



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vhri

La Compleja Relación Entre Posición Socioeconómica, Estatus Migratorio y Resultados de Salud

Báltica Cabieses, PhD^{1,2,*}¹Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo Clínica Alemana, Santiago, Chile; ²Department of Health Sciences, University of York, York, UK

ABSTRACT

Introduction: The relationship between socioeconomic position (SEP), migration and health is dynamic, difficult to predict, multifactorial and poorly studied in the Latin American region. Moreover, there are high levels of uncertainty about reasons, types, and consequences of migration to an individual, family, community, country of origin and the receiving country. **Objective:** To discuss the evidence about the complex relationship between SEP, migration and health outcomes. **Results:** According to international evidence available, migration has a direct impact on health outcomes in a population and, in turn, on public health policy decisions in each locality. The available evidence on this issue affects multiple parts of the social sciences. The "healthy migrant" effect is not consistently observed among immigrant populations, particularly after adjusting for PSE. Moreover, the immigrant population tends to assimilate in terms of risk factors and morbidity

to the local population after about 10 years of stay in the foreign country. Migration has consequences for international relations, economic productive capacity of a country, inequality, demographic changes and health outcomes, to mention a few. **Conclusion:** There is now the opportunity to generate better and more evidence longitudinal population-based around the relationship between SEP, migration status and health. This will contribute to reduce uncertainty about the health status of immigrants that is required for decision-making in public health in Chile and the region.

Keywords: Chile, health outcomes, Latin America, social determinants of health, socioeconomic position.

© 2014 Published by Elsevier Inc. on behalf of International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR).

Introducción

Los determinantes sociales se definen como las condiciones sociales en las cuales las personas desarrollan su vida y, por distintos mecanismos, tienen un impacto en su salud [1,2]. El concepto de inequidad en salud se refiere a todas aquellas diferencias en salud que son evitables e injustas [3,4]. Gran parte de las inequidades en salud entre distintos grupos de la población son explicables por estos determinantes sociales [5–7]. Por lo tanto, por concepto las inequidades son posibles de revertir, para lo cual es necesario contar con políticas públicas que logren reducir la fuerte asociación que existe entre condiciones sociales de vida y la salud en la población.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un marco conceptual, el cual identifica y categoriza los diversos DSS identificando de qué forma interactúan y generan las inequidades en salud [8,9]. Se distinguen dos categorías: DSS estructurales y DSS intermedios. El DSS intermedio por su parte, se refiere a la interacción entre salud y factores psicosociales, biológicos y de condiciones materiales de vida. También incluye los efectos del sistema de salud. Los DSS estructurales incluyen el nivel macro / contextual (político y cultural) y la posición socioeconómica (PSE),

mediada por dimensiones como clase social, género y etnia, ocupación, nivel educacional e ingreso.

Reducir las inequidades en salud ha sido un eje prioritario en el trabajo desarrollado por la OMS y en múltiples países, incluido Chile [10]. Este país ha liderado la inclusión explícita de este objetivo en la reforma de salud y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en atender su relevancia para la salud de la población [11]. Otros ejemplos han sido los dos últimos documentos de Objetivos Sanitarios, de las décadas 2001–2010 y 2011–2020, junto a otros reportes ministeriales y académicos que dan cuenta del amplio cuerpo de evidencia que existe a nivel mundial y el creciente conocimiento que se ha desarrollado en Chile en esta temática [12].

El presente artículo de opinión y análisis tiene como propósito dar a conocer la compleja relación entre posición socioeconómica, migración y resultados de salud. Esta relación es dinámica, difícil de predecir, multifactorial y pobremente estudiada en la región de Latinoamérica. Más aún, existen altos grados de incertidumbre en torno a razones, formas, y consecuencias de migrar en un individuo, su familia, su comunidad y país de origen y el país que lo recibe. Esto tiene directas y profundas consecuencias en los resultados de salud de una población, y a su vez, en las decisiones políticas de salud pública de cada localidad. La

Conflicts of interest: The author has indicated that she has no conflicts of interest with regard to the content of this article.

* Corresponding Author: Báltica Cabieses, Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, Avenida Las Condes 12587 Lo Barnechea Santiago zip code 7590943 Chile. Tel/Fax: +56 2 23279516.

