociedad de acogida, además de ser susceptibles de sufrir factores que interactúan negativamente con la TB como la presencia de VIH, desnutrición, entre otros. Los retrasos en el diagnóstico entre los migrantes se asocian con dificultades prevenibles: acceso a atención médica, desorientación en la búsqueda de atención médica, estigma y marginación (22).

La literatura muestra que, cuando existe un sistema de vigilancia que funciona y un sistema de salud pública universal que incluye a los migrantes, independiente de su condición migratoria, el riesgo de transmisión desde las poblaciones de migrantes a las poblaciones de acogida es bajo (23).

En América Latina la prevención de TB es crítica (24): estudios recientes muestran que entre 2014 y 2019 los casos aumentaron un 13,8% en 12 países de la región (25). Además, la literatura muestra que creciente epidemia global de resistencia antimicrobiana (RAM) está también afectando a poblaciones socioeconómicamente desprotegidas y empobrecidas, incluyendo a comunidades migrantes y refugiadas (26). La atención oportuna a este grave problema de salud pública global será de enorme beneficio para las generaciones futuras en materia de RAM (27).

En Chile, dos estudios recientes muestran un preocupante aumento de TB en niños migrantes menores de 5 años, entre otras patologías prevenibles (28). Uno de ellos observa un aumento importante para el antecedente de contacto, llegando a ser el 37% el año 2019. Las principales nacionalidades de los casos pesquisados de NNA migrantes con TB fueron Haití, Perú, Bolivia (28,29).

Precarias condiciones de vida y políticas restrictivas de acceso a salud crean y reproducen la vulnerabilidad de migrantes a TB

Frente a estos datos, en nuestro país aún se encuentra pendiente la introducción de una verdadera política intersectorial que permita introducir acciones de salud en todas las políticas, en especial aquellas que configuran determinantes sociales de la TB, como son vivienda, transporte, acceso saneamiento y trabajo, además de aumentar la cobertura de personas migrantes, a diagnóstico y tratamiento independiente de su estatus migratorio.

Referencias Principales:

World Health Organization. Reporte mundial de salud de personas migrantes y refugiadas [Internet]. Geneve; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>

OIM. MIGRATION & TUBERCULOSIS: A Pressing Issue [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/migrated_files/What-We-Do/docs/Migration-Tuberculosis-A-Pressing-Issue.pdf

Victorino FC, Herrera M. T, Victorino FC, Herrera M. T. La tuberculosis en Chile: situación epidemiológica y avances del Programa Nacional de Control y Eliminación 2017. Revista chilena de enfermedades respiratorias. diciembre de 2017;33(4):320-4.

Otras enfermedades infecciosas:

Resultados similares sobre la importancia y costo-efectividad de incluir a personas migrantes y refugiadas para prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de Chagas(30,31), Leishmaniasis, entre otras, también está presente en la evidencia internacional.

4. Enfermedades No Transmisibles: la importancia de incluir acceso a prevención, diagnóstico y tratamiento

Evidencia 4: Las ENT en migrantes aparecen tras largos periodos de residencia, tienen menos acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

Las ENT representan una carga de salud cada vez mayor entre las poblaciones de refugiados y migrantes, a menudo vinculadas a una residencia más prolongada en el país de acogida(22). La diabetes mellitus y la hipertensión, por ejemplo, no se diagnostican ni se controlan a tiempo en el caso de algunos refugiados y migrantes, que tienen una prevalencia más alta que la población de acogida, lo que conduce a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares(22). El cáncer a menudo se diagnostica en etapas más avanzadas entre los refugiados y migrantes, pueden tener una menor aceptación de tratamiento o acceso a medidas preventivas. Un estudio llevado a cabo en Finlandia concluyó que los NNA migrante cuyo madre o padre era finlandés tenían mayor tasa de supervivencia a 5 años que NNA nacidos en el extranjero de padres extranjeros, posiblemente por barreras de acceso y aceptabilidad de la atención y tratamiento, además de otros posibles factores genéticos y biológicos (34).

Evidencia en América Latina ha informado de un riesgo significativo de hipertensión en migrantes internacionales derivado de múltiples exposiciones durante el proceso migratorio y en el destino, como las condiciones de vida, la alfabetización sanitaria y el limitado acceso a servicios preventivos. Además, se ha encontrado un peor control de enfermedades en comparación con la población local (35).

Evidencias de las Américas y el Caribe

ESTADOS UNIDOS

Los datos de migrantes mexicanos que viven en Estados Unidos revelaron un impacto significativo de la hipertensión sistólica y la prehipertensión en las muertes relacionadas con enfermedades cardiovasculares, además de tasas más bajas de tratamiento y control en comparación con los locales (36).

