Descargado el: 6-11-2026 ISSN 1727-897X

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial

Migrant's health needs in receiving countries from a bio-psycho-social approach

Angela Yánez Corrales[1] Laura Andrea de la Fuente Flores[2] María Cecilia Toffoletto[3] María Patricia Masalan Apip[2]

[1] Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ecuador
[2] Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile
[3] Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Chile

Cómo citar este artículo:
Yánez-Corrales A, de-la-Fuente-Flores L, Toffoletto M, Masalan-Apip M. Necesidades de salud de migrantes en países receptores desde un enfoque biopsicosocial. **Medisur** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Nov 6]; 16(6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3946

Resumen

En la actualidad, el gobierno chileno se esfuerza por garantizar los derechos de nuevos ciudadanos, con diferentes costumbres y, en general, con diferente estilo de vida. De ello deriva la importancia de conocer las necesidades sociales, de salud biológica y psicológica de los migrantes, a través de la experiencia de países receptores, en función de optimizar la respuesta al manejo de la salud en el país. El objetivo del trabajo es analizar el tratamiento de las necesidades de salud de migrantes en países receptores, en relación con el enfoque biopsicosocial del modelo de atención integral establecido en Chile. El análisis se organizó según la centralidad de dicho modelo, basado en el enfoque biopsicosocial, y la información fue organizada atendiendo a necesidades biológicas, psicológicas y sociales del migrante. Se concluye que las principales necesidades de salud de la población migrante se corresponden con problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, enfermedades infectocontagiosas, crónico-degenerativas, cardiovasculares y trastornos en la alimentación.

Palabras clave: Migración humana, emigración e inmigración, sociedad receptora de migrantes, migrantes, necesidades y demandas de servicios de salud

Abstract

At present, the Chilean government is making an effort to guarantee the new citizens their rights, with different costumes and in general with a different life style. Therefore, it is of great relevance to know their social, biological and psychological needs through the experience in the receiving countries to make optimum health management in the country. The objective of this work is to analyze the treatment to the health needs of migrants in receiving countries regarding a bio-psycho-social approach of the integrated model set in Chile. The analysis of health needs was organized according to the centrality of the bio-psycho-social model and the information was organized regarding the above mentioned needs. It is concluded that the main needs are related to sexual and reproductive health, infectious contagious, chronic degenerative and cardiovascular diseases and feeding disturbances.

Key words: Human migration, emigration and immigration, migrant-receiving society, migrants, health, health services needs and demand

Aprobado: 2018-05-22 13:31:45

Correspondencia: Angela Yánez Corrales. Pontificia Universidad Católica del Ecuador acyanez.co@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la última década, las poblaciones sudamericanas se han movilizado por diferentes factores: económicos, laborales, sociales, culturales, políticos, la búsqueda de mejores perspectivas de vida, condiciones de empleo, salarios, seguridad y necesidad de situarse en un lugar libre de conflictos políticos. Esta migración internacional en el continente ha estado motivada por el hecho de que algunas sociedades sudamericanas lograron avances sostenidos en índices de crecimiento económico, desarrollo humano, creación de empleo, contracción de la pobreza y la desigualdad social, lo que incide en los patrones emigratorios hacia países cercanos dentro de la región, con la consecuente caída en el volumen registrado en los países desarrollados.[1]

En este contexto, Chile ha manifestado un comportamiento económico diferencial, con progresos en las variables macroeconómicas; por ello, para el primer trimestre del 2017 los migrantes permanentes residentes en Chile representaron el 4,35 % de la población nacional, lo cual se tradujo en un crecimiento de 3,08 % respecto al censo de 2002. Además, se registra que el 66,7 % de los migrantes residentes llegaron a Chile entre 2010 y 2017, concentrando al 61 % de los casos en los últimos tres años (2015-2017). El territorio con más porcentaje de migrantes según su tamaño poblacional es Tarapacá (13,7 %), en tanto, 65,2 % del total de esta población se concentra en la Región Metropolitana. La proporción de hombres y mujeres es similar, con predominio de las mujeres. Sin embargo, la brecha se amplía en la población que proviene de Bolivia o Haití.[2]

Al caracterizar a la población migrante residente en Chile en el período 2011-2015 se identifican cinco países sudamericanos, como los que más aportan: peruanos (31,7 %), argentinos (16,3 %), bolivianos (8,8 %), colombianos (6,1 %) y ecuatorianos (4,7 %).[3] El otorgamiento de visa en este periodo se corresponde en alguna medida con las cifras anteriores, entregadas mayoritariamente a peruanos (27,5 %), seguidos por colombianos (17,8 %), bolivianos (17,1 %) y en menor cuantía (alrededor de un 5 %) por haitianos, venezolanos y argentinos. En cuanto al sexo, el 52,1 % de las personas migrantes con visas otorgadas entre el 2010 y 2016 son hombres. El rango de edad prevalente es el de 15 a 29 años, aportando el 44,2 % de las personas, mientras que los de 30 a 44 años representan el 33,1 % y de los menores de 14 años, el 10,2 %.[4]