E-mail: bcabieses@udd.cl; bbc500@york.ac.uk.

2212-1099/\$36.00 – see front matter © 2014 Published by Elsevier Inc. on behalf of International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.vhri.2013.11.001>

evidencia disponible en este tema afecta a múltiples partes: tomadores de decisión en políticas de salud, educación, grupos vulnerables y derechos humanos, entre otros; e interesa a profesionales académicos, investigadores, clínicos y teóricos de cualquier disciplina de las ciencias sociales. La migración tiene consecuencias en relaciones internacionales, capacidad productiva económica de un país, desigualdad, variaciones demográficas, por mencionar algunos aspectos. Salud es, para efectos de este manuscrito, el reflejo perfecto de la complejidad inherente al proceso de migración y su necesario desarrollo en Chile y Latinoamérica. A continuación se desarrolla una discusión crítica de esta evidencia para luego realizar, de acuerdo a la opinión del autor, la urgencia de desarrollar mayor investigación en esta área en la región.

Lo que ya sabemos en cuanto a la relación entre posición socioeconómica y salud: la brecha, la gradiente y el ciclo vital

Estudios internacionales han explorado los posibles mecanismos explicativos que están a la base de las diferencias en los resultados de salud según la posición socioeconómica de los individuos [13,14]. La PSE es una variable ampliamente utilizada en investigación en salud [15]. Es un concepto multidimensional y no existe un *gold standard* para su medición. Se reconocen tres indicadores clásicos: ingreso, educación y ocupación. Otras variables estrechamente relacionadas a posición social son etnicidad, estatus migratorio, género y clase social.

La existencia de diferencias prevenibles e injustas en salud según PSE es una realidad indiscutible [2,16,17]. Existen grandes diferencias en las tasas de morbimortalidad en los distintos grupos sociales, tanto en Chile y Latinoamérica como en la amplia literatura disponible en este tema [18-21]. En Chile por ejemplo, entre 1998 y 2006 la esperanza de vida a los 20 años aumentó en 1,5 años, pero este incremento no fue homogéneo según nivel educacional. Respecto de las inequidades en morbimortalidad según PSE, existen dos fenómenos de relevancia. Primero, la *brecha* en la morbimortalidad entre aquellos en mejor y peor posición social en el país, que genera por ejemplo un exceso de muertes en la población infantil y adulta chilena cada año. Estos resultados son consistentes en diversos problemas de salud en el país, independiente del indicador de PSE que se utilice. De esta forma, la reducción de la brecha en salud según posición social es urgente en Chile, pues se mantiene estable e incluso se amplía a lo largo del tiempo.

El segundo fenómeno corresponde a la existencia de la *fin de gradiente* social en salud, esto es que no solo los menos educados tienen peores resultados de salud y el resto de la población está igualmente protegida [22]. Por el contrario, existe una asociación continua o escalonada entre PSE y morbimortalidad [23]. Esta *fin de gradiente* ha sido observada de manera consistente en la literatura y sugiere establecer estrategias que mejoren la situación de salud de manera proporcional a cada grupo afectado [24-27]. En otras palabras, la población en su conjunto se ve deteriorada cuando presenta desigualdades sociales e inequidades en salud y no sólo aquellos más vulnerables en el estrato más bajo de PSE.

Es importante además observar la relación entre posición social y salud desde una perspectiva de *ciclo vital* [28,29]. La perspectiva de curso de vida, desarrollada en especial por medio del estudio de grandes cohortes poblacionales en países más desarrollados, indica que la prevención de factores de riesgo y problemas de salud en la adultez exige modificar sus desencadenantes desde la vida temprana [30]. No es accidental que la población adulta chilena en desventaja sea la más propensa a enfermar, ni tampoco lo es que sus hijos lo serán en 20 años más [31,32]. La probabilidad de enfermar de cualquier chileno en la

adultez está, al menos parcialmente, pre-determinada por la posición social de su familia de origen [33-35].