COLOMBIA

La prevalencia de hipertensión autoreportada en 229 colombianos y migrantes venezolanos que regresaron alcanzó el 12,5%(37). El análisis de datos de atención primaria de salud local confirmó que la hipertensión esencial era una causa común para buscar atención médica en algunas comunidades de migrantes de la región. Datos únicos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia reportaron 9.938 migrantes venezolanos con hipertensión de 16.812 migrantes registrados con ENT, es decir el 59% (39-38) .

PERÚ

Un estudio poblacional realizado en Perú reveló una prevalencia del 2,5% de hipertensión en migrantes, lo que representa la segunda enfermedad crónica más común entre los migrantes venezolanos en ese país (40).

ECUADOR

La evidencia de Ecuador describe el diagnóstico de hipertensión en adultos jóvenes inmigrantes latinos en etapa I o II durante su primer año de llegada (32).

CHILE

Un estudio en Chile (33) analizó la existencia del efecto de migrante sano en enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo asociados en población migrante vs. nacionales y sus determinantes sociales relacionados. La recopilación de datos primarios incluyó encuesta a n=6.626 participantes (n=3.324 chilenos y n=3.302 migrantes) residentes en La Pintana, La Granja y San Ramón. Los hallazgos mostraron una prevalencia bruta más baja de enfermedades crónicas que locales, a favor del efecto migrante sano. La ventaja sobre el infarto agudo al miocardio desapareció tras ajustar por determinantes demográficos de la salud, mientras que el efecto de migrante sano sobre el accidente cerebrovascular desapareció después de ajustar por el acceso a la atención sanitaria. El efecto de migrante sano en factores de riesgo metabólico, alcohol y consumo de tabaco siguió siendo significativo después de ajustar según todos los determinantes sociales de la salud. Estos resultados dan cuenta de la importancia de condiciones de vida y oportunidad de acceso efectivo a la atención de salud de personas migrantes en Chile como determinantes críticos de la salud para condiciones crónicas, incluso siendo jóvenes y en apariencia más sanos que los locales.

Referencias Principales:

Rada I, Cabieses B. Challenges for the prevention of hypertension among international migrants in Latin America: prioritizing the health of migrants in healthcare systems. *Front Public Health*. 11 de enero de 2024;11:1125090

Bernabe-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Multimorbidity and Disability Among Venezuelan Migrants: A Population-Based Survey in Peru. *J Immigrant Minority Health*. octubre de 2022;24(5):1206-13.

5. SALUD MENTAL

EVIDENCIA 5: LA MIGRACIÓN EN SÍ MISMA NO PONE EN RIESGO LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS, PERO LAS CONDICIONES EN QUE ESTA SE VIVE EN ORIGEN, TRÁNSITO Y DESTINO PUEDEN CONFIGURAR FACTORES DE RIESGO.

La literatura internacional muestra la necesidad de garantizar incluir acceso a prevención, diagnóstico y tratamiento para condiciones de salud mental, ya que la prevalencia de depresión y ansiedad puede ser mayor entre los refugiados y migrantes en diferentes etapas de la experiencia de desplazamiento y migración, en función de factores individuales, sociales y ambientales. Una estimación reciente de la OMS encontró que la carga de trastornos mentales es alta en las poblaciones afectadas por conflictos, incluidas refugiados, en quienes la prevalencia de muchos de los principales trastornos mentales es de hasta un 22,1(41). Para el caso de poblaciones afectadas por conflictos y guerras, muestran niveles más altos de trastorno de estrés posttraumático y otros problemas de salud mental, en particular los migrantes y adolescentes más jóvenes (42,43).

Los problemas de salud mental en refugiados y migrantes en LAC ha aumentado en últimos años. Por ejemplo, un estudio realizado entre 2018 y 2019 en Colombia mostró que el número de venezolanos en Colombia tratados por depresión aumentó en un 108,3% y el número de venezolanos tratados por ansiedad aumentó en un 224,6% (44). En Estados Unidos, las mujeres brasileñas reportaron mayores niveles de depresión y ansiedad como resultado de la separación de sus familias y el aislamiento social (45)

Evidencia nacional documenta problemas de salud mental, especialmente ansiosos y depresivos (46) en migrantes en Chile, que se exacerbó durante la pandemia por COVID-19, asociado a un aumento en hacinamiento, empobrecimiento, pérdida de empleo y trabajo informal y riesgoso (47). Al mismo tiempo se han documentado barreras de acceso a la atención de salud mental en nuestro país y limitadas intervenciones especializadas para personas migrantes en contextos migratorios generales (48) o específicos para personas en contexto de refugio, asilo (49) o trata y tráfico (50).