Según el artículo No. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cada estado debe disponer de los recursos necesarios para garantizar derechos indispensables, como es el acceso a la atención en salud.[5] En este marco, el modelo de atención integral chileno enfatiza en "promover estilos de vida saludables, fomentar la acción multisectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar y mantener la salud, como también procura acoger, rehabilitar y ayudar a las personas a su reinserción en la comunidad y sociedad."[6] En el documento oficial que sustenta el modelo solo se señala a los migrantes en la categoría de descripción de las relaciones familiares de sucesos de la vida y funcionamiento familiar, donde se expresa el impacto que genera la migración por contexto social, económico y político en el genograma y, por tanto, en las características, creencias y comportamientos de salud. Sin embargo, desde el año 2003 se han implementado estrategias sanitarias en torno a cuatro elementos: normativa y legislación, sistemas sensibles a las personas inmigrantes, monitoreo en salud y alianzas plurinacionales para el apoyo a los migrantes.[7]

Al respecto, Chile enfrenta un nuevo reto para garantizar los derechos de nuevos ciudadanos, con diferentes costumbres y, en general, con diferente estilo de vida. De ello deriva la importancia de conocer las necesidades de salud biológica, psicológica y sociales de los migrantes, a través de la experiencia de países receptores, en función de optimizar la respuesta al manejo de la salud en el país. De manera que, el objetivo del trabajo es analizar, desde la evidencia científica, el tratamiento de las necesidades de salud de migrantes en países receptores, en relación con el enfoque biopsicosocial del modelo de atención integral establecido en Chile.

DESARROLLO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos siguientes: LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) y CINHAL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*). Los criterios de selección de artículos consideraron: revisiones sistémicas y artículos originales, disponibilidad de texto completo, textos en todos los idiomas y fecha de

publicaciones entre el año 2013 al 2018. El análisis de las necesidades en salud de los migrantes se organizó según la centralidad del modelo de atención integral basado en el enfoque biopsicosocial, y la información fue organizada atendiendo a necesidades biológicas, psicológicas y sociales del migrante.

Necesidades de salud biológica

Hace algunos años la salud biológica migratoria se caracterizó por su enfoque de transmisibilidad de enfermedades, lo que involucró actividades centradas en programas de inmunizaciones. En la actualidad, esta visión representa un manejo reduccionista de la problemática de salud de los migrantes.[8]

El fenómeno de la migración encierra diferentes problemáticas. En cuanto al tema de la nutrición, algunos estudios demuestran que la obesidad puede ser una de las características más variables en el proceso de migración.[9-11] En uno que específicamente analizó la relación entre migración e índice de masa corporal (IMC), los resultados variaron según el grupo étnico, país de origen y de acogida. Los inmigrantes hispanos, africanos y europeos mostraron una relación consistente y positiva entre el IMC y el tiempo de migración.[9] Se plantea que puede haber un efecto negativo de la migración sobre el IMC. Cambios nutricionales y de actividad física, factores psicosociales y la susceptibilidad genética, pueden ser razones subyacentes que deben ser incluidas como variables moderadoras en estudios futuros.[9-11]

Otro estudio denota alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en población infantil migrante, interpretada como un efecto negativo del cambio en los patrones de alimentación, estilos de vida y aculturación; se evidencia asociación migración-obesidad, en tanto, se argumenta que esta relación puede ir cambiando en la medida que el grupo logra adaptarse socialmente con el entorno, vinculando específicamente distintos indicadores como predisposición, familiaridad y uso cotidiano del lenguaje.[12]

En cuanto a las enfermedades crónicas, se advierte sobre riesgos cardiovasculares en la población migrante, dado el peor control metabólico de esta población respecto a la población receptora, además de presentar factores de riesgo adquiridos en el país receptor. También se señala el impacto que produce la inmigración en los factores de riesgo cardiovascular en las colonias china e india residentes en Chile. En relación a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) de tipo psicosocial, el sedentarismo y el hábito alimentario no saludable, se concentran en el grupo indio, lo que, junto a la mayor frecuencia de alteraciones metabólicas, lo definen como un grupo de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiaca. Es notable la ausencia de enfermedades depresivas y ansiosas en ambos grupos.[13-16]

Respecto a enfermedades pulmonares, se estiman elevadas tasas de incidencia de tuberculosis en la población migrante; en este sentido, el principal factor de riesgo es el hacinamiento, producto del entorno socioeconómico, mientras que en la población receptora se asocia a otras situaciones. En el caso de España, por ejemplo, se vincula al consumo de sustancias tóxicas y a una mayor edad.[17,18]

Un estudio realizado en Chile, Región Metropolitana, identifica la importancia de los grupos de riesgo asociados a tuberculosis, entre los cuales se incluyen los migrantes.[19]