Importante evidencia demuestra el peso de la posición social sobre la salud poblacional en el curso de vida, cuya asociación es consistente a través de contextos históricos, geografía, poblaciones y diseños de investigación. Más aún, existe un creciente grupo de investigadores en el mundo interesados en develar la relación intergeneracional de estos procesos de salud y enfermedad. La cuna de origen determina desde el día de nuestra concepción, y con cierto grado de incertidumbre, nuestra esperanza de vida, enfermedades más probables de desarrollar y como consecuencia nuestro bienestar. Dichos patrones tienden a repetirse a lo largo de las generaciones, en especial en sociedades altamente jerárquicas, con gran desigualdad socioeconómica, y con poca movilidad social (esta última generalmente asociada a pobres estrategias políticas de redistribución del ingreso, de seguro social y de apoyo a la educación en los grupos menos favorecidos). En una era globalizada y marcada por la búsqueda de la igualdad y la equidad, la falta de oportunidades balanceadas para que cada individuo en su sociedad florezca en todas sus potencialidades y lleve una vida saludable feliz, es uno de los mayores fracasos y desafíos pendientes que tenemos en salud pública y políticas públicas en todos los países del mundo.

El fenómeno migratorio en Latinoamérica y en Chile

Existen diversos grupos que por sus características particulares de vulnerabilidad, presentan importantes inequidades en los resultados en salud, y que deben ser considerados para un abordaje especial. Uno de ellos corresponde a personas inmigrantes. La inmigración es un reconocido determinante social [36]. Las condiciones que rodean al proceso de migración hacen que esta población sea vulnerable y que su movimiento transfronterizo tenga gran impacto en salud pública [37-40].

A nivel mundial, se estima que 200 millones de personas migran cada año [41,42]. En América Latina y el Caribe, a unos 25 millones de personas (alrededor del 4% de la población total) habían emigrado a otro país en el 2011 [43]. En general, los EE.UU. es el destino preferido de los migrantes de América Latina y el Caribe, siendo la búsqueda de oportunidades de trabajo una de las principales razones de estos movimientos. También hay una creciente migración dentro de la región latinoamericana, la llamada migración Sur-Sur, sobre todo el movimiento de personas que viven en países de menor desarrollo hacia países cercanos más desarrollados dentro de la región [44].

Chile es un país de mediano ingreso con un Producto Interno Bruto (PIB) per cápita algo superior a \$16.000 (USD). Cuenta con una población de poco más de 16 millones de habitantes y en las últimas décadas ha experimentado grandes cambios económicos y demográficos, una mejora progresiva de las condiciones de salud de la población, la disminución de la mortalidad infantil y de mortalidad general y el aumento de la esperanza de vida [45]. Hoy en día, el estado de salud de la población chilena es muy similar a algunos países de ingreso alto y mejor que muchos otros países de América Latina y el Caribe [46-48]. Hay múltiples razones para el estado de salud relativamente bueno de la población chilena en comparación con otros países de similar desarrollo económico. Desde principios del siglo XX Chile ha desarrollado importantes iniciativas de salud pública para el mejoramiento de la salud de su población, en primer lugar se centró en la mortalidad materno-infantil y las epidemias infecciosas y, más recientemente, en las enfermedades crónicas y el cáncer. Estos esfuerzos sistemáticos en materia de salud pública y protección social han dado importantes frutos en salud. Sin embargo, no todos los grupos socioeconómicos se han beneficiado de estos avances en la misma medida [49]. Existen profundas

diferencias en el estado de salud de la población chilena al comparar por PSE, previsión, región, sexo, edad y otros factores [18,19].

En contraste con otros países de la región de América Latina, como Argentina o Brasil, Chile es un país fundamentalmente emisor de migrantes en lugar de ser un país receptor de inmigrantes. El 2007 por ejemplo, más de 857 781 chilenos vivían fuera del país, con una proporción de 3 chilenos fuera del país por 1 inmigrante viviendo en Chile (razón emigrante: inmigrante de 3: 1) [50,51]. Sin embargo, la inmigración en Chile ha aumentado en los últimos años, llegando a alrededor del 2% de la población total en el año 2007 (total estimado de 258 a 350.000 personas). Esta corresponde a la tasa de inmigrantes más alta observada desde 1950 en Chile.