Referencias Principales:

Blukacz A, Cabieses B, Markkula N. Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: a narrative review. *International Journal for Equity in Health*. 4 de noviembre de 2020;19(1):197.

OMS. Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care [Internet]. 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373279/9789240081840-eng.pdf?sequence=1>

6. Salud Prenatal: Acceso sin dejar a nadie atrás

Evidencia 6: Incluir a la población migrante en los servicios de salud perinatal protege el presente y futuro de un país.

Las mejoras en la salud materno-infantil siguen siendo un objetivo importante, incluido en los ODS como las Metas 3.1 (para 2030, reducir la tasa de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos) y 3.2 (para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años de edad, y todos los países aspiran a reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de niños menores de 5 años a al menos 25 por 1.000 nacidos vivos (21).

A nivel internacional comparar el acceso a servicios de salud materno-infantil en personas migrantes v/s locales es difícil, debido a la existencia de barreras de parte del sistema de salud, como lo es la exclusión de mujeres migrantes embarazadas en condición irregular a la atención prenatal, o barreras que pueden venir de la propia población migrante asociadas a creencias culturales vinculadas al embarazo, parto y puerperio. Esto suele generar niveles más bajos de asistencia a la atención prenatal (APN) entre migrantes, comparados con la población local (22).

Evidencia mundial indica que algunas mujeres refugiadas y migrantes se encuentran en situación de mayor riesgo de resultados negativos durante el embarazo y el parto, incluida la mortalidad, debido a condiciones asociadas a determinantes sociales y condiciones nutricionales como anemia (21).

La visita de atención prenatal es clave para fechar el embarazo, detectar un crecimiento intrauterino adverso, detectar y controlar la preeclampsia (que si no se controla puede provocar un crecimiento fetal adverso y sufrimiento fetal) y detectar malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas. La OMS recomienda un mínimo de ocho contactos de atención prenatal (60).

Casos Internacionales

EUROPA

Una revisión sistemática reciente (61) incluyó doce artículos de siete países europeos diferentes. Ocho de ellos tenían como objetivo explorar el acceso y la utilización de la atención prenatal por parte de mujeres inmigrantes indocumentadas. Dos estudios examinaron las experiencias de embarazo de las mujeres migrantes en situación irregular y dos los riesgos perinatales asociados con la condición irregular. Aunque heterogéneos en sus hallazgos específicos, la mayoría de los estudios mostraron que los migrantes irregulares tienen más probabilidades de tener resultados de embarazo desfavorables y experimentar mayor ansiedad y preocupaciones que los inmigrantes documentados y los ciudadanos registrados. Las conclusiones de esta revisión demuestran la urgente necesidad de cambios estructurales que den mayor prioridad a la salud y el bienestar de esta población. En la misma línea, según un metaanálisis realizado en 2014 de 42 millones de mujeres, las mujeres migrantes tenían el doble de probabilidades de morir durante o poco después del parto. En Kirguistán, en 2013, el 26% de las muertes maternas se produjeron en mujeres migrantes que no asistieron a atención prenatal y fueron ingresadas en departamentos de obstetricia en condiciones graves. En Europa oriental, la mortalidad materna se asociaba a menudo con la migración y el trabajo en el extranjero, atribuido en parte a empleos inestables y condiciones laborales potencialmente dañinas(62,63).

AMERICA

En la Región de América del Norte, estudios de Canadá y Estados Unidos muestran una atención prenatal tardía y subóptima entre refugiados y migrantes(51,52). En los Estados Unidos, la prevalencia de APN tardía entre refugiadas y migrantes es del 20,6% y el 15,0%, respectivamente(53).

Además de ser consistentes respecto a la atención prenatal tardía, la evidencia de las Américas muestra otros factores de riesgo que afectan particularmente a la población migrante. En Colombia, un estudio con mujeres gestantes de origen venezolano (54) reveló que sus principales problemas de salud corresponden a los efectos de la inseguridad alimentaria, anemia, síntomas depresivos, violencia de pareja y ausencia de controles prenatales. Los autores recomiendan considerar su situación de salud en el marco del proceso migratorio y desde los determinantes sociales de la salud.