Por otro lado, la migración en sus diferentes fases —previa a la salida, tránsito, destino y retorno de intercepción— se asocia a la práctica de distintas conductas sexuales y parejas ocasionales, por lo que se sugiere desarrollar intervenciones para reducir el riesgo de adquirir el VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, en el curso de cada una de las fases migratorias.[8,20-21] En este mismo ámbito, se habla del incremento de las infecciones crónicas por los virus B y C de la hepatitis, así como de sus principales complicaciones, la cirrosis hepática y el hepatocarcinoma, con la consiguiente repercusión para el sistema sanitario.[22]

La salud materno-infantil también ha sido objeto de atención como parte de la problemática migratoria. Una investigación realizada en Argentina analiza el riesgo perinatal de las madres migrantes y de sus recién nacidos en comparación con los nativos, a través de un estudio de cohortes que incluyó a 2000 madres y sus recién nacidos (1000 migrantes y 1000 nativos), asistidos en un centro público. Resultó que las madres nativas presentaron mayor proporción de neonatos con bajo peso al nacer (9,9 % frente 5,3 %), primigestas (42 % frente a 37 %), y embarazo en adolescentes (6 % frente a 1,3 %). Las migrantes presentaron con más

frecuencia embarazos mal controlados (21,7 % frente a 13,4 %), serología positiva para Chagas (3,2 % frente a 0,4 %) y recién nacidos que requirieron luminoterapia (20,5 % frente a 14,3 %).[23]

Otro estudio relacionado con al peso al nacer establece una notoria diferencia entre los recién nacidos de nativos y los nacidos de inmigrantes; estos últimos tienen un peso sistemáticamente más alto (superior a 4000-4500 gramos) en todos los niveles de peso promedio.[24] Esta particularidad se vincula con ciertos grupos étnicos, lo que se considera un factor de riesgo para problemas de salud, tales como enfermedad metabólica y obesidad, lo que a su vez determina la influencia directa de los procesos de migración en la propagación de lactantes y adultos con obesidad en los países emisores y receptores.[25]

Autores chilenos han analizado la condición infantil de niños migrantes en comparación con población infantil local, y han concluido que nacer con la condición de ascendencia migrante en Chile tiene un mayor riesgo biopsicosocial (62,3 %) respecto a la de ascendencia nativa (50,1 %); además, reportan otros datos como: ingreso tardío al programa de salud (63,1 % frente a 33,4 % y menor cantidad de cesáreas (24,2 % frente a 33,6 %).[26]

Necesidades de salud psicológicas

Respecto a necesidades de tipo psicológicas, el estrés y los trastornos mentales y adaptativos marcan la prevalencia. Se ha comprobado que los inmigrantes presentan niveles de estrés que llegan a superar las capacidades humanas de adaptación: soledad por separaciones forzadas de los seres queridos, fracaso del proyecto migratorio, lucha por la supervivencia, vivencias permanentes de miedo. Todo este conjunto de estresores límite da lugar al síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises, haciendo referencia al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros, lejos de sus seres queridos). Existe una relación directa e inequívoca entre el estrés límite que viven y la sintomatología del síndrome de Ulises; este se ubica entre el área de la salud mental y el área de la psicopatología.[27] Por los mismos factores moderadores mencionados anteriormente, estos sujetos pueden desarrollar, además, lo que se ha denominado estrés aculturativo.

Se identifican como estresores migratorios a los problemas económicos, falta de oportunidades educativas, mayor opresión social, discriminación y rechazo, enfrentar dificultades de interacción con otros grupos mayoritarios, pérdida del contacto con familiares y amigos, pérdida de la lengua materna, la propia cultura, los paisajes y pérdida de un estatus social, contacto con el grupo étnico de origen y de una seguridad física. Se determina además que el efecto en la salud mental de las personas que emigran dependerá de un conjunto de factores individuales, del contexto social y del propio proceso de migración.[28]

La discriminación es otro de los temas referidos a la salud mental de los inmigrantes y es así como se realiza un estudio de tipo cualitativo, en inmigrantes haitianos en República Dominicana en donde se examina el grado de la discriminación anti-haitiana en dicho país y la asociación de la discriminación con la salud mental entre los migrantes haitianos. El diseño contempló entrevistas en profundidad con instrumentos culturalmente adaptados de Kreyòl del inventario de la depresión de Beck (BDI) e inventario de la ansiedad de Beck (BAI) y de una escala desarrollada localmente del deterioro de la función. Los resultados sugieren que la discriminación percibida y la experiencia de la humillación contribuyen a la mala salud mental de los migrantes haitianos y limitan el acceso a la atención médica. Las investigaciones futuras deberían evaluar estas asociaciones e identificar vías de intervención para mejorar el acceso al tratamiento y reducir los factores de riesgo para la salud relacionados con la discriminación, que afectan atención basada en un trato humanizado respetando las creencias, valores y expectativas.[29]