Durante las dos últimas décadas, América del Sur y otros países asiáticos han aumentado su tasa de inmigración regional. Las últimas cifras gubernamentales indican que en la actualidad Chile está experimentando un “nuevo patrón migratorio” [43]. Este nuevo patrón consiste en una importante mayoría de inmigrantes provenientes de otros países de América Latina, en busca de oportunidades laborales. También ha ido aumentando la inmigración femenina en nuestra región, entre ellos Chile, para trabajar en los servicios manuales y domésticos.

Nueva evidencia acerca de la salud de inmigrantes: construyendo puentes de evidencia científica para el bienestar de la población latinoamericana en Chile y el mundo

La evidencia internacional indica que existen diversos factores que afectan de manera directa e indirecta la salud de la población inmigrante y de sus descendientes, tales como: las razones que determinaron la migración; condiciones de vida, familiares y de salud previas a migrar y durante la migración; la llegada a la nueva sociedad; experiencias de discriminación y estigma; desconocimiento del funcionamiento de los diversos sistemas sociales; soledad y abandono, y pobres condiciones laborales, entre otros [52-55]. Por otra parte, las barreras percibidas de acceso a la salud por parte de inmigrantes incluyen dificultades de lenguaje, diferencias culturales en la apreciación de la salud y enfermedad, experiencias previas de discriminación y maltrato, y fundamentalmente, desconocimiento y/o desconfianza del sistema de salud del país en que residen. Al mismo tiempo, inmigrantes latinoamericanos en otros continentes como Europa presentan elevados porcentajes de ausencia de previsión de salud, optando al “pago de bolsillo” en caso de necesidad [56-58].

Existen importantes logros alcanzados en Chile respecto de la población inmigrante. Cualquier residente independiente de su situación legal, incluso indocumentada, puede acceder a los beneficios de la provisión de salud que señala la Ley de atención universal en Chile, en casos de emergencias, del control prenatal y de salud infantil. En este sentido, destacan el Programa para la inmigrante embarazada, el Programa para el inmigrante menor de edad, y el Programa de atención gratuita para inmigrantes peruanos viviendo en pobreza [50,51]. Al mismo tiempo, existen acuerdos internacionales especiales, como por ejemplo con el Perú, que facilitan la adaptación de cualquier inmigrante de ese país a Chile (ej. Acuerdo de seguridad social para inmigrantes peruanos en Chile). Por otra parte, cualquier inmigrante documentado (esto es, con al menos un miembro del hogar con contrato laboral y pasaporte al día) puede inscribirse en el consultorio correspondiente a su sector comunal y formar parte del sistema público de salud [50,51]. No obstante, cerca de un 20% de quienes reportaron ser inmigrantes en la encuesta nacional de caracterización socioeconómica del 2006 (CASEN) no tienen previsión, lo cual duplica el porcentaje de la población nacida en Chile [56-58].

En Chile residen aproximadamente 290.000 personas nacidas en el extranjero, equivalente al 2% de la población

aproximadamente [50,51]. Sus principales países de origen son latinoamericanos, y aunque un tercio de ellos han residido en el país por menos de un año, el promedio de residencia en Chile alcanza los 11 años. Recientes estudios de base poblacional en Chile destacan la compleja situación socioeconómica de los inmigrantes en Chile. Se realza en particular la relativa mejor situación socioeconómica de la población inmigrante en su conjunto en comparación a la nativa chilena, aun cuando presentan importantes variaciones de PSE [53,54,59]. Esto es, el quintil de ingreso más alto (de acuerdo a ingreso total autónomo del hogar auto-reportado en encuestas poblacionales) reporta un ingreso promedio más alto que el grupo equivalente de la población nacida en Chile. No obstante, el quintil de ingreso más pobre del grupo inmigrante recibe menor ingreso promedio que el mismo quintil de la población nacida en Chile. Si esto se traduce a la medición de la brecha en el ingreso (la conocida razón 20:20, esto es la comparación entre el promedio de ingreso del quintil más rico y el quintil más pobre), el año 2006 la población chilena tenía una brecha de 12 a 13 veces en el ingreso promedio de los más ricos versus los más pobres, mientras que la población inmigrante presentaba una brecha de 23 veces de diferencia entre los mismos grupos de ingreso [55,56,60].