En Argentina, otro estudio relevó factores de aceptabilidad y racismo en la atención a madres bolivianas. En este caso, se tensionan los saberes tradicionales de éstas con las normas biomédicas en torno a la lactancia entre otros, llevando a “retos” y maltratos hospitalarios por parte del personal de salud. las enfermeras según las madres que participaron del estudio (55).

En Chile, la literatura nacional pesquisa mayor proporción de madres inmigrantes con riesgo biopsicosocial (62,3% vs 50,1% en chilenas)(56) y factores de riesgos para grupos específicos como mujeres haitianas (57). Asimismo, se reportan mujeres migrantes embarazadas con problemas de salud, como diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, anemia o problemas de peso, además de casos de sífilis y enfermedad de Chagas (58). En salud perinatal, madres peruanas reportan haber recibido una atención mejor que en su país de origen, sin embargo reportan haberse sentido discriminadas en la atención y poco consideradas a la hora de solicitar información o tomar decisiones (59).

Referencias Principales:

Keygnaert I, Ivanova O, Guieu A, Van Parys A-S, Leye E, Roelens K. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016; 2016.

7. Salud de niños, niñas y adolescentes (NNA) migrantes: garantizar el derecho a la salud como un derecho de la niñez

Evidencia 7: Los NNA migrantes acumulan desventajas que pueden impactar negativamente sobre su salud y requieren de ser incluidos en programas de prevención y promoción.

LA SALUD DE NNA MIGRANTES COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL

La garantía de la atención de salud a NNA está amparada en consensos internacionales que consideran el derecho a la salud como un derecho fundamental de la niñez (71). Hoy en día se calcula que alrededor de 35 millones de niños en el mundo, son migrantes. Existe evidencia mundial que demuestra que NNA migrantes sin inscripción formal al sistema de salud tienen 6,5 veces más probabilidades de recibir atención retrasada en comparación con los niños migrantes con acceso a seguro de salud(72).

En Chile, independiente de su condición migratoria y la de sus padres, niños y niñas migrantes tienen derecho a estar inscritos en seguros de salud y a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y a procedimientos de medicina preventiva, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud (73).

Sin embargo, a pesar de estas normativas, la infancia migrante acumula sistemáticamente desventajas que afectan su condición de salud presente y futura, por lo que resulta urgente realizar acciones que contengan y reviertan estos resultados a partir de intervenciones en protección social y acceso a servicios preventivos (74).

Evidencia internacional

GLOBAL

Una revisión sistemática publicada en 2018 incluyó 107 textos. De los estudios que informaron resultados comparables, la mitad (50%) indicó un menor uso de la atención médica por parte de los niños migrantes en comparación con los no migrantes; El 25% no informó ninguna diferencia, el 18% informó un mayor uso y el 7% no informó este resultado. Hubo variación por tema, de modo que la proporción de conclusiones “menor uso” fue más común en las categorías “acceso general a la atención”, “atención primaria” y “salud bucal”, mientras que en el uso de salas de emergencia u hospitalizaciones, la conclusión más común fue “mayor uso” por NNA migrantes v/s locales(75).

EUROPA

En la Región Europea, se informó que la salud general de los niños refugiados y migrantes a menudo depende de las experiencias particulares del niño en el país de origen, durante el viaje y después de su llegada al país de destino(77). Debido a la interrupción de la atención sanitaria en las zonas de conflicto de donde pueden haber venido los niños, estos pueden ser más vulnerables a enfermedades prevenibles mediante vacunación (EPV), como la infección latente de tuberculosis (LTBI) y la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) (78).

También se informan deficiencias nutricionales, mala salud bucal, afecciones de la piel e infecciones de las vías respiratorias y gastrointestinales(64).

ESTADOS UNIDOS

Las condiciones de vida precarias en el país de acogida son un tema recurrente en cuanto a riesgos de salud física y mental de NNA migrantes, y los desafíos para el bienestar a nivel familiar pueden incluir inseguridad financiera y laboral, aislamiento social, aculturación de los NNA, y barreras de acceso a servicios de salud. Un estudio en Estados Unidos pesquisó que NNA de origen mexicano presentan niveles más alto de concentración de químicos peligrosos que otros NNA, debido a viviendas precarias, ambientes deteriorados, dieta y niveles bajos de aculturación (65).

COSTA RICA

Un estudio en Costa Rica, señala que los NNA migrantes de origen nicaragüenses están expuestos a condiciones de vida inseguras, con consecuencias sobre su salud y mayor exposición a riesgo de contraer parasitosis, diarreas y desnutrición (66).