En un estudio sobre percepción de la discriminación se observan relaciones leves significativas entre los índices de salud mental y la discriminación personal percibida (puntuaciones directas), no así con la discriminación grupal percibida. Es así que la percepción de discriminación personal se relaciona con mayores índices de depresión ($r=0,15$; $p<0,01$), especialmente en las mujeres ($r=0,18$; $p<0,01$); la vivencia de conductas hostiles se relaciona con sensibilidad ($r=0,15$; $p< 0,01$) y depresión ($r= 0,20$; $p<0,01$) y de preferencia, en las mujeres ($r= 0,22$; $p< 0,01$); la relación entre hostilidad y depresión se produce indistintamente en ambos sexos (hombres $r= 0,19$; $p=0,03$/ mujeres $r=0,24$; $p<0,01$). No se observan correlaciones entre el resto de los indicadores (como haber sido objeto de actitudes de rechazo por su origen o haber sido tratado

como una amenaza económica) y salud mental.[30]

Otros autores indican que la probabilidad de trastornos mentales comunes aumentó significativamente en grupos de migrantes debido a factores como: la región de origen, sucesos traumáticos previos, migración forzosa, escasamente planificada o ilegal, bajo nivel de aculturación, vivir solo o separado de la familia en el nuevo país, falta de apoyo social, discriminación percibida y tiempo transcurrido en el nuevo país; y que dichos factores están asociados al riesgo de morbilidad psiquiátrica en poblaciones migrantes.[31,32]

Como parte de esta población, los niños no están exentos de ser afectados por el cambio socio cultural que implica el alejamiento de sus respectivos países de origen. El artículo *Los efectos psíquicos de la migración en niños: un estudio comparativo con Rorschach*, indaga los efectos psíquicos de la migración, profundizando en la adaptación: dificultad para adaptarse y sobre-adaptación. Al comparar las muestras de niños migrados y no migrados, se encontró que la función Yoica más afectada era la adaptación a la realidad, en detrimento de la prueba y juicio de realidad en ambos grupos; sin embargo, la sobre adaptación fue característica de los niños migrantes, dotándolos de un excesivo esfuerzo defensivo del yo de control y de disociación, represión e intelectualización. Así mismo, se observa en el bajo valor en la adaptación de la escala EFYR, lo que revela dificultades para acomodarse al nuevo medio, sin sus padres, ya que ellos, quienes son sus referentes, están atravesando también “lo traumático”, por lo que no están accesibles a los hijos, no pueden cumplir la función de sostén. Quizás por ello los niños migrados presenten algunos indicadores de sobre adaptación. Por otro lado, tampoco cuentan con el grupo de pertenencia, que sí tienen a su favor los adolescentes. Toda la familia se encuentra atravesando el proceso migratorio, pero los niños disponen de herramientas diferentes, debido a un yo todavía en formación.[33]

La situación específica de los niños hijos de inmigrantes peruanos en Chile aparece todavía como un problema. Los niños enfrentan ofensas, maltratos físicos y psicológicos desfavorables a su integración, que terminan influyendo negativamente en su estabilidad emocional. El estudio Imagen País (ORPAS-UBO 2008) respecto a Perú, arroja que el inmigrante peruano es visualizado básicamente desde estereotipos anclados en su origen racial, pobreza, desorden y delincuencia, representándolo como una amenaza al orden y la seguridad; esta concepción pre existente opera como la fuente de la discriminación hacia los peruanos.[34]

Necesidades sociales

Se sabe que la migración es un proceso muy complejo, tanto para quien se mueve de su país como para quienes reciben, y a ello contribuyen en gran medida las cuestiones de carácter jurídico. En tal sentido, resulta relevante conocer qué se ha hecho en materia de ley que proteja a los inmigrantes y les garantice beneficios sociales sin restricciones de movilidad, de trabajo y de salud, y por qué no, de calidad de vida. Sus necesidades sociales son variadas.

Al analizar el acceso a la atención de salud se evidencian aproximaciones diferentes y factores relacionados con la oferta, escasamente analizados. Una revisión integradora sobre inmigrantes en España refiere que no se observa un patrón de utilización, las diferencias dependen de la clasificación del inmigrante según origen y nivel asistencial. No obstante, se observa menor utilización de la atención especializada y mayor de las urgencias.[35]

El artículo *Programas e integración para migrantes: una perspectiva comparada en la unión europea*, ofrece un estudio comparado sobre las políticas y estrategias referidas a la integración de inmigrantes en una selección de Estados Miembros de la Unión Europea, como una condición jurídica obligatoria para que los colectivos cultural y étnicamente diferenciados sean globalmente incluidos en las distintas esferas de la sociedad receptora y en el conjunto de la nación.[36]