Por otra parte y de manera similar a lo observado en la literatura internacional, la población inmigrante en Chile muestra el efecto del “migrante sano”, vale decir que este grupo presenta una menor prevalencia de problemas crónicos de salud que la población chilena nativa [54]. No obstante, existe una clara gradiente según PSE del inmigrante, lo que explica que los inmigrantes de baja PSE no presentan el efecto de “migrante sano”. Más aun, inmigrantes viviendo en baja PSE en Chile, aun siendo considerablemente más jóvenes que la población local, presentan tasas de morbilidad similar a la población nacida en Chile. Esto muestra ser consistente independiente del problema de salud observado (agudo o crónico) pero especialmente importante en inmigrantes que llevan largo tiempo en Chile (más de una década).

La información sobre la salud de los inmigrantes en Chile y Latinoamérica es escasa, especialmente en los indocumentados [60]. Hoy se desconocen importantes factores relacionados a la salud, como razones de migración, PSE y de salud antes de migrar, efectos en segundas y terceras generaciones de inmigrantes, y variaciones en estatus contractual y legal en el tiempo. Esto cobra especial relevancia al considerar la heterogeneidad demográfica y económica de este grupo [59]. Es necesario desarrollar más estudios cuantitativos y cualitativos focalizados a la población inmigrante, idealmente de manera longitudinal y de representación nacional. Sólo de esta manera se podrá orientar de manera efectiva a estrategias políticas que nos ayuden a todos a proteger la salud de nuestra población, independiente de su edad, género, raza o estatus migratorio.

Aporte de la reciente investigación en salud para la toma de decisiones políticas en inmigrantes en Chile

Pese al intenso trabajo de diversos investigadores, organizaciones gubernamentales e instituciones internacionales en torno a las características socio-demográficas de los inmigrantes en Chile y la región, es aún muy poco lo que sabemos acerca de la vida y bienestar de los inmigrantes de Latinoamérica. Sabemos de su situación en un instante del tiempo por medio de grandes encuestas poblacionales (como la CASEN desde el año 2006 que incluyó una pregunta sobre estatus migratorio en Chile), conocemos aspectos generales del movimiento migratorio en la región por medio de registros de gobiernos, y pobremente nos acercamos a sus condiciones de salud y necesidades a través de registros de los servicios de salud de cada país.

No obstante, aún quedan preguntas sustanciales por responder, tales como (1) ¿cuáles son las características sociodemográficas y de salud de los inmigrantes antes de su arribo al nuevo país?; (2) ¿qué factores afectan su decisión de inmigrar?; (3) ¿cuál es la historia migratoria de cada inmigrante que llega a Chile, cuáles son sus expectativas en el nuevo país y bajo qué circunstancias volvería a migrar?; (4) ¿cómo varía su estatus migratorio en el tiempo (documentado o indocumentado, por ejemplo) y cómo esto afecta sus oportunidades laborales, bienestar familiar y salud?; (5) ¿qué factores determinan su percepción de integración a la nueva sociedad y cómo se podría facilitar esta experiencia de manera efectiva?; y (6) ¿de qué manera los hijos de inmigrantes experimentan su vida en su país y cómo el estatus migratorio de sus padres podría afectar sus oportunidades de florecer como ser humano, su salud y su bienestar a lo largo de su vida? Se requieren nuevas y más investigaciones que permitan aproximarse al fenómeno migratorio en Latinoamérica y Chile. Tal como fue mencionado anteriormente, estas iniciativas deberían estar idealmente orientadas a movilizar políticas desde la autoridad sanitaria involucrando a todos los sectores y con un enfoque de largo plazo. Ver resumen de desafíos a considerar en esta temática en la [Figura 1](#).