CHILE

En Chile existen diversos estudios que constatan las brechas de afiliación que presentan NNA migrantes (56,67), así como el impacto de las determinantes sociales sobre su salud. Un reciente estudio (68) constató que persisten barreras consistentes de acceso a salud en NNA migrantes, sobreuso de servicios hospitalarios, necesidades no cubiertas en salud mental (69), salud oral y falta de acceso a atención de salud sexual y reproductiva en adolescentes migrantes (70). Diversos programas de atención primaria requieren de adecuar aceptabilidad y pertinencia cultural para lograr mejor cobertura en grupos específicos como la niñez migrante.

Referencias Principales:
Carreño, A. C., Blukacz, A., Cabieses, B., Obach, A., & Ortega, A. (2024). Health conditions of migrant children and adolescents from Latin America and Caribe: A narrative review. *Medwave*, 24(7), e2931.

1. IOM. Migrants' Right to Health – Legal and Policy Instruments Related to Migrants' Access to Health Care, Social Protection and Labour in Selected East African Countries. IOM, Geneva. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://publications.iom.int/books/migrants-right-health-legal-and-policy-instruments-related-migrants-access-health-care-social>
2. SERMIG. Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile [Internet]. Santiago de Chile; 2023. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/estimaciones-de-extranjeros/>
3. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. Caylà JA, editor. PLoS ONE. 22 de julio de 2015;10(7):e0131483.
4. Cabieses, B., Bernales, M., Mc Intyre, A. La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas. Santiago: UDD Editor. 2017.
5. PICUM. The Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. Migration status: A key structural social determinant of health inequalities for undocumented migrants. [Internet]. 2023. Disponible en: https://picum.org/wp-content/uploads/2023/12/Migration-status_A-key-structural-social-determinant-of-health-inequalities-for-undocumented-migrants_EN.pdf
6. FRA. – European Union Agency for Fundamental Rights. Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States. [Internet]. 2011. Disponible en: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1771-FRA-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_EN.pdf
7. Suess A, Ruiz Perez I, Ruiz Azarola A, March Cerda JC. The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. The European Journal of Public Health. 1 de octubre de 2014;24(5):712-20.
8. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. The European Journal of Public Health. 1 de abril de 2012;22(2):267-71.
9. Cabieses B, Sepúlveda C, Obach A, Cabieses B, Sepúlveda C, Obach A. Prevención de la transmisión vertical de VIH en mujeres migrantes internacionales: Escenario actual y desafíos. Revista chilena de pediatría. octubre de 2020;91(5):672-83.
10. BCN. Número de casos de VIH/SIDA registrados en Chile hasta el año 2022 y gasto en prevención del VIH/SIDA en Chile para el periodo 2020-2024 [Internet]. 2024. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/35942/1/BCN_042024_VIH_SIDA.pdf
11. Villanueva-Pabon LP, Alfaro-Fierro VF, Lagunas-Pizarro MA, Horna-Campos OJ. Caracterización epidemiológica de los nuevos diagnósticos de infección por virus de inmunodeficiencia humana en Chile período 2010-2019. Rev chil infectol. 2022;39(4):405-12.
12. Sochinf. Aumento de VIH en Chile: un problema multifactorial. Disponible en: <https://sochinf.cl/wp-content/uploads/2022/03/carta-mercurio-febrero-2019-aumento-VIH-.pdf>
13. Obach A, Carreño A, Sadler M. Latin American Youths' Migration Journeys and Settlement in the Tarapacá Region in Chile: Implications for Sexual and Reproductive Health. Int J Environ Res Public Health. 20 de octubre de 2022;19(20):13583.
14. OPS. Política para Aplicar un Enfoque Integrado y Sostenible de las Enfermedades Transmisibles En la Región de las Américas [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-01/2019-cde-dc57-elimin-init-framework-es.pdf>
15. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and migrants. HIV and migrants Monitoring the implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2022 progress report [Internet]. Stockholm; 2023. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV_and_migrants_0.pdf
16. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. BMC Public Health. diciembre de 2015;15(1):561.
17. Yin Z, Brown AE, Rice BD, Marrone G, Sönnernborg A, Suligoi B, et al. Post-migration acquisition of HIV: Estimates from four European countries, 2007 to 2016. Eurosurveillance [Internet]. 19 de agosto de 2021 [citado 26 de diciembre de 2024];26(33). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.33.2000161>
18. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection 2015. World Health Organization [Internet]. 2015. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/179870>
19. World Health Organization. Policy Statement on HIV Testing and Counselling for Refugees and other persons of concern to UNHCR. Geneva: WHO; 2014 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/policy-statement-on-hiv-testing-and-counselling-for-refugees-and-other-persons-of-concern-to-unhcr>
20. World Health Organization. Global tuberculosis programme [Internet]. Geneva; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>
21. OIM. MIGRATION & TUBERCULOSIS: A Pressing Issue [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/migrated_files/What-We-Do/docs/Migration-Tuberculosis-A-Pressing-Issue.pdf
22. World Health Organization. Reporte mundial de salud de personas migrantes y refugiadas [Internet]. Geneve; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>
23. Aldridge RW, Zenner D, White PJ, Williamson EJ, Muzyamba MC, Dhavan P, et al. 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. noviembre de 2016;388(10059):2510-8.
24. OPS. Situación sobre la Tuberculosis en Las Américas [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis/situacion-tuberculosis-americas>
25. Ranzani OT, Pescarini JM, Martinez L, Garcia-Basteiro AL. Increasing tuberculosis burden in Latin America: an alarming trend for global control efforts. BMJ Glob Health. marzo de 2021;6(3):e005639.
26. Tschirhart N, Thi SS, Swe LL, Nosten F, Foster AM. Treating the invisible: Gaps and opportunities for enhanced TB control along the Thailand-Myanmar border. BMC Health Serv Res. diciembre de 2017;17(1):29.
27. Orozco-Andrade I, Acosta-Loya JA, Bravo-Rodríguez G, Martínez-Lozano FN, Espinoza-Hernández ME, Enríquez-Porras A, et al. Patrones de farmacoresistencia en población migrante con tuberculosis pulmonar. Neumología y cirugía de tórax. diciembre de 2018;77(4):247-57.
28. Carrasco T. P, Bracho M. F, Montes F. S, Córdova L. P, Tomarelli R. G, Arriagada S. D, et al. Patologías del niño inmigrante en la Unidad de Cuidados Intensivos. Actualización. Revista chilena de pediatría. agosto de 2020;91(4):597-604.
29. Victorino FC, Herrera M. T, Victorino FC, Herrera M. T. La tuberculosis en Chile: situación epidemiológica y avances del Programa Nacional de Control y Eliminación 2017. Revista chilena de enfermedades respiratorias. diciembre de 2017;33(4):320-4.
30. Requena-Méndez A, Bussion S, Aldasoro E, Jackson Y, Angheben A, Moore D, et al. 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. abril de 2017;5(4):e439-47.
31. Avaria A, Ventura-García L, Sanmartino M, Van Der Laet C. Population movements, borders, and Chagas disease. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2022;117:e210151.