Se ha descrito que los refugiados, los solicitantes de asilo y los migrantes indocumentados son más vulnerables a la victimización sexual que los ciudadanos del país receptor, y cómo el marco jurídico y político del país condiciona la prevención y la respuesta a la violencia sexual que afecta a comunidades migrantes vulnerables. El paradigma político de la Unión Europea (UE) limita la violencia sexual entre los emigrantes vulnerables a una cuestión "exterior" y "sólo femenina", mientras que sus políticas sobre migración y asilo refuerzan su invisibilidad. De ahí la necesidad de tomar como guía políticas participativas basadas en la evidencia y en los derechos, así como un enfoque de salud pública;

reconociendo la realidad y la multiplicidad de la victimización sexual de los migrantes vulnerables de todos los géneros dentro de las fronteras de la UE.[37,38]

Un estudio que analiza el sistema de salud chileno desde la percepción de los funcionarios de salud a través de una metodología de corte cualitativo etnográfico, encontró dificultades en la interacción dialógica entre funcionarios, migrantes haitianos y mediadores (traductores). Cuando la comunicación no es efectiva se genera un conflicto entre las partes interactuantes, las cuales no logran comunicarse a causa de no tener un lenguaje común. La interacción entre estos tres actores pone en tensión la comunicación necesaria para este tipo de relación, que, en el caso particular de salud, tiende a configurarse como un tema problemático: el solo hecho de no poder expresar en palabras qué es lo que se siente y qué es lo que sucede, pone en tensión, por un lado, la entrega de un servicio óptimo, y por otro, la satisfacción de las necesidades básicas de salud.[39]

Un análisis de las percepciones de los trabajadores de salud primaria acerca de la atención a la población migrante, identificó dos ejes temáticos: dificultades técnicas y administrativas, y percepción de barreras culturales. En cuanto al primero, pese a que se han establecido normativas y generado estrategias de atención en salud para población migrante, estas en su mayoría, no son estables ni conocidas por todos los trabajadores, tampoco es fácil implementarlas en las diversas realidades. Además, la ausencia de registros sobre el número de migrantes que accederán al sistema sanitario dificulta el diseño de intervenciones específicas. En cuanto a las barreras culturales, no todos los trabajadores poseen herramientas que les permitan brindar una atención que sea culturalmente sensible a las necesidades de la comunidad migrante.[40]

Nuevos desafíos en salud que enfrenta Chile frente a la creciente población migrante

Desde la experiencia de países receptores de migrantes, las necesidades biológicas están condicionadas a elementos genéticos, etarios, de género, culturales, sociales y sanitarios, correspondientes al país de destino. Entre las más importantes, dado su alto impacto socio-sanitario y epidemiológico, se encuentran las enfermedades relacionadas a la salud sexual, reproductiva y perinatal, enfermedades infectocontagiosas en las que destacan las de transmisión sexual como el VIH y tuberculosis, las crónico-degenerativas, como la diabetes, síndrome metabólico, trastornos alimenticios y eventos cardiovasculares.

Chile posee programas de atención enmarcados dentro de la Reforma Sanitaria, y contemplados dentro de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, considerados en las Garantías Explícitas en Salud (GES), donde destacan, por ejemplo, los de prevención y manejo de enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial y VIH/sida, a los que la población migrante puede acceder libremente. Sin embargo, una de las falencias importantes a señalar es la adherencia a los servicios sanitarios respecto a esta población, devengados, primero, de la discriminación percibida (la Encuesta Nacional de Derechos Humanos, 2015, informó que un 31,4 % de la población considera que los lugares donde son más discriminados los inmigrantes, son los consultorios y/o hospitales, cuestión que aporta al detrimento y escasa visualización de sus necesidades y perfil sanitario); segundo, de la falta de conocimiento del sistema de salud; y tercero, de la oportunidad de atención.[41] El segundo elemento se relaciona con la falta de programas que eduquen al migrante a navegar en un sistema sanitario desconocido, y del cual necesita atención desde el momento mismo de ingreso al país, que puede permitir su mayor adherencia.

Desde el punto de vista de necesidades psicológicas, la discriminación es un aspecto de suma relevancia en relación con la adherencia al sistema sanitario de los países de ingreso; ello, junto al estrés acumulativo, pueden ser indicadores de riesgo para desarrollar psicopatologías. Es así como la evidencia sostiene que los inmigrantes presentan frecuentes problemas de salud física y mental. En este escenario, los factores que más los afectan, están vinculados con la economía, la pobreza que muchos de ellos viven, el no contar con un empleo que les permita tener recursos para satisfacer sus necesidades básicas. Se sabe que el bienestar subjetivo de los inmigrantes se fortalece en la medida que aumenta el tiempo de permanencia en el país de destino, su estado legal, la extensión de sus redes de apoyo local, la pertenencia y afiliación a grupos, tenencia de vivienda y servicios básicos, cuando las diferencias culturales percibidas son menores. Todo lo anterior aportaría a que los inmigrantes

posean mejor bienestar psicológico.[42,30]

Las necesidades sociales se destacan en la existencia de políticas y estrategias de atención sanitaria para aumentar el acceso y adherencia a los servicios de salud, considerando la carga sociocultural y religiosa, puesto que la población migrante, ya sea por miedo, desconocimiento, percepción de ineficacia, discriminación y atingencia a sus necesidades, tienden a no hacer uso de los servicios de salud, contribuyendo al deterioro de sus parámetros sanitarios, invisibilizando su perfil epidemiológico, necesidades e influencia en la sociedad en todas sus dimensiones.