Conclusión

En la opinión del autor y conforme a la evidencia disponible en Chile y Latinoamérica sobre salud de inmigrantes, se enfrenta hoy la necesidad de modificar los desencadenantes de problemas de salud, no solo en la población adulta actual sino en la futura. En este sentido, es urgente reconocer que una política que posicione y priorice la reducción de desigualdades en la PSE

(reducción de las diferencias en años de educación e ingreso económico entre chilenos) es esencial para modificar la salud y conductas individuales a lo largo del tiempo. Un foco antipobreza no sería necesariamente suficiente si se considera la importancia de la gradiente socioeconómica en salud, ampliamente investigada en el extranjero. La incorporación de este concepto debe movilizar políticas desde la autoridad sanitaria, pero también debe involucrar al mundo académico, al sector privado y al intersector, a través de un ejercicio serio, participativo y con un enfoque de planificación a largo plazo. Es el país en su conjunto quien debe transformarse para lograr un verdadero cambio en la salud de toda su población incluyendo a aquellos que han inmigrado a nuestro país.

Existe hoy la oportunidad como sociedad no sólo de generar mejor y más evidencia en torno a la relación entre PSE, estatus migratorio y salud, sino también de transformar nuestras formas de entender y acercarnos a fenómenos tan complejos como este. Es necesario mantener una mirada abierta y altamente crítica hacia la forma en la cual generamos nuestras preguntas de investigación y producimos nueva evidencia en Chile y en la región de Latinoamérica. Evidencia longitudinal y mixta es urgente para lograr representar de mejor manera las trayectorias de vida de los inmigrantes y sus descendientes en Chile y la región. Así también podremos representar con menor grado de incertidumbre las necesidades de salud de inmigrantes y se podrá planificar de mejor manera en términos de recursos de protección social y de salud. Solamente así lograremos desarrollar marcos conceptuales y teóricos que verdaderamente nos permitan observar de una manera más genuina, los complejos y múltiples determinantes de la salud de la población inmigrante en cualquier lugar del mundo y en especial en Chile.

1. La *posición socioeconómica* (PSE) es un constructo social complejo y multidimensional. Mediciones únicas con indicadores clásicos (por ejemplo ingreso) pueden no reflejar la totalidad de este constructo lo que aumenta el riesgo de endogenicidad y su débil interpretabilidad para la toma de decisiones en salud
2. La *migración* tiene distintas definiciones y teorías. Existe además un moderado grado de evidencia acerca de sus consecuencias en salud en Latinoamérica y Chile. Debemos avanzar hacia diseños longitudinales que den cuenta de variaciones en PSE y salud en inmigrantes en Chile y la región
3. Prácticamente no se sabe de la salud de quienes viven indocumentados pues este grupo es muy difícil de reclutar en estudios de base poblacional. Estrategias de reclutamiento específicas para ellos son urgentes en encuestas poblacionales y otros diseños de investigación que produzcan mejor nivel de evidencia científica
4. La poca evidencia disponible en Chile acerca de PSE, migración y salud no es aun adecuadamente utilizada para la generación de políticas de salud específicas para este grupo. Investigadores en la región deben dar cuenta de la evidencia existente en torno a este tema y buscar mecanismos efectivos de transferencia de este conocimiento a tomadores de decisiones

Fig. 1 – Algunos desafíos pendientes en la reducción de la incertidumbre en torno a la evidencia disponible acerca de posición socioeconómica, migración y salud.

Source of financial support: The authors have no other financial relationships to disclose.