32. Silva Y, Inciarte L, Rodríguez P. Prevalencia de hipertensión arterial en adultos jóvenes inmigrantes. *MC*. 30 de noviembre de 2021;29((supl 2)):36-7.
33. Rada, I. Healthy migrant effect on cardiovascular disease and risks factors: Analysis from the social determinants of health approach. PhD thesis. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/items/fc46afe3-b2da-4401-abf3-6944299e883e>
34. Kyrönlahti A, Madanat-Harjuoja L, Pitkänieniemi J, Rantanen M, Malila N, Taskinen M. Childhood cancer mortality and survival in immigrants: A population-based registry study in Finland. *Intl Journal of Cancer*. 15 de mayo de 2020;146(10):2746-55.
35. Rada I, Cabieses B. Challenges for the prevention of hypertension among international migrants in Latin America: prioritizing the health of migrants in healthcare systems. *Front Public Health*. 11 de enero de 2024;11:1125090.
36. Rosenthal T, Touyz RM, Oparil S. Migrating Populations and Health: Risk Factors for Cardiovascular Disease and Metabolic Syndrome. *Curr Hypertens Rep*. septiembre de 2022;24(9):325-40.
37. Fernández-Niño JA, Vásquez-Rodríguez AB, Florez-García VA, Rojas-Botero ML, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, et al. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. *Rev salud pública*. 1 de julio de 2018;20(4):530-8.
38. Mendoza Ibarra JM, Morillo Cano JR, Mejía Álvarez ET, Guerrón Enríquez SX. Perfil epidemiológico de los migrantes venezolanos atendidos en Rumichaca, 2018. *dilemas* [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 27 de diciembre de 2024]; Disponible en: <http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2284>
39. Cubillos Novella AF, Ardón N. Realidades en la salud de las poblaciones migrantes: el caso de los migrantes venezolanos en el contexto colombiano. En: *El éxodo venezolano: entre el exilio y la emigración*, 2018, págs 97-114 [Internet]. Instituto de Ética y Desarrollo; 2018 [citado 27 de diciembre de 2024]. p. 97-114. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6746864>
40. Bernabe-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Multimorbidity and Disability Among Venezuelan Migrants: A Population-Based Survey in Peru. *J Immigrant Minority Health*. octubre de 2022;24(5):1206-13.
41. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 20 de julio de 2019;394(10194):240-8.
42. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*. 21 de septiembre de 2020;17(9):e1003337.
43. Blukacz A, Cabieses B, Markkula N. Inequities in mental health and mental healthcare between international immigrants and locals in Chile: a narrative review. *International Journal for Equity in Health*. 4 de noviembre de 2020;19(1):197.
44. United States Agency for International Development (USAID); Health services inequalities affecting the Venezuelan migrant and refugee population in Colombia. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/06/Health-services-inequalities-affecting-the-Venezuelan-migrant-and-refugee-population-in-Colombia-how-to-improve-the-local-response-to-the-humanitarian-emergency.pdf>
45. Priebe Rocha L, Soares C, McGregor A, Chen S, Kaplan A, Rose R, et al. Understanding Health Priorities, Behaviors, and Service Utilization Among Brazilian Immigrant Women: Implications for Designing Community-Based Interventions. *J Racial and Ethnic Health Disparities*. febrero de 2022;9(1):135-45.
46. Caqueo-Urizar A, Atencio D, Flores J, Narea M, Urzúa A, Irrázaval M. Mental Health in Immigrant Children and Adolescents in Northern Chile Mental Health in Immigrant Children and Adolescents. *J Immigrant Minority Health*. abril de 2021;23(2):280-8.