Conocer cómo concibe la población chilena el fenómeno migratorio, es relevante para poder comprender la relación de los chilenos con los inmigrantes. En este sentido, en el 2017 se realizó una encuesta por el Centro de Estudios Públicos, entre cuyos resultados se registró que el 40 % de los encuestados considera que los inmigrantes le usurpan las oportunidades de trabajo, un 41 % sostuvo que han contribuido a elevar las cifras de criminalidad, y el 50 % expresó su desacuerdo respecto a que los inmigrantes legales deban tener los mismos derechos que los ciudadanos chilenos.[43]

La discriminación es un delito establecido en la Ley 20.609, conocida como la Ley Zamudio; se castiga con penas de prisión y/o multas. También se prohíbe por el código ético moral, que sostiene que las personas tienen los mismos derechos.[44]

Chile, en el marco del Modelo de atención integral con enfoque biopsicosocial, ha implementado estrategias para la acogida de los migrantes, siempre bajo el principio de que todas las personas, independientemente de su situación migratoria, son beneficiarias del Fondo Nacional de Salud; para ello se ha creado la política de salud de migrantes internacionales, que tiene el propósito de lograr la equidad de atención de salud de los migrantes con relación a los habitantes nacionales. Se han creado iniciativas de valoración de las características de los migrantes en algunas regiones del país, así como de educación y capacitación en migraciones y salud, derechos humanos y competencias culturales para administrativos, profesionales de la salud y funcionarios de apoyo; y a nivel ministerial, a encargados de programas de salud. También se han ejecutado alianzas interministeriales y plurinacionales con algunas naciones de Sudamérica, para fortalecer las políticas de salud para migrantes internacionales. Sin embargo, estas estrategias prestan más interés a la acogida y la depleción de barreras percibidas que a la atención de salud propuesta en el modelo, a saber, la consideración de las necesidades de salud biológicas, psicológicas y sociales, las cuales contribuyen enormemente a la adherencia al sistema sanitario, y, por tanto, favorecen la respuesta mediante acciones de promoción y prevención.[45]

CONCLUSIONES

Las principales necesidades de salud de la población migrante se corresponden con problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y perinatal, enfermedades infectocontagiosas como el VIH, crónico-degenerativas, cardiovasculares, síndrome metabólico y trastornos en la alimentación. En Chile, a pesar del modelo de atención integral y de que existen algunos mecanismos que permiten el acceso de los migrantes a los sistemas de salud, se requiere de programas específicos de acogida, de orientación y acompañamiento, que permitan a los migrantes primero, regularizar su situación de inmigración en el país, contar con documentación y de esta manera tener acceso a trabajo, atención sanitaria y a una vida digna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Texidó E, Gurrieri J. Panorama Migratorio de América del Sur 2012 [Internet]. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones; 2012. [cited 2 Oct 2017] Available from: http://repository.oim.org.co/bitstream/20.500.11788/1399/1/ROBUE-OIM_006.pdf.

2. Instituto Nacional de Estadísticas. Síntesis de resultados Censo 2017 [Internet]. Santiago de Chile: INE; 2018. [cited 2 Oct 2018] Available from: http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf.

3. Rojas N, Silva C. La migración en Chile: breve reporte y caracterización [Internet]. Madrid: OBIMID; 2016. [cited 2 Oct 2017] Available from: http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/08/informe_julio_agosto_2016.pdf.

4. Silva C, Ballesteros V. Población Migrante en Chile [Internet]. Santiago de Chile: Departamento

de Extranjería y migración; 2017. [cited 2 Oct 2017] Available from: http://www.extranjeria.gob.cl/media/2017/09/RM_PoblacionMigranteChile.pdf.

5. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, Resolución 217 [Internet]. Santiago de Chile: ONU; 2009. [cited 2 Oct 2017] Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=100039 6;2009p.

6. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2012. [cited 2 Oct 2017] Available from: http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5c b5d1e0400101650128e9.pdf.

7. Equipo Asesor Sectorial de Salud de Migrantes. Políticas de Salud de Migrantes Internacionales [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2018. [cited 2 Oct 2017] Available from: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09 /2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES. pdf.