REFERENCIAS

- [1] Tarlov AR. The coming influence of a social sciences perspective on medical education. *Acad Med* 1992;67:724-31.
- [2] Wilkinson RG. Social class differences in infant mortality. *BMJ* 1992;305:1227-8.
- [3] Phillips K, Muller-Clemm W, Ysselstein M, Sachs J. Evaluating health inequity interventions: applying a contextual (external) validity framework to programs funded by the Canadian Health Services Research Foundation. *Eval Program Plann* 2013;36:198-203.
- [4] Asada Y. A framework for measuring health inequity. *J Epidemiol Commun H*. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2005 Aug;59:700-5.
- [5] Marmot M. Policy overview. Closing the gap in a generation. *Perspect Public Health* 2009;129:16-7.
- [6] Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. London, UK: The Marmot Review, 2010.
- [7] Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372:1661-9.
- [8] Irwin A, Valentine N, Brown C, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS Med* 2006;3:e106.
- [9] Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promot J Austr* 2006;17:180-5.
- [10] Sutherland WJ, Bellingan L, Bellingham JR, Blackstock JJ, Bloomfield RM, Bravo M, et al. A collaboratively-derived science-policy research agenda. *Plos One*. [Research Support, Non-U.S. Gov't] 2012;7:e31824.
- [11] Jadue L, Marin F. Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Available. First ed. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo, MINSAL, 2005.
- [12] Ministry of Health in Chile. Elige vivir sano: objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Santiago, Chile: Ministry of Health, 2011.
- [13] Beckman A, Merlo J, Lynch J, et al. Country of birth, socioeconomic position, and healthcare expenditure: a multilevel analysis of Malmö, Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:145-9.
- [14] Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull* 2007;81-82:21-37.
- [15] Cabieses B, Zitzko P, Pinedo R, et al. How has social status been measured in health research? A review of the international literature. *Rev Panam Salud Publica* 2011;29:457-68.
- [16] Wilkinson G. Social class and mental disorders. *Brit J Hosp Med* 1990;43:321.
- [17] Breeze E, Jones DA, Wilkinson P, et al. Area deprivation, social class, and quality of life among people aged 75 years and over in Britain. *Int J Epidemiol* 2005;34:276-83.
- [18] Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. [Inequalities in public health care provision in Chile]. *Cad Saude Publica* 2002;18:1053-66.
- [19] Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. Information for health equity in Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11:374-85.
- [20] Mardones F. Inequality of health care for the elderly in Chile. *Rev Med Chile* 2004;132:865-72.
- [21] Melo PZ, Valdes BC. Socioeconomic determinants of disability in Chile. *Disabil Health J* 2011;4:271-82.
- [22] Hammarstrom A, Stenlund H, Janlert U. Mechanisms for the social gradient in health: results from a 14-year follow-up of the Northern Swedish Cohort. *Pub Health* 2011;125:567-76.
- [23] Theodossiou I, Zangelidis A. The social gradient in health: the effect of absolute income and subjective social status assessment on the individual's health in Europe. *Econ Human Bio* 2009;7:229-37.
- [24] Sabbah W, Watt RG, Sheiham A, Tsakos G. Effects of allostatic load on the social gradient in ischaemic heart disease and periodontal disease: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Epidemiol Commun H* 2008;62:415-20.
- [25] Arendt JN, Lauridsen J. Do risk factors explain more of the social gradient in self-reported health when adjusting for baseline health? *Euro J Pub Health* 2008;18:131-7.
- [26] Vallgarda S. Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Pol* 2008;85:71-82.
- [27] Icks A, Moebus S, Feuersenger A, et al. Widening of a social gradient in obesity risk? German national health surveys 1990 and 1998. *Eur J Epidemiol* 2007;22:685-90.
- [28] Nicolau B, Marcenes W. How will a life course framework be used to tackle wider social determinants of health? *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40(Suppl. 2):33-8.
- [29] Bond J. Pathways to optimal health: a life course framework for adolescents. *Am J Pub Health* 2012;102:1817.
- [30] Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *Milbank Quarterly* 2002;80:433-79, iii.
- [31] Bourne PA. A theoretical framework of the good health status of Jamaicans: using econometric analysis to model good health status over the life course. *N Am J Med Sci* 2009;1:86-95.
- [32] Misra DP, Grason H. Achieving safe motherhood: applying a life course and multiple determinants perinatal health framework in public health. *J Womens Health Issues* 2006;16:159-75.
- [33] Mishra GD, Anderson D, Schoenaker DA, et al. InterLACE: a new international collaboration for a life course approach to women's reproductive health and chronic disease events. *Maturitas* 2013. <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.12.011>. [Epub ahead of print].
- [34] Jackson JS, Knight KM, Rafferty JA. Race and unhealthy behaviors: chronic stress, the HPA axis, and physical and mental health disparities over the life course. *Am J Public Health* year;100:933-9.
- [35] Barondess JA. Toward reducing the prevalence of chronic disease: a life course perspective on health preservation. *Perspect Biol Med* 2008;51:616-28.
- [36] Davies AA, Mosca D, Frattini C. Migration and health service delivery. *World Hosp Health Serv* 2010;46:5-7.
- [37] Akhavan S, Bildt C. Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *Ethnic Health* 2004;9(Suppl.):S93-4.
- [38] Alver K, Meyer HE, Falch JA, Sogaard AJ. Bone mineral density in ethnic Norwegians and Pakistani immigrants living in Oslo-The Oslo Health Study. *Osteoporos Int* 2005;16:623-30.
- [39] Azerkan F, Zendehdel K, Tillgren P, et al. Risk of cervical cancer among immigrants by age at immigration and follow-up time in Sweden, from 1968 to 2004. *Int J Cancer* 2008;123:2664-70.
- [40] Beiki O, Allebeck P, Nordqvist T, Moradi T. Cervical, endometrial and ovarian cancers among immigrants in Sweden: importance of age at migration and duration of residence. *Eur J Cancer* 2009;45:107-18.
- [41] United Nations. World Migration Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move 2003. Available from: <http://www.un.org>. [Accessed March 17, 2014].
- [42] United Nations. Trends in total migrant stock: the 2005 revision. Department of Economic and Social Affairs. Washington DC2006. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/>. [Accessed March 17, 2014].
- [43] International Organization for Migration. World Migration report 2011. Communicating effectively about migration World Migration report [serial on the Internet]. 2011. Available from: http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf. [Accessed March 17, 2014].
- [44] Alvarado I, Sanchez H. Migration in the Latin America and the Caribbean. A view from the ICFTU/ORIT [serial on the Internet]. 2002. Available from: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/publ/129/19.pdf>. [Accessed March 17, 2014].
- [45] Albala C, Vio F. Epidemiological transition in Latin America: The case of Chile. *Public Health* 1995;109:431-42.
- [46] Atena E, editor. Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia. Santiago: J. Jiménez org; 1991.
- [47] Bastias G, Pantoja T, Leisewitz T, Zarate V. Health care reform in Chile. *CMAJ* 2008;179:1289-92.
- [48] Bitran R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Aff (Millwood)* 2010;29:2161-70.
- [49] Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *J Med Ethics* 2008;34:e13.
- [50] Departamento de Extranjería y Migración. Desarrollo del fenómeno de las migraciones en Chile. Evolución de la gestión gubernamental desde 1990. Ministerio del Interior. Available from: <http://www.extranjeria.gov.cl/filesapp/migraciones.pdf>. [Accessed March 17, 2014].
- [51] Departamento de Extranjería y Migración. Preguntas frecuentes acerca de la inmigración en Chile. Secretaría y Administración General, Sistema de Gestión de la Calidad [serial on the Internet]. 2010. Available from: <http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/FAQ%20ISO.pdf>. [Accessed March 17, 2014].
- [52] Bodenmann P, Vaucher P, Wolff H, et al. Screening for latent tuberculosis infection among undocumented immigrants in Swiss healthcare centres; a descriptive exploratory study. *Bmc Infect Dis* 2009;9:34.
- [53] Cabieses B, Tunstall H. Access to, need and use of healthcare by international immigrants in Chile. In: F. GjaT, editor. Migration, Health and Inequalities. First ed. London, UK: Zed Press, 2013.
- [54] Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE. The health of international immigrants in Chile: what is beyond the apparent healthy migrant effect? *Rev Med Chile* 2013; (in press).

-
- [55] Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. Comparing sociodemographic factors associated with disability between immigrants and the Chilean-born: are there different stories to tell? *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:4403–32.
- [56] Cabieses B, Tunstall H. Socioeconomic vulnerability and its association with access to health care among international immigrants in Chile. In: J Gideon FT, editor. *Migration, health and inequality*. London: Zed; 2012.
- [57] Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Understanding the socioeconomic status of international immigrants in Chile through hierarchical cluster analysis: a population-based study. *International Migration* 2012; in press.
- [58] Cabieses B, Tunstall H, Pickett KE, Gideon J. Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *Int J Equity Health* 2012;11:68.
- [59] Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? *Pan American Journal of Public Health* 2013; (under review).
- [60] Cabieses B, Pickett KE, Tunstall H. What are the living conditions and health status of those who don't report their migration status? A population-based study in Chile. *Bmc Public Health* 2012;12: 1013.