47. Cabieses, B., Obach, A., Rada, I., Bacigalupo, J., Vezzani, F., Wolleter, D. (). Salud y efectos sociales en personas migrantes internacionales en tiempo de pandemia en Chile. [Internet]. Universidad del Desarrollo; Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/6d42e197-7b09-4914-be92-092508743195/content>
48. Astorga-Pinto SM, Cabieses B, Carreño Calderon A, McIntyre AM. Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Rev Inst Salud Pública Chile* [Internet]. 1 de julio de 2019 [citado 21 de septiembre de 2021];3(1). Disponible en: <http://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/49>
49. Carreño A, Blukacz A, Cabieses B, Jazanovich D. “Nadie está preparado para escuchar lo que vi”: atención de salud mental de refugiados y solicitantes de asilo en Chile. *SC*. 24 de diciembre de 2020;16:e3035.
50. OMS. Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care [Internet]. 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373279/9789240081840-eng.pdf?sequence=1>
51. Merry L, Semenic S, Gyorkos TW, Fraser W, Gagnon AJ. Predictors of Unplanned Cesareans among Low-Risk Migrant Women from Low- and Middle-Income Countries Living in Montreal, Canada. *Birth*. septiembre de 2016;43(3):209-19.
52. Wanigaratne S, Shakya Y, Gagnon AJ, Cole DC, Rashid M, Blake J, et al. Refugee maternal and perinatal health in Ontario, Canada: a retrospective population-based study. *BMJ Open*. abril de 2018;8(4):e018979.
53. Kentoffio K, Berkowitz SA, Atlas SJ, Oo SA, Percac-Lima S. Use of maternal health services: comparing refugee, immigrant and US-born populations. *Matern Child Health J*. diciembre de 2016;20(12):2494-501.
54. Fernández-Niño JA, Rojas-Botero ML, Bojorquez-Chapela I, Giraldo-Gartner V, Sobczyk RA, Acosta-Reyes J, et al. Situación de salud de gestantes migrantes venezolanas en el Caribe colombiano: primer reporte para una respuesta rápida en Salud Pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. septiembre de 2019;51(3):208-19.
55. Cantore, A., & Bertoni, M. B. (2021). Mujeres indígenas mbyá-guaraní y migrantes bolivianas en Argentina: Comparaciones etnográficas sobre sus partos y atenciones sanitarias. *Antropología Experimental*(21), 469-484. 2021;
56. Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista chilena de pediatría*. diciembre de 2017;88(6):707-16.
57. Carreño, Alejandra; Cabieses B; Obach A.; Correa E., Galvez P. Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo. *Castalia*. 2022;38 | PRIMER SEMESTRE 2022.
58. Cabieses, B., Obach, A. Sistematización de experiencias y aprendizajes de comunas con y sin implementación del Programa Ministerial de Atención a Migrantes de APS en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente: Informe final. UDD [Internet]. 2022. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/items/53d6ec9c-01e2-4fc6-8542-da684854a539>
59. Leighton CS, Báez CL, Maldonado NG, Carimoney AA. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Revista Sociedad y Equidad* [Internet]. 1 de enero de 2014 [citado 7 de junio de 2022];(6). Disponible en: <https://sye.uchile.cl/index.php/RSE/article/view/27213>
60. Knight M, Nair M, Tuffnell D, Shakespeare J, Kenyon S, Kurinczuk J, editors, on behalf of MBRRACE-UK. Saving lives, improving mothers' care. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit [Internet]. Oxford: University of Oxford; 2017. Disponible en: https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2021_-_FINAL_-_WEB_VERSION.pdf
61. Osuide JO, Parsa AD, Mahmud I, Kabir R. The effect of limited access to antenatal care on pregnancy experiences and outcomes among undocumented migrant women in Europe: a systematic review. *Front Glob Womens Health*. 6 de febrero de 2024;5:1289784.