8. Hernández P. Enfermedades infecciosas, migración y salud global: Estudio de caso: Bolivia. Rev de Inv Educ [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 6 (1): [aprox. 18p]. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S1997-40432013000100006.

9. Goulão B, Santos O, do Carmo I. The impact of migration on body weight: a review. Cad Saúde Pública [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Oct 2017] ; 31 (2): [aprox. 30p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0102-311X2015000200229&lng=en&nrm =iso&tlng=en.

10. Vega G. Problemas actuales de sobrepeso entre los migrantes mexicanos. Migraciones internacionales [revista en Internet]. 2016 [cited 2 Oct 2017] ; 8 (4): [aprox. 28p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S1665-89062016000200201.

11. García J, Devoto M, Vidal M, Vignoni F, Molinas S, Torrent C, et al. Valoración del índice de masa corporal en migrantes desde el noreste argentino que concurren al centro de salud "Juana Azurduy" en relación con el tiempo de residencia en la ciudad de Rosario. Invenio [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Oct 2017] ; 18 (34): [aprox. 18p]. Available from: http://www.redalyc.org/html/877/87739279010/.

12. Cavia A. Abordaje intercultural de la obesidad infantil en la población inmigrante latinoamericana [Internet]. España: Repositorio abierto de la Universidad de Cantabria; 2014. [cited 2 Oct 2017] Available from: https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/ 5102.

13. Lozano M, Leal M, Abellán J, Gómez P, Ortin E, Abellán J. Evolución del riesgo cardiovascular de los inmigrantes residentes en España según procedencia y años de estancia. Atención Primaria [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 45 (2): [aprox. 16p]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/ S0212656712003885.

14. Guil J, Rodríguez M. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en inmigrantes magrebíes de un área semiurbana de Barcelona. Semergen [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 39 (3): [aprox. 12p]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/ S1138359312002353.

15. Franch J, Martínez M, Espelt A, Sagarra E, Patitucci F, Goday A. El diabético inmigrante: factores de riesgo cardiovascular y su control. Aportaciones del estudio IDIME. Revista Española de Cardiología [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 66 (1): [aprox. 12p]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/ S0300893212005027#.

16. González J, Lomas M, Rodríguez M. Factores de riesgo y eventos cardiovasculares en inmigrantes latinoamericanos adultos en el Distrito Macarena, Sevilla, España: estudio piloto. Rev Esc Enferm USP [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 47 (2): [aprox. 16p]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-6234 2013000200008&script=sci_arttext.

17. Molina Y, Lomas M, Romera F, Romera M. Influencia del fenómeno migratorio sobre la tuberculosis en una zona semiurbana. Arch Bronconeumol [revista en Internet]. 2014 [cited 2 Oct 2017] ; 50 (8): [aprox. 12p]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/ S030028961400060X.

18. Goldberg A. Contextos de vulnerabilidad

social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires. Cuad Antropol Soc [revista en Internet]. 2014 [cited 2 Oct 2017] (39): [aprox. 22p]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2014000100004.

19. Herrera T. La situación de la tuberculosis en Chile y los actuales desafíos: Visita de la OPS al programa de control de la tuberculosis de Chile. Rev Chil Enferm Respir [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 29 (1): [aprox. 6p]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482013000100008&lng=es.

20. Zhang X, Rhoads N, Rangel M, Hovell MF, Magis C, Sipan CL, et al. Understanding the Impact of Migration on HIV Risk: An Analysis of Mexican Migrants' Sexual Practices, Partners, and Contexts by Migration Phase. AIDS Behav. 2017 ; 21 (3): 935-48.

21. Alarid F, Sosa SG, Fernández B, Galárraga O. Análisis de costo-beneficio: prevención del VIH/sida en migrantes en Centroamérica. Salud Pública Méx [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 55 Suppl 1: [aprox. 18p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000300005&lng=es.

22. Calderón E, Yang R, Calero M, Martínez M, Calderón M, de la Horra C. Hepatitis crónicas virales B y C en población inmigrante en España. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet]. 2014 [cited 2 Oct 2017] ; 88 (6): [aprox. 10p]. Available from: https://www.scielosp.org/pdf/resp/2014.v88n6/811-818/es.

23. Raimondi RC, Rey CE, Testa MV, Camoia ED, Torreguitar A, Meritano J. Salud perinatal de la población migrante. Arch Argent Pediatr [revista en Internet]. 2013 [cited 14 Ago 2018] ; 111 (3): [aprox. 10p]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752013000300007&script=sci_arttext&tlng=pt.

24. Cebolla H, Salazar L. Differences in perinatal health between immigrant and native-origin children: Evidence from differentials in birth weight in Spain. Demographic Research [revista en Internet]. 2016 [cited 2 Oct 2017] ; 35 (7): [aprox. 80p]. Available from: https://www.demographic-research.org/volumes/vol35/7/default.htm.

25. Riosmena F, Wong R, Palloni A. Migration Selection, Protection, and Acculturation in Health: A Binational Perspective on Older Adults. Demography. 2013 ; 50 (3): 1039-64.

26. 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. Rev Chil Pediatr [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Oct 2017] ; 88 (6): [aprox. 22p]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v88n6/0370-4106-rcp-88-06-00707.pdf.

27. Navarro MÁ. Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. Rev Asoc Esp Neuropsiq [revista en Internet]. 2014 [cited 2 Oct 2017] ; 34 (124): [aprox. 18p]. Available from: https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400005.

28. Urzúa A, Heredia O, Caqueo A. Salud mental y estrés por aculturación en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. Rev Méd Chile [revista en Internet]. 2016 [cited 2 Oct 2017] ; 144 (5): [aprox. 14p]. Available from: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500002.

29. Keys HM, Kaiser BN, Foster JW, Burgos RY, Kohrt BA. Perceived discrimination, humiliation, and mental health: A mixed-methods study among Haitian migrants in the Dominican Republic. Ethn Heal. 2015 ; 20 (3): 219-40.

30. Ubach SL, Santacan MF. Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. Psicoperspectivas. Indiviuo y Sociedad [revista en Internet]. 2016 [cited 2 Oct 2017] ; 15 (1): [aprox. 22p]. Available from: http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/613/465.

31. Jurado D, Alarcón R, Martínez J, Mendieta Y, Gutiérrez L, Gurpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. Revista de Psiquiatría y Salud Mental [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Oct 2017] ; 10 (1): [aprox. 26p]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989116300209.

32. Navarro MÁ. Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar. Rev Asoc Esp Neuropsiq [revista en Internet]. 2014 [cited 2 Oct 2017] ; 34 (124): [aprox. 16p]. Available from: http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352014000400005.

33. Sambucetti A, Passalacqua AM, Simonotto T, Mussoni AM, Polidoro AA, Zuccolo S. Los efectos psíquicos de la migración en niños: un estudio comparativo con Rorschach [Internet]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2014. [cited 2 Oct 2017] Available from: https://www.aacademica.org/000-035/799.

34. Tijoux M. Niños(as) marcados por la inmigración peruana: estigma, sufrimientos, resistencias. Convergencia [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 20 (61): [aprox. 22p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352013000100004&lng=es&tlng=es.

35. Llop A, Vargas I, Garcia I, Aller M, Vázquez M. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet]. 2014 [cited 2 Oct 2017] ; 88 (6): [aprox. 36p]. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n6/05revision3.pdf.

36. Esponda J. Inclusión política de los y las migrantes. Hemiciclo [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Oct 2017] ; 9 (15): [aprox. 18p]. Available from: http://www.academiaparlamentaria.cl/Hemiciclo/revistahemiciclo_N15.pdf.

37. Keygnaert I, Guieu A. What the eye does not see: A critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. Reprod Health Matters [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Oct 2017] ; 23 (46): [aprox. 20p]. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2015.11.002.

38. Infante C, Silván R, Caballero M, Campero L. Sexualidad del migrante: Experiencias y derechos sexuales de centroamericanos en tránsito a los Estados Unidos. Salud Pública Mex [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] ; 55 (1): [aprox. 16p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000300009&lng=es.

39. Fuster X, Rebolledo F. Interacciones dialógicas en el consultorio: migrantes haitianos y funcionarios de salud primaria. Revista Perspectivas [revista en Internet]. 2013 [cited 2 Oct 2017] (24): [aprox. 24p]. Available from: http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/Perspectivas/article/view/478/428.

40. Bernales M, Cabieses B, McIntyre A, Chepo M. Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. Rev Peru Med Exp Salud Publica [revista en Internet]. 2017 [cited 2 Oct 2017] ; 34 (2): [aprox. 20p]. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342017000200167&script=sci_arttext&tlng=es.

41. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Informe final de resultados. III Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2015 [Internet]. Chile: INDH; 2015. [cited 2 Oct 2017] Available from: https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/01/Informe.pdf.

42. Urzúa A, Vega M, Jara A, Trujillo S, Muñoz R, Caqueo A. Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. Ter psicol [revista en Internet]. 2015 [cited 2 Oct 2017] ; 33 (2): [aprox. 32p]. Available from: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200008.

43. Centro de Estudios Públicos. Estudio Nacional de Opinión Pública, abril-mayo 2017 [Internet]. Chile: CEP; 2017. [cited 2 Oct 2017] Available from: https://www.cepchile.cl/estudio-nacional-de-opinion-publica-abril-mayo-2017/cep/2017-06-01/155007.html.

44. Estado de Chile. Ley Núm. 20. 609 [Internet]. Chile: Ministerio Secretaría General del Gobierno; 2012. [cited 2 Oct 2017] Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092.

45. Ministerio de Salud. Salud del Inmigrante [Internet]. Chile: MINSAL; 2015. [cited 2 Oct 2017] Available from: http://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/.