

**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“RELACIÓN ENTRE ESTATUS MIGRATORIO Y  
RESULTADOS DE EMBARAZO Y PARTO”**

Análisis en embarazadas que se controlaron en establecimientos de la Red  
Municipal de atención primaria de salud en la comuna de Recoleta en el año 2012

**PATRICIA BUSTOS COSTA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

**PROFESOR GUIA DE TESIS: MARINELLA MAZZEI PIMENTEL**

**PROFESORA COPATROCINANTE: DRA. BALTICA CABIESES VALDES**

**Santiago, MAYO 2017**

## **Agradecimientos**

Agradezco a la profesora Marinella Mazzei, por entregar su apoyo y confianza a este proyecto tan anhelado.

A la profesora Báltica Cabieses, por su paciencia, constancia y perseverancia, gracias por mantener la esperanza.

A Marcela, asesora estadística, por otorgar el apoyo necesario para concretar esta tesis.

A la Dirección de Salud de la Municipalidad de Recoleta que autorizó esta investigación, a los directores de los CESFAM Quinta Bella, Dr. Patricio Hevia, Petrinovic y Recoleta, que facilitaron el acceso a la información y especialmente a los equipos del programa de la mujer por apoyar este proyecto.

A mi familia, por el sentido de pertenencia, amor y calidez que solo las personas de Magallanes logran comprender.

A mi pareja, por su paciencia y apoyo para comprender que los procesos si bien es cierto tienen comienzos claros, requieren muchas veces de esfuerzos y motivaciones adicionales para cerrarlos.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	5
I. Introducción.....	6
II. Marco Teórico.....	8
2.1 Visión Global de la migración.....	8
2.2 Patrones de migración y su influencia en las economías de los países: foco en Latinoamérica.....	11
2.2.1 Feminización de la Migración en el mundo.....	13
2.2.2 Comportamiento Migratorio en Chile.....	15
2.2.2.1 El proceso migratorio en Chile.....	15
2.2.2.2 Normativa Vigente en Chile.....	18
2.2.3 Patrón migratorio femenino en Chile.....	20
2.3 Políticas públicas sociales y de salud en respuesta a la migración en Chile.....	22
2.4 Salud de los Migrantes.....	24
2.5 Salud Sexual y Reproductiva .....	27
2.5.1 Impacto de la Migración en la Salud Sexual y Reproductiva .....	27
2.6 Resumen del Marco Teórico.....	30
III. Objetivos .....	32
3.1 Objetivo General .....	32
3.2 Objetivos Específicos.....	32
IV. Pregunta de investigación e Hipótesis del estudio.....	33
V. Metodología.....	33
5.1 Descripción del diseño.....	33
5.2 Universo y Muestra.....	34
5.3 Recolección de la información.....	34
5.4 Descripción de la comuna de Recoleta (zona de estudio).....	35
5.5 Tamaño muestral final para análisis .....	36
5.6 Variables de estudio .....	36

5.6.1 Variables dependientes .....	36
5.6.2 Variables independientes.....	37
5.7 Operacionalización de las variables .....	38
5.8 Plan de análisis .....	43
5.8.1 Exploración de la base de datos.....	43
5.8.2 Análisis descriptivo .....	43
5.8.3 Análisis de asociación.....	44
5.8.4. Limitaciones del estudio.....	44
5.9 Consideraciones éticas .....	46
VI. Resultados.....	47
VII. Discusión.....	89
VIII.Conclusión.....	98
IX. Bibliografía .....	99
X. Anexos.....	113

## RESUMEN

**Introducción:** La estabilidad económica y política de Chile ha favorecido los flujos migratorios las últimas décadas, especialmente desde países vecinos y principalmente mujeres. Este grupo presenta riesgos asociados a la condición migratoria, pero además vulnerabilidad asociada al embarazo. Existe poca evidencia que asocie la condición migratoria en mujeres en Chile a inferiores resultados relacionados con embarazo y parto. **Objetivo:** Conocer la relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto (parto prematuro, RN bajo peso de nacimiento, tipo de parto cesárea o fórceps, aborto o mortinato) en mujeres embarazadas que se controlan en establecimientos de salud de la red de Atención Primaria de Salud (APS), comuna de Recoleta durante 2012. **Material y métodos:** estudio cuantitativo, observacional analítico, de corte transversal, análisis de 1.272 ingresos a programa de la mujer. La existencia de asociación entre variables dependientes e independientes se realizará con prueba de Chi cuadrado y paramétrica de test t. **Resultados:** El nivel de escolaridad fue principalmente secundario (75% inmigrantes y 69,9% chilenas). La media de edad es 25,8 años (chilenas) y 26,9 años (inmigrantes), en este grupo el 28,8% no tiene previsión de salud y la mayoría proviene de Perú (80,8%). Un tercio de las mujeres eran primigestas, (chilenas 38% e inmigrantes 34%). Del total de abortos o mortinatos durante el embarazo, el 10% correspondían a mujeres inmigrantes (p-valor de 0,116). Los partos eutócicos fueron 680, cesáreas o fórceps 349, de ellos el 15,8% corresponden a mujeres inmigrantes, p-valor de 0,012. Del total de partos prematuros el 11% es en mujeres inmigrantes (p-valor 0.020). En ambos grupos la mayoría de recién nacidos tienen peso normal (83,3% chilenas y 87,6% inmigrantes) Chi cuadrado de Pearson=6,245 (p-valor 0,044). **Conclusión:** el resultado de embarazo en aborto o mortinato es independiente de la condición migratoria mientras que el tipo de parto, parto prematuro, peso del recién nacido y la condición migratoria presentan una asociación significativa.

**Palabras claves:** migración, mujeres y embarazo.

## **I. Introducción**

Las personas a lo largo de la historia se han trasladado de un lugar a otro buscando aquello que en su lugar de origen no encuentran o no se les provee. Diversas son las motivaciones que impulsan a hombres y mujeres a emigrar aventurándose en un país distinto con la esperanza de cumplir sus sueños y anhelos. Para fines de esta investigación y de acuerdo a la definición de Naciones Unidas (UN) se entenderá como inmigrante internacional a toda persona que resida fuera de su país de origen por un período mayor a un año(1). No se considerará como inmigrante a aquellas personas que se desplazan con fines turísticos, estudios o negocios por menos de dicho periodo de tiempo.

En los últimos cincuenta años principalmente por las mejoras en las comunicaciones y el transporte(2) el número de migrantes en el mundo se ha incrementado. Según datos de Naciones Unidas entre 1990 y 2013 el número de migrantes internacionales se incrementó en un 50% alcanzando la cifra hoy día de 232 millones de personas(3). En Chile, a partir de los años noventa se observa un aumento de la migración desde países vecinos y una disminución del flujo desde Europa(4).

Uno de los principales cambios en los patrones migratorios en el mundo es la incorporación de la mujer como migrante internacional. En el mundo en los últimos 40 años ellas casi han igualado al número de hombres migrantes, principalmente a Norteamérica y Europa, pero sus motivaciones son distintas a las de los hombres. Para las mujeres la migración ha representado no solo la posibilidad de mejorar las condiciones de vida, sino también aumentar las oportunidades de igualdad, menos violencia y discriminación. Pese a estos anhelos, muchas mujeres migrantes en el mundo y la región de Latinoamérica terminan siendo víctimas de abuso y explotación(2).

La evidencia internacional menciona que el comportamiento y la utilización de los servicios de salud, por parte de los inmigrantes en los países huéspedes, varían según sus costumbres y creencias, pero que tienden a adaptarse y utilizarlos de manera habitual luego de la adaptación inicial. Existen grupos vulnerables sin embargo, principalmente mujeres y niños que dadas las condiciones de indocumentación, discriminación por género o pobreza, subutilizan las redes disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado.

Si bien Chile no posee una legislación migratoria, sí ha ratificado los acuerdos internacionales en esta materia. También ha elaborado propuestas y convenios con instituciones intersectoriales, protegiendo especialmente a niños, adolescentes y mujeres embarazadas inmigrantes, independiente de su condición legal en el país.

El país posee pocos datos estadísticos oficiales en relación a la prevalencia de enfermedades o condiciones de salud de los inmigrantes. Algunos estudios más recientes que abordan temas de salud y migración en Latinoamérica y Chile son los de Cabieses(5-8), Vásquez de Kartzow(9), Vásquez de Kartzow y Castillo-Duran (10), la consultora Demoscópica(11), Fundación Instituto de la Mujer(12), la Organización Internacional de Migración (OIM) en Chile(13), Alvarado(14), la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile (15) y Yáñez y Cárdenas(16). Estos estudios, en su mayoría, reflejan el efecto del migrante sano para la población total inmigrante en Chile (los inmigrantes en promedio reportan menos problemas de salud que la población local chilena), pero destaca la existencia de subgrupos de inmigrantes con mayor vulnerabilidad socioeconómica y peores resultados de salud que la población chilena, independiente de su edad(17).

De acuerdo a la revisión sistemática de Almeida et al el año 2013, las mujeres por su género representan un grupo vulnerable, especialmente las mujeres inmigrantes durante el periodo de embarazo(18). Existen diversas razones que han sido reportadas en la literatura internacional y dan cuenta de la especial vulnerabilidad

de las mujeres inmigrantes embarazadas. Entre estas destaca por ejemplo el menor acceso a los cuidados prenatales en mujeres inmigrantes indocumentadas(19), acceso tardío a los controles del programa de salud sexual(20), lo que explicaría partos de pre término, mayor morbilidad fetal y neonatal(21)(22), dificultades de acceso a programas de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos y mayor prevalencia de abortos(23), mayor riesgo de depresión postparto(24-27) y riesgo de enfermedades asociadas al embarazo(28)(29).

En Chile no se han desarrollado investigaciones que permitan elaborar un perfil de las mujeres inmigrantes embarazadas que viven en el área centro-norte de la Región Metropolitana (RM) ni de las características de los controles prenatales en los centros de atención primaria de salud que permitan establecer posibles asociaciones entre dichas condicionantes y el resultado del parto.

El propósito de este estudio es contribuir a los programas de salud de la mujer y las políticas públicas en salud de los inmigrantes en nuestro país, especialmente en comunas que concentran un gran número de ellos, como aquellas del área centro-norte de la capital del país.

## **II. Marco Teórico.**

### **2.1. Visión Global de la Migración.**

Los movimientos migratorios son tan antiguos como el hombre. Este se movilizaba de un territorio a otro buscando mejores lugares de caza, refugio y seguridad para el sustento de su manada y de esta manera asegurar la supervivencia de su especie(9). Hoy en día las personas siguen moviéndose por el mundo. Dadas las facilidades de acceso a información, el avance en las comunicaciones y el menor tiempo y costo de los traslados, el llegar de un lugar a otro resulta hoy en día más rápido y menos costoso que en el pasado(30).



Diversos autores y organizaciones internacionales han elaborado definiciones de migración internacional y migrante, lo que reafirma la complejidad del análisis del fenómeno migratorio. La OIM, define migración internacional como el *“movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo. Estas personas para ello han debido atravesar una frontera”* pág. 40 (31). Las Naciones Unidas define migrante internacional, a la persona que vive fuera de su lugar de residencia habitual por al menos un año(1).

Existen diversas teorías que intentan explicar la migración internacional como “producto de la organización política y económica de un mercado global en expansión” por medio de hipótesis que señalan que es producto de un mercado capitalista en desarrollo, que sigue los movimientos de flujo de bienes y capital, y los consecuentes lazos económicos y culturales(32). Contribuyen a este fenómeno migratorio la inestabilidad política, la pobreza y la falta de empleo de economías en desarrollo(33). La mayor parte de los movimientos poblacionales en todas las regiones del mundo es consecuencia de la búsqueda de mejores condiciones de vida(34), razones económicas o familiares(35) y políticas o culturales(36).

La globalización, en este sentido, ha tenido tanto consecuencias positivas como negativas, en el intercambio cultural(37), en el desarrollo de algunos países(33)(38) y en el emprendimiento y revitalización de la vida social(39), pero en desmedro de aquellos países con mayores desventajas(30)(33-36) (40). Pero tal vez uno de efectos más significativos de la globalización económica es el impacto en las relaciones trabajo y género a nivel internacional(41). Esto por ejemplo, debido a la percepción de destrezas relacionadas a lo femenino para realizar tareas domésticas y considerarlas mano de obra más dócil que los hombres, lo que ha significado concentración de mujeres inmigrantes en trabajo doméstico con pobre remuneración en Latinoamérica(42).

La migración no solo se determina por el traspaso de un área geográfica, sino también se desarrolla en un tiempo delimitado(43). Como señala Blanco “es uno de los fenómenos sociales más importantes de nuestra era” (pág. 14)(44). La migración se relaciona con desplazamientos o cambios de residencia a cierta distancia y con cierta voluntad de permanencia(45). Existen etapas en el proceso migratorio que incluyen el pre-viaje, el viaje, la instalación, el retorno y el movimiento a un nuevo lugar(46). La decisión de migrar involucra un proceso social, pues incluye el idioma, la cultura, la historia personal y familiar, y el país de destino no representa necesariamente hoy la residencia definitiva, a diferencia de lo que ocurría hace un par de décadas(33)(35). Este movimiento de circulación global ha sido relevante en el proceso migratorio de largas distancias produciendo efectos en las dinámicas socio-económicas, político-institucionales y simbólico-culturales a nivel mundial(35).

Existen reconocidos efectos positivos de la migración. Ofrece oportunidad de empleo y progreso laboral a personas y familias que viven en países de bajos ingresos o en situación de crisis y conflicto(47). No obstante, numerosos estudios e informes también dan cuenta de posibles efectos negativos de la migración, como por ejemplo, el número indeterminado de inmigrantes en condición de irregularidad legal, muchos de los cuales se desempeñan en trabajos informales, con bajas remuneraciones y en condiciones laborales y de seguridad precarias(2)(3)(7)(8)(13)(48). Inmigrantes en todo el mundo además se enfrentan a limitado o difícil acceso a los servicios de salud del nuevo país de residencia(49) y como consecuencia muchas regiones reportan un insuficiente uso de los servicios de salud por parte de la población inmigrante(50).

Recientemente, la crisis económica mundial (2007-2008) ha modificado los patrones migratorios, disminuyendo los flujos hacia países con mejores ingresos(5)(51). Se ha observado una disminución en la migración de sudamericanos a países de Europa e incluso el retorno de muchos de ellos a sus países de origen debido a la inestabilidad económica, la disminución de beneficios

sociales e ingresos(52), la pérdida de los puestos de trabajo o la dificultad para renovar los permisos de trabajo(51). Si bien es cierto que los flujos migratorios se han modificado en el transcurso de los años, también el número de migrantes en el mundo parece haber aumentado durante la última década. Según datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas del 2009, los migrantes internacionales eran 214 millones de personas(35), cifra que se incrementó en 2013 llegando a 232 millones de personas migrantes(53). De esta manera, se reconoce el fenómeno migratorio como un proceso social complejo, dinámico y fluctuante en el tiempo y entre continentes, que requiere de permanente estudio y evaluación a nivel local y global.

## **2.2. Patrones de migración y su influencia en las economías de los países: foco en Latinoamérica.**

La búsqueda de nuevos territorios, facilitados por la navegación, abrió una vía de comunicación en el pasado que se mantiene hasta estos días. Si bien es cierto que existen hitos históricos en el desarrollo de la migración a lo largo de la historia, es después de la Segunda Guerra Mundial cuando se producen cambios significativos en los flujos migratorios contemporáneos, especialmente a partir de la década del sesenta y setenta. En esa época, surge un nuevo capitalismo facilitado por los avances de la información tecnológica, en el cual la migración emerge como una de sus principales características con movimientos poblacionales en sentido Norte-Sur, especialmente desde Norteamérica y Europa(54).

En América Latina y el Caribe (ALC), el permanente cambio en las políticas migratorias, el excesivo control de las fronteras de algunos países, además del alto costo de migrar hacia el norte, han influido en el cambio de país de destino para muchos emigrantes latinoamericano(42). A pesar de ello hay excepciones como Estados Unidos que sigue siendo el principal país de destino, especialmente para mexicanos(49).

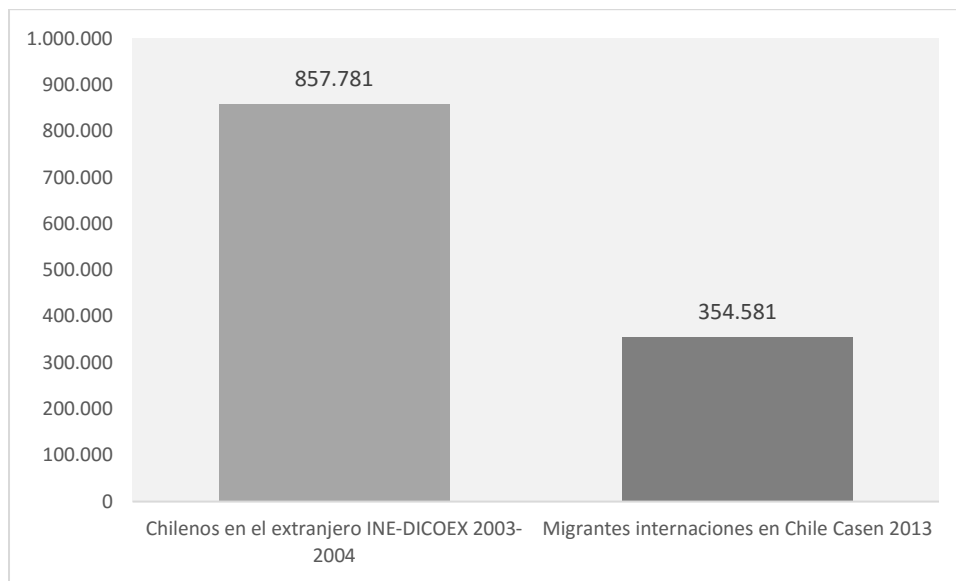
Las migraciones en América Latina se caracterizan por tener 2 tipos de patrones: a) migraciones de ultramar, que predominan desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX, provenientes principalmente de Europa; y b) migraciones intra-regionales entre países vecinos del cono sur posterior a las migraciones de ultramar(9). El fortalecimiento económico y social de algunos países en Latinoamérica sentaron las bases para la migración intra-regional, dada la cercanía de los países y su relativa similitud social y cultural. Al mismo tiempo, surgió el endurecimiento de políticas migratorias en países como Estados Unidos, que sin duda afectó el patrón migratorio sur-sur(42). De acuerdo a un reporte del 2013, el patrón migratorio sur-sur es más significativo entre los 20 a 34 años: el 40% de los inmigrantes de ese grupo etario prefieren migrar entre países del cono sur(55).

Así, la migración sur-sur es el patrón migratorio predominante en la actualidad. Como señala Mora el año 2008, *“la migración contemporánea es fundamentalmente una estrategia económica familiar, por lo que bajo un sistema global de libre mercado la demanda y oportunidades de trabajo del país de origen y del de destino, contribuyen a determinar si emigran hombres o mujeres, individualmente o con sus familias”* pág. 288(42). Siguiendo esta idea, el aumento de las migraciones en la región en las últimas décadas respondería a motivaciones micro-económicas del grupo familiar principalmente(56). Así se ha reportado en Sudamérica, donde los trabajadores migrantes se trasladan principalmente por razones económicas y laborales(37)(52).

Si bien es cierto los patrones migratorios están asociados a la búsqueda de mejores oportunidades, Chile no se ha caracterizado por ser un país con grandes flujos emigratorios, cuando estos procesos se han llevado a cabo se han asociado a crisis económicas con países de destino cercanos como Brasil, Argentina, Venezuela, México y excepcionalmente España por la facilidad del idioma. En periodos de crisis institucionales y quiebres políticos, el principal motivo para emigrar ha sido solicitar

asilo político, donde los países de destino fueron principalmente Europeos, como Francia y Suecia(57).

**Gráfico 1.** Comparación de Chilenos residentes en el extranjero y migrantes internacionales en Chile.



Fuente: INE-DICOEX 2003-2004, CASEN 2013. Elaboración propia.