62. Pedersen GS, Grøntved A, Mortensen LH, Andersen AMN, Rich-Edwards J. Maternal Mortality Among Migrants in Western Europe: A Meta-Analysis. *Matern Child Health J.* septiembre de 2014;18(7):1628-38.
63. Keygnaert I, Ivanova O, Guieu A, Van Parys A-S, Leye E, Roelens K. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016; 2016. Disponible en: (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 45; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317109/HEN-synthesis-report-45.pdf
64. Oliván-Gonzalvo G. Health status and infectious diseases in male unaccompanied immigrant minors from Africa in Spain. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (English ed).* agosto de 2021;39(7):340-4.
65. Perla ME, Rue T, Cheadle A, Krieger J, Karr CJ. Population-based comparison of biomarker concentrations for chemicals of concern among Latino-American and non-Hispanic white children. *J Immigr Minor Health.* junio de 2015;17(3):802-19.
66. Rica C. Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes.
67. Bernales M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A. Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Salud Publica Mex.* 7 de septiembre de 2018;60(5, sep-oct):566.
68. MINSAL. Estudio De Acceso Y Pertinencia Cultural En La Atención De Salud De Niñas, Niños Y Adolescentes En Contextos De Migración En Atención Primaria. Santiago de Chile, Chile; 2023. <https://repositorio.udd.cl/items/76ff71cf-4de7-4733-bbba-e1dd8520138a>
69. Calderón AC, Obach A, Correa-Matus E. “Viajar para estar mejor”: trayectorias migratorias de niños, niñas y adolescentes que han ingresado por paso no habilitado a Chile durante la crisis por COVID-19. *Aiken Revista de Ciencias Sociales y de la Salud.* 30 de junio de 2023;3(1):53-69.
70. Obach A, Hasen F, Cabieses B, D’Angelo C, Santander S. Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 30 de diciembre de 2020;44:1.
71. ONU. Convención sobre los derechos del Niño [Internet]. 1989. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
72. Blewett LA, Johnson PJ, Mach AL. Immigrant Children’s Access to Health Care: Differences by Global Region of Birth. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved.* mayo de 2010;21(2A):13-31.
73. Defensoria Nacional de la Ninez. Cartilla de derechos de niños, niñas y adolescentes migrantes [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2022/07/Cartilla-Derechos-NNA-Migrantes-versi%C3%B3n-legibilidad.pdf>
74. Carreño Calderón A, Cabieses Valdes B. La salud de niños, niñas y adolescentes (NNA) migrantes como prioridad ética y sanitaria. *Andes pediatri.* 16 de diciembre de 2022;93(6):922.
75. Markkula N, Cabieses B, Lehti V, Uphoff E, Astorga S, Stutzin F. Use of health services among international migrant children – a systematic review. *Global Health.* diciembre de 2018;14(1):52.
76. Chang R, Li C, Qi H, Zhang Y, Zhang J. Birth and Health Outcomes of Children Migrating With Parents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pediatr.* 13 de julio de 2022;10:810150.
77. Garcia-Tizon Larroca S, Arevalo-Serrano J, Duran Vila A, Pintado Recarte MP, Cueto Hernandez I, Solis Pierna A, et al. Human Development Index (HDI) of the maternal country of origin as a predictor of perinatal outcomes - a longitudinal study conducted in Spain. *BMC Pregnancy Childbirth.* diciembre de 2017;17(1):314.
78. Marrone R, Baglio G, Brusino G, Costanzo G, Cavani A, Mirisola C. Prevalence of latent tuberculosis infection, hepatitis B, hepatitis C, and syphilis among newly arrived unaccompanied minors living in reception centers in Rome. *International Journal of Infectious Diseases.* diciembre de 2020;101:126-30.