### 2.2.1. Feminización de la Migración en el mundo

La globalización de las migraciones ha modificado el perfil de los migrantes a nivel internacional, especialmente el de las mujeres, quienes histórica y culturalmente fueron relegadas al cuidado de los hijos y las actividades dentro del hogar en su país de origen. Actualmente, la feminización de la migración es una realidad en la mayoría de los países del mundo(3)(55) y los motivos son diversos. En ocasiones este se produce debido a crisis económicas(42), a vivir en sociedades represivas, sufrir de violencia, maltrato y abuso(2)(58) o a la vulneración de derechos humanos(59). Más aún, todavía existen en el mundo migraciones de mujeres a matrimonios por acuerdo entre familias(2).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas el año 2006 mencionaba que existían alrededor de 95 millones de mujeres migrantes internacionales, y en continentes como Asia, las mujeres habían superado en número a hombres migrantes(2). Algo similar ocurre en América Latina, donde se observa un incremento de la migración femenina a partir de la década de los 80, pero que se estabiliza a partir de 1990, concentrando un mayor número de mujeres migrantes respecto de hombres e algunos países de Sudamérica, como por ejemplo Uruguay, Argentina y Ecuador(43). En el año 2013, las mujeres representaban más de la mitad del total de migrantes en 101 países, incrementado su número en Europa, Latinoamérica y el Caribe, Norte América y Oceanía y a nivel mundial constituían el 48% del total de migrantes. Entre 1990 y 2013 el porcentaje de mujeres migrantes en Latinoamérica y el Caribe (ALC) se incrementó de un 50% a un 52% respectivamente. Las tres cuartas partes de ellas con edades entre 20 y 64 años(3) y la mayoría con un flujo migratorio norte-norte(35).

Hasta hace algunos años, las mujeres migraban para reencontrarse con sus esposos o para contraer matrimonio. Hoy las mujeres en ALC, lo hacen solas (casadas y solteras) buscando mejores expectativas de vida para sus familias y aumentar el aporte al ingreso familiar(43)(60). Independiente de su nivel de instrucción, muchas mujeres se emplean en trabajos domésticos y de servicios, como es el caso de las mujeres peruanas en Chile o nicaragüenses en Costa Rica(60)(4). Los hombres migrantes por su parte, tanto en el mundo como en ALC, tienden a ocupar trabajos mejor remunerados en comparación a las mujeres inmigrantes(2)(4).

Para muchas mujeres la migración resulta positiva, pues les otorga independencia, desarrollo y autonomía. El contacto con escuelas e instituciones le permite a algunas de ellas integrarse rápidamente a la comunidad, establecer redes, facilitando por medio de sus recursos la transferencia de conocimientos que influyen en las sociedades fomentado la igualdad de género y generando cambios en las políticas sociales(2).

A pesar de los posibles beneficios que otorga la migración, solo una parte de las mujeres migrantes logra insertarse de manera armoniosa en los países de acogida. Aún existe un gran número de ellas que sólo acceden a trabajos precarios, con bajas remuneraciones, expuestas a explotación sexual o trata internacional de personas(2)(4)(42)(61) y con dificultades en el acceso a servicios de salud. Pero hay un grupo aún más vulnerable, el de migrantes indocumentadas que por el hecho de encontrarse en una situación de irregularidad legal carecen de todo derecho de uso del sistema de salud y de protección social(60). La feminización de la migración en ALC entonces, adquiere relevancia no solo por el aumento en número sino por la manera en que el género influye en la forma en que se constituyen los patrones migratorios y los grupos de inmigrantes femeninos en los países receptores(62).

## 2.2.2. Comportamiento Migratorio en Chile.

### 2.2.2.1. El proceso migratorio en Chile.

Chile presenta una tendencia al alza en relación a la cantidad de personas nacidas en el extranjero que registran los últimos Censos, en el año 1982 el total era de 80,479; 105.070 en 1992; 184.464 en 2002, y 339.536 en 2012. Los continentes y países de origen también muestran un cambio en el patrón migratorio como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1.** Población Residente en Chile Censada Nacida en otro Continente 1982, 1992 y 2002.

Continente	1982		1992		2002	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>América</b>	41.661	51,77	67.722	64,45	142.238	77,11
<b>Europa</b>	34.215	42,51	29.523	28,10	31.780	17,23
<b>Asia</b>	3.744	4,65	6.285	6,00	7.735	4,19
<b>África</b>	400	0,50	672	0,64	1.302	0,71
<b>Oceanía</b>	459	0,57	803	0,76	1.409	0,76
Total	80.479	100	105.070	100	184.464	100

Fuente: CENSO 1982,1992, 2002. Elaboración propia.

En Chile en el Censo de 1992 del total de migrantes de América el 55% provenía de América del Sur, al igual que en el 2002, el 67,9% migra desde América de Sur, constituidos principalmente por argentinos (n=48.176); peruanos (n= 37.860); bolivianos (n=10.919); y ecuatorianos (n=9.393). Según datos preliminares del Censo del 2012 destacan los nacidos en Perú 30,52%, Argentina 16,79%, Colombia 8,09% y Bolivia 7,41%. De América del Norte la mayoría son estadounidenses, seguidos por canadienses y mexicanos. Los procedentes de Europa lo hacen desde España, Alemania, Italia, Francia, Gran Bretaña y Suecia.

El cambio en los flujos migratorios a Chile desde países como Italia, Alemania y Croacia a fines del siglo XIX y principios del siglo XX(11) por países fronterizos, es el posible resultado de lo atractivo que resulta este país a países vecinos con menos desarrollo económico o menor estabilidad socio-política(63). Según datos del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior, los extranjeros residentes en Chile en 2014 son 441.592 personas de ellos la comunidad peruana concentra la mayor cantidad de inmigrantes en Chile (n=166.932); seguida de Argentina (n=66.332); Bolivia (n=34.201); Ecuador (n=22.918); Colombia (n=22.647) y España (n=12.926). Estos seis países concentran el 79% del total de inmigrantes(64).

En los CENSOS del año 1992 y 2002 se ha observado un leve aumento en el ingreso de personas de Haití. En encuesta realizada por Fundación Instituto Católico Chileno de Migración (INCAMI) el 2009 a 101 haitianos el 55% reside en la comuna de Quilicura y 5% en Recoleta. Son mayoritariamente hombres y no hablaban español antes de ingresar a Chile, la mitad de ellos señala el estudio como principal motivo para emigrar(65).

El año 2009, según informe del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior de Chile, la mayoría de los inmigrantes en Chile se distribuyen en las regiones de Valparaíso, Tarapacá, Antofagasta, Arica y Parinacota y la



Región Metropolitana, ésta concentra al 64,8% del total de inmigrantes. El 84,66% de la población migrante internacional en Chile es mayor de 15 años lo que da cuenta de la condición de población activa que escoge Chile como país de destino (66). Las mujeres jóvenes provienen en su mayoría de Argentina y Perú, en el caso de los adolescentes el 25,5% corresponde a inmigración intrarregional y se concentran principalmente en la región metropolitana(67). En la población inmigrante general se observa un mayor número de permisos de permanencia definitiva entregados a mujeres, especialmente provenientes de países Sudamericanos, mientras que en países como Argentina y España el número es mayor en hombres(68) (Tabla 2). Las principales motivaciones para migrar hacia Chile, según informe de OIM del año 2011, son principalmente falta de trabajo y problemas económicos en sus países de origen. Para los inmigrantes colombianos los motivos además se atribuyen a problemas de seguridad y condiciones de violencia en dicho país(63).

**Tabla 2.** Permisos de Permanencia Definitiva otorgados en Chile período 2010-2014.

País	2010		2011		2012		2013		2014	
	Hombr	Muje	Hombr	Muje	Hombr	Mujer	Hombr	Mujer	Hombr	Mujer
<b>Perú</b>	3.306	4.41	3.446	4.66	4.793	6.228	4.184	5.079	4.815	5.431
<b>Bolivia</b>	467	613	727	851	1.730	2.015	1.723	2.013	3.359	4.264
<b>Colombia</b>	599	854	706	988	1.241	1.796	1.402	2.108	2.366	3.476
<b>Argentin</b>	672	598	697	641	881	761	790	689	955	814
<b>Ecuador</b>	389	486	404	496	460	622	435	536	530	573
<b>Brasil</b>	180	250	209	266	271	425	273	344	287	394
<b>España</b>	167	113	170	112	322	214	499	321	984	634
<b>Total</b>	5.780	7.32	6.359	8.01	9.698	12.06	9.306	11.09	13.296	15.58

Fuente: Sección Estudios del Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Elaboración Propia.

Es importante describir la alta heterogeneidad socioeconómica de la población inmigrante en Chile(63). Los hay inmigrantes documentados de alto nivel socioeconómico que residen en Chile para ocupar cargos de gerencia en empresas transnacionales(6). También los hay inmigrantes indocumentados que viven en

condiciones precarias y presentan mayores problemas de salud respecto al resto de los inmigrantes(7). Por ejemplo, según datos de Stefoni de Encuesta Caracterización Socio Económica (CASEN) del 2006, el porcentaje de migrantes sin contrato de trabajo es de 20% a 28% para aquellos provenientes de Perú, Argentina y Ecuador, lo que expone a aquellos sin contrato a explotación laboral, bajas remuneraciones, vulneración de derechos(4). Según datos de CASEN 2013, el porcentaje de inmigrantes sin contrato de trabajo disminuyó de 23,7% (CASEN 2009) a 10,6%. Esto da cuenta de la enorme variabilidad presente en el grupo de inmigrantes en Chile, no solo en cuanto a sus razones para migrar y países de origen, sino también en sus experiencias post-migratorias en nuestro país.

#### **2.2.2.2. Normativa vigente en Chile.**

Dada la estabilidad política, económica y social de Chile, este se ha vuelto un país atractivo para migrar, especialmente para países de América Latina(9)(37)(52)(63). Según Informe de CEPAL el año 2006, la distribución de inmigrantes y emigrantes respecto de la población total de los países el año 2000 en ALC, ubica a Chile en el sexto lugar como país de destino de inmigrantes con 195 mil y en el treceavo puesto de emigrantes con 453 mil en una lista de 20 países de América Latina. Entre los países que reciben más inmigrantes al año se encuentra Argentina, Venezuela y Brasil(47).

A pesar del aumento progresivo del número de inmigrantes internacionales, la legislación chilena nunca ha definido una política clara en términos de inmigración(37)(11)(69), pero ha establecido algunos criterios de ingreso como por ejemplo el mejoramiento técnico, mano de obra calificada e incluso “perfeccionar las condiciones biológicas de la raza” (pág. 1)(70) como señala el Decreto con Fuerza de Ley N°69 de 1953(69). Durante el período del Gobierno Militar se dicta el Decreto Ley N° 1.094 de 1975, Ley de Extranjería vigente en la actualidad, el que establece categorías de extranjeros al momento de ingreso en calidad de turistas,

residentes oficiales e inmigrantes; y regula la residencia y permanencia definitiva, entre otros aspectos(71). Además indica el impedimento de ingreso al país a personas que alteren el orden social, agitadores, los que no puedan ejercer profesión, carezcan de los recursos para vivir en Chile o padecer ciertas enfermedades.

El Decreto Supremo N° 597 de 1984 corresponde al Reglamento de Extranjería y establece los requisitos para obtener cédula de identidad personal(72). En la normativa chilena, el Departamento de Extranjería otorga permisos de turismo hasta por 90 días prorrogables por otros 90 días adicionales, residencia temporaria por el plazo de un año, pudiendo extenderse por igual periodo para personas sujetas a trabajo, estudiantes y aquellos con vínculos familiares, ex residentes, por mencionar algunos. Por último, se brindan permisos de residencia definitiva para extranjeros que deseen vivir indefinidamente en Chile, que se puede solicitar por motivos laborales, de estudios o por vínculos con chilenos(73).

Cada año aumenta la cantidad de personas que solicitan residencia temporal y permanencias definitivas, especialmente de países fronterizos, dadas las facilidades de acceso (Tabla 3). El año 2009 aproximadamente el 78% de los permisos de residencia temporal se entregaron a países de la región y un 61% corresponden a países fronterizos(66). En 2013 se entregaron 14.479 permisos de residencia definitiva a personas de países fronterizos lo que representa el 55,71% del total de permisos otorgados ese año(74).

**Tabla 3:** Visas de Residencia Temporal otorgadas en Chile el 2009, 2011 y 2013.

País	2009		2011		2013	
	Visas otorgadas	%	Visas otorgadas	%	Visas otorgadas	%
<b>Perú</b>	27.582	48,34	30.699	40,21	39.251	29,70
<b>Bolivia</b>	3.635	6,37	7.156	9,37	26.861	20,33
<b>Argentina</b>	3.851	6,75	3.849	5,04	5.974	4,52
<b>Otros países</b>	21.993	38,54	34.633	45,36	60.053	45,45
Total	57.059	100	76.337	100	132.139	100

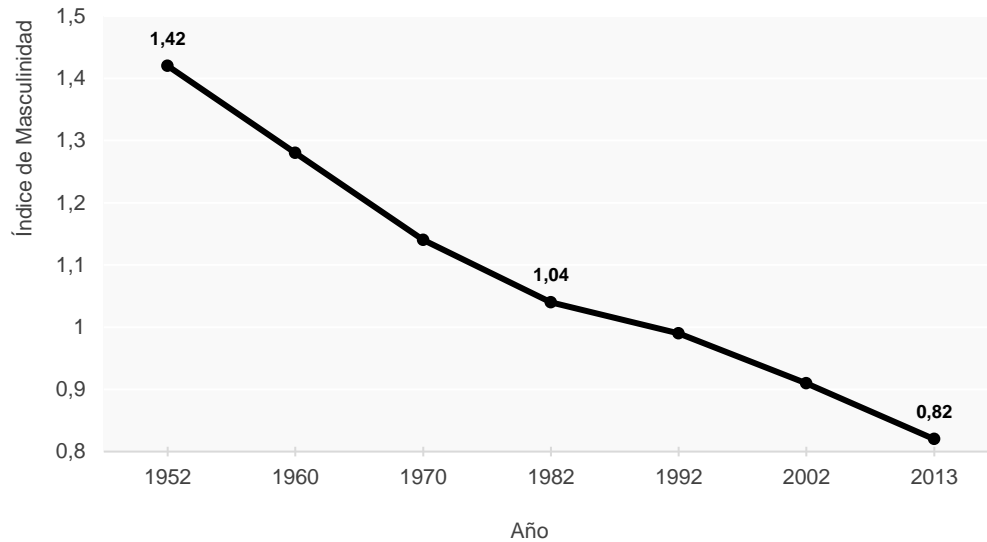
Fuente: Registro de Permisos de Residencia Temporal otorgados año 2009, 2011 y 2013. Elaboración propia.

### 2.2.3. Patrón Migratorio Femenino en Chile.

Chile no es ajeno a la tendencia mundial de la migración femenina, cada año aumenta el número de mujeres que solicitan el ingreso a este país. Los permisos de residencia temporal entregados por el Departamento de Extranjería y Migración el año 2013 beneficiaron a 132.139 personas de ellos 65.329 son mujeres, provenientes principalmente de Perú (n=19.555); Bolivia (n=14.339) y Colombia (n=14.242)(75). Esto se refleja claramente en una disminución sostenida de los índices de masculinidad de la población migrante internacional a lo largo de los años (Gráfico 2).

Si bien la migración resulta alentadora para muchas mujeres que viven en condiciones precarias o donde sus derechos son vulnerados, son diversos los inconvenientes a los que se exponen en los países de destino(76). Entre ellas destacan la trata de personas, la dificultad para encontrar trabajos bien remunerados, y el difícil acceso a salud sexual y reproductiva, entre otros(47). Además, se estima que son muchas las mujeres que se encuentran en condición de indocumentación, presentando dificultades para acceder a beneficios de salud y protección social(60).

**Gráfico 2.** Índice de masculinidad de personas migrantes internacionales en Chile según datos censales 1952-2002, para 2013 se usaron datos CASEN.



Fuente: Cabieses y Bustos 2016.

A nivel mundial se observa un gran número de mujeres inmigrantes trabajando en el servicio doméstico (sobre el 50%)(16). En Chile una de cada tres trabajadoras inmigrantes lo hace en el servicio doméstico, principalmente en la modalidad de puertas adentro y el 62% cuenta con un contrato de trabajo(77). Las “condiciones maternas” son características que mencionan empleadores chilenos para optar por mujeres inmigrantes peruanas para este tipo de trabajo(4). Respecto a la salud, además de las barreras de acceso que pudiesen tener mujeres inmigrantes en Chile, estudios nacionales y regionales reportan diversas barreras culturales, socioeconómicas y de idioma que tienden a obstaculizar las consultas a los servicios de salud, especialmente la atención ginecológica(11)(12)(39)(60). A pesar de los múltiples beneficios que otorga la migración, aún existen brechas de desigualdad que han dificultado la integración social y laboral especialmente de las mujeres.

### **2.3. Políticas públicas sociales y de salud en respuesta a la migración en Chile.**

Se han elaborado algunos convenios que buscan asegurar garantías puntuales relacionados a derechos sociales de inmigrantes en Chile(64). En el año 1998, durante el gobierno del Presidente Frei Ruiz Tagle, se realizó el proceso de regularización migratoria extraordinaria y en el período 2000-2006 gobierno del presidente Lagos, se incluyen atenciones de salud a embarazadas, convenios con países del MERCOSUR, y declaración de respeto de los derechos laborales de los migrantes(78). El año 2007 se estableció además un convenio entre Departamento de Extranjería y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) para asegurar el acceso a la red de salud pública a aquellas personas que soliciten refugio.

En el año 2008, durante el gobierno de Michelle Bachelet, se emite la resolución N° 009 sobre “Política Nacional Migratoria” que menciona la integración de los inmigrantes al país, la sanción al tráfico de ellos y la modernización de la legislación migratoria(79). Ese mismo año Chile reitera su adhesión a los principios establecidos en las normas y convenios internacionales en la Octava Conferencia Sudamericana sobre Migraciones, donde se enfatiza el aporte de las personas migrantes en el desarrollo económico, cultural y social, tanto de los países de destino como los de origen(80). El año 2009 se crea además el Consejo de Política Migratoria, que tiene como misión asesorar, coordinar a instituciones del Estado, e incorporar organismos internacionales y académicos que generen acuerdos y decisiones respecto a los flujos migratorios(39). Así mismo se conforma ese año el grupo asesor de salud de los inmigrantes y refugiados (SIR-Ministerio de Salud (MINSAL)).

En cuanto a programas específicos de salud para inmigrantes, además de la protección de la maternidad independiente del estatus migratorio, también existe la atención de salud para menores de 18 años, que incluye controles de salud, vacunación y atenciones en servicios de urgencia(6)(81). Existen instituciones

independientes del Estado que prestan asistencia a inmigrantes como Instituto Chileno Católico de Migración (INCAMI) dependiente del Organismo de la Conferencia Episcopal de Chile; la Fundación Ciudadano Global, Servicio Jesuita a Migrantes y Refugiados que entregan asesoría legal, atención psicológica, acompañamiento familiar y apoyo social a migrantes y sus familias (Web [ciudadanoglobal.cl](http://ciudadanoglobal.cl)), Instituto de la Mujer, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), entre otras.

A pesar de los intentos por regularizar la migración en Chile, el sistema no ha logrado detener la migración irregular y permite que personas queden en condición de indocumentación, perpetuando las desigualdades(48). Uno de los requisitos para obtener residencia definitiva es poseer contrato a lo menos durante dos años, lo que significa que si el empleador decide terminar el contrato antes del tiempo estipulado el migrante podría perder su visa temporal(4). Como consecuencia de regulaciones migratorias débiles y la ausencia de esfuerzos de integración efectivos en el país, en general existe resistencia social hacia la población inmigrante, en especial hacia aquellos que provienen de países más pobres o que pertenecen a un pueblo originario. Esto sin lugar a dudas profundiza e intensifica los procesos de discriminación en Chile, donde la opinión que tienen los chilenos de los extranjeros es positiva en un 38% y negativa en un 50%, lo que contrasta con la opinión positiva que tienen de los inmigrantes otros países, como Brasil, México o Perú(39).

En relación a la protección de la salud de las personas inmigrantes, en especial de aquellos que carecen de documentación chilena, el Ministerio de Salud, implementó a partir del año 2015, el programa de acceso a la atención de salud a personas inmigrantes, que tiene como propósito “*contribuir a la formulación de una respuesta articulada y específica para la población migrante...que permita garantizar su acceso a la atención integral en salud....*” (pág. 7), este programa se está desarrollando en comunas bajo la jurisdicción de ocho de los veintinueve servicios de salud del país, tres de ellos en la RM(64).

En resumen, el país ha realizado importantes esfuerzos en materia de protección social y de salud de inmigrantes internacionales, pero aún queda mucho por hacer. Las condiciones para solicitar residencia, la falta de compromiso de las empresas, la irregularidad legal de muchos inmigrantes han dificultado el proceso de inclusión y el acceso a los beneficios sociales de inmigrantes y sus familias. El apoyo social y de salud al que acceden inmigrantes especialmente mujeres no es otorgado por el Estado sino por organizaciones de la sociedad civil, quienes prestan servicios de asistencia jurídica, facilitan redes de apoyo y orientación sobre todo en los primeros meses en el país(76).

La salud del inmigrante requiere entonces la necesidad de generar iniciativas que favorezcan la comunicación entre el sector salud y las expectativas que los migrantes tienen respecto de los beneficios a los que pueden acceder, disminuyendo las barreras interculturales y mejorando la satisfacción con el sistema de salud.

#### **2.4. Salud de los Migrantes.**

La migración si bien puede generar aspectos positivos como el intercambio de académicos o el aumento de la mano de obra, también tiene un impacto en la salud de los países huéspedes(30)(33)(46)(82). Esto principalmente ocurre con la migración desde países con malas condiciones sanitarias o debido a la clandestinidad de la migración(83). El nivel de salud de la población migrante está influido por factores como el tiempo en el país de destino, económicos y sociales, educación, acceso a los cuidados de salud y las prácticas culturales(84), pero al mismo tiempo genera diferentes expectativas en la atención que presta el personal de salud(59).

Los migrantes suelen presentar buen estado de salud antes de migrar(2) e incluso menor prevalencia de enfermedades crónicas respecto de la población nativa



(efecto del migrante sano)(17). A pesar de ello, algunos estudios señalan “que los migrantes tienen mayor riesgo de enfermar y morir en el período inmediato posterior a la migración, respecto del resto de la población del país receptor” (50)(pág.408), esto principalmente en los grupos de migrantes indocumentados y aquellos expuestos a trabajos peligrosos e insalubres(2)(30)(20)(59), asociados a escasas condiciones de seguridad y de carácter forzado(85). Si bien es cierto muchos países tienen algunas normas y políticas relacionadas con el acceso a los servicios de salud de la población migrante, se presentan algunas dificultades al momento de implementarlas en los prestadores de salud(46). Además existen expectativas y necesidades relacionadas con la atención de salud que no necesariamente se traducen en resolución de sus problemas(86).

Pérez el año 2004 ya mencionaba el impacto que tiene la migración en la salud de los inmigrantes que ingresan a Estados Unidos. Los hijos de inmigrantes puertorriqueños nacidos en Estados Unidos y aquellos que llevan más tiempo, tienen tasas de mortalidad infantil mayores a los nativos de Puerto Rico. Esto también se observa en los niveles de obesidad que aumentan según el tiempo de residencia. En relación al abuso de sustancias, los inmigrantes que llevan más de 15 años de residencia tienen tasas similares a los nativos, lo que indica el efecto negativo que pudiese tener el proceso de aculturación o pérdida de hábitos y costumbres propias del país de origen para asimilarse a los hábitos de la sociedad en la que se vive(efecto de asimilación)(33). El riesgo de introducir enfermedades tropicales y enfermedades infectocontagiosas a países donde se encuentran bajo control es otro de los riesgos relacionados al impacto que pudiera generar la migración(30)(87)(88).

En Chile, el año 2006 la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) fue la primera encuesta poblacional en incluir preguntas sobre condición de inmigrante internacional(6). Los análisis de la CASEN de ese año realizado por Cabieses et al. señalan que los inmigrantes internacionales tienen menor

prevalencia de discapacidad que los nativos de Chile, pero aquellos que llevan más de 20 años viviendo en el país y los provenientes de Perú tienen más riesgo de presentar alguna situación de discapacidad, respectivamente(89).

La decisión de migrar, incluye el dejar la red de apoyo familiar y social, el aceptar ser nuevo en un país desconocido incluso donde no solo las costumbres y cultura son diferentes sino a veces lo es también el idioma, puede producir efectos en la salud de los inmigrantes(14)(16). El proceso de migración en algunas personas pudiese resultar traumático, afectando su capacidad de enfrentar lo inesperado y volviéndolos vulnerables, aumentando el riesgo de “depresión, desorientación y marginación”; el idioma es una barrera importante, y puede en muchas ocasiones producir aislamiento(15)(16). Si bien es cierto la migración no representa necesariamente una amenaza para la salud mental, la vulnerabilidad social asociada a otros factores de riesgo pudiese tener efectos sobre ella(90). Además, independiente de los años transcurridos en el país huésped, muchos migrantes mantienen su condición de fragilidad debido a preocupaciones por condición de ilegalidad, racismo y dificultades con el proceso de aculturación(83).

En un estudio realizado en la comuna de Independencia por la Clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile el año 2008, se encontró que la auto percepción de salud mental en los inmigrantes fue evaluada como buena en un 48,9% y regular en un 45,4% así como la auto percepción de salud general buena 49,2% y regular 39,7%. Una de las conclusiones de este estudio fue que el tiempo de permanencia en Chile no se asocia a presencia de trastorno mental, lo que sugiere que la presencia de este problema de salud no está directamente asociada al fenómeno de migración. Otro estudio sobre aculturación en inmigrantes sudamericanos en Chile, realizado en Antofagasta y Calama el 2010, señala que la depresión, la ansiedad y el estrés son característicos del proceso de aculturación, específicamente cuando se asocia a marginación social(16).

## **2.5. Salud Sexual y Reproductiva**

### **2.5.1. Impacto de la Migración en la Salud Sexual y Reproductiva.**

La salud sexual y reproductiva en las mujeres migrantes es una tema relevante a nivel mundial(2)(83), especialmente en Europa(2). En países como República Dominicana, Costa Rica, Perú y Colombia las migrantes utilizan menos los métodos anticonceptivos respecto de las no migrantes. Además, en muchos países reciben escaso acceso a atención prenatal(23) y muchas de ellas tienen a sus hijos sin controles de salud(60). Las mujeres migrantes y los niños pueden presentar un estado de salud inferior al de los nativos(2). Incluso presentar control prenatal tardío, aunque aún no está del todo claro por qué se produce este fenómeno. Algunos estudios internacionales señalan que pudiese estar determinado por falta de redes sociales, factores religiosos y culturales(23) e incluso actitudes racistas de los profesionales de salud(83). Otro de los motivos pudiese encontrarse en las dificultades con el idioma, el limitado acceso a los servicios de salud ya sea por el alto costo o por la ausencia de autorización a su uso(83). Las mujeres inmigrantes tienen mayor riesgo de co-morbilidad durante el embarazo(26)(21), inicio tardío del control prenatal y bajo peso del recién nacido(91), escaso acceso a la salud(19), especialmente las mujeres en condición de ilegalidad, bajas tasas de intervenciones obstétricas(92), alto riesgo de muerte materna y alta incidencia de muerte fetal y muerte neonatal(18)(21)(22).

En un estudio de Salvador, et al. realizado en Italia el año 2010, en mujeres inmigrantes embarazadas, quienes provenían principalmente de Europa del Este y África, presentaron altas tasas de incidencia de hipertensión crónica y preclamsia, así también diabetes gestacional, mayor frecuencia de VIH positivo y tendencia a embarazos de pre-término, niños prematuros con bajo peso y bajo apgar al nacer comparados con otras mujeres inmigrantes(28). En Italia el índice de masa corporal y la hemoglobina glicosilada fueron más altos en mujeres inmigrantes con diabetes

gestacional que en mujeres italianas embarazadas con diabetes gestacional, lo que sugiere peor control prenatal de dicha condición(21). En un estudio realizado en Portugal en 2014 las mujeres inmigrantes embarazadas asisten tardíamente a los controles prenatales y suelen tener menos de tres durante el embarazo, además de presentar más cesáreas y hemorragias post-parto que las mujeres embarazadas nativas(20).

Las mujeres inmigrantes tienen mayor incidencia de depresión postparto. Aspectos como la inclusión de factores socioeconómicos, el apoyo social y las habilidades para la aculturación son predictores significativos de depresión postparto en mujeres inmigrantes en Taiwan(93). Muchos de los estresores a los que están expuestas mujeres inmigrantes pueden comprometer su salud mental y agravar la vulnerabilidad del periodo postparto dando como resultado depresión(26). Rodríguez y Martínez el año 2011 señalaron como causa de los embarazos no deseados el poco uso de métodos anticonceptivos y el escaso acceso a los servicios de planificación familiar por parte de la mujeres inmigrantes latinoamericanas que residen en España(23).

Un estudio realizado en el norte de Londres en 2008 encontró que la mayoría de las mujeres inmigrantes embarazadas presentaban hábitos de higiene dental, pero no asistían con frecuencia al control, el tercio de la mujeres no lo hacía pues desconocían la atención dental gratuita durante el embarazo y los 12 meses posteriores, el 33% visitó al dentista durante el embarazo y la mitad requirió tratamiento; el 15% de las madres no eran primigestas y a pesar de ello desconocían la gratuidad de la atención; y solo el 36% visitaba en forma regular al dentista(94).

Si bien es cierto las mujeres inmigrantes durante el embarazo y sus hijos recién nacidos presentan mayor riesgo, en algunos grupos, especialmente en mujeres latinoamericanas, se observa un comportamiento similar al de las mujeres

nativas(95). Ello se explicaría por el “efecto de la mujer inmigrante sana”, según el cual las mujeres emigran por gozar de un buen estado de salud y por tener estabilidad psicológica, lo que les permite superar las dificultades durante el período de adaptación(92). Según datos de la encuesta CASEN del año 2006, el 6,1% de la población del país declara haber estado hospitalizada en los últimos doce meses, mientras que en población inmigrante este valor sube a 6,5%, siendo la principal causa de hospitalización en la población inmigrante los embarazos y partos(11). En un estudio realizado por Núñez y Torres el año 2007 en Centros de Salud Municipal del área norte con mujeres inmigrantes provenientes de Perú, el 78% de ellas señala como motivo para asistir al Centro de Salud Familiar (CESFAM) estar embarazadas. Muchas de ellas ingresaron al final del embarazo, es decir no se controlaron durante el periodo prenatal y algunas mencionaron no tener trabajo estable y vivir en condiciones de pobreza(12).

En Chile, el comportamiento de las mujeres inmigrantes podría ser distinto al de las no-migrantes. Según Cabieses en un estudio el año 2012, al analizar las encuestas CASEN 2006 y 2009 se observó que las mujeres inmigrantes utilizan más la atención prenatal y ginecológica respecto de las no-migrantes. El acceso y la utilización de los servicios de salud de los inmigrantes está relacionado al sexo, a vivir en zona rural o urbana, al nivel educacional y al país de origen(6). En relación al uso de métodos anticonceptivos, el informe elaborado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y OIM en el Servicio de Salud Metropolitano Norte el año 2009, señala que el 41,4% de las mujeres inmigrantes mayores de 15 años no utiliza ningún método de protección en las relaciones sexuales, mientras que del 38,4% de las mujeres mayores de 15 años que sí utiliza algún método, el 44,7% declara la píldora anticonceptiva(11).

En un estudio realizado en Santiago de Chile, en el Servicio de Ginecología de un Hospital Público entre los años 2008 y 2009, se observó que el comportamiento de las mujeres embarazadas inmigrantes respecto de las no-migrantes era similar en

el número de controles, pero presentan menor proporción de embarazo adolescente en relación a las chilenas y menor prevalencia de niños con bajo peso al nacer(10).

Las mujeres inmigrantes constituyen en muchas ocasiones, solo por esa condición, un grupo vulnerable. La evidencia internacional señala factores de riesgo asociados al embarazo no solo para la madre, sino también para el hijo. En Sudamérica y particularmente en Chile aún son escasos los estudios que abordan estos temas por lo que se justifica obtener mayor información y profundizar en su análisis.

## **2.6. Resumen del Marco Teórico**

Desde hace una par de décadas los movimientos migratorios han sido objeto de múltiples cambios que han modificado los patrones de migración, las razones para trasladarse de un lugar a otro y el aumento en la migración femenina. Estos cambios en los flujos migratorios han generado nuevos países atractivos para migrar, especialmente en Sudamérica. Debido a su estabilidad política y económica, Chile se ha convertido en un país atractivo para países vecinos como Perú, Argentina y Bolivia.

Si bien es cierto la migración es en sí misma un evento positivo, en algunos países y en determinados grupos se han producido situaciones de discriminación y vulneración de sus derechos, principalmente en mujeres y niños. Diversos convenios internacionales han intentado resguardar los derechos de los inmigrantes, otorgando asistencia básica como derecho humano, en áreas como el trabajo, salud y educación. Comprender que la migración es un “fenómeno social” en aumento, permite en los países huéspedes facilitar políticas de inclusión social y disminuir las desigualdades. Es importante investigar en la región sobre vida y salud de la población migrante, en especial mujeres y niños si son un grupo mayoritario en esta población.

Chile es un país que si bien carece de una normativa migratoria, ha establecido por medio de convenios y resoluciones asegurar atención básica de salud a los inmigrantes. A pesar de ello no cuenta con datos estadísticos oficiales que permitan elaborar intervenciones acorde a la realidad epidemiológica y sociodemográfica nacional. No está institucionalizada en la mayoría de los servicios públicos ni de sus registros electrónicos la pregunta ¿Dónde nació usted?, excepto en el CENSO, encuesta CASEN y programa de tuberculosis del MINSAL. En dichos casos la variable de estatus migratorio permite identificar a la población inmigrante de la población total. No obstante, estos datos muestran en la actualidad de manera incompleta la prevalencia de ciertas enfermedades y la utilización de algunos programas de salud ministerial.

Es por ello que se requiere incorporar preguntas relacionadas con el estatus migratorio de la población, pero de manera paulatina desde la perspectiva de las necesidades de salud y la utilización y acceso a los servicios de salud especialmente de los grupos más vulnerables como mujeres en situación de embarazo. Es probable que la incorporación del tema “salud de los inmigrantes” en los objetivos estratégicos del plan nacional de salud 2011-2020(96) favorezca el cambio en las políticas públicas. En el Servicio de Salud Metropolitano Norte se han realizado algunas propuestas para el trabajo con inmigrantes incluyendo la mirada intercultural, pero ellos no se han consolidado en el tiempo. Uno de los temas pendientes urgentes es la salud reproductiva de la mujer migrante.

En la actualidad existe un perfil migratorio de Chile, elaborado por OIM en 2011, que incluye aspectos socioeconómicos, laborales, normativos entre otros, pero no aborda temas de salud. La información que se conoce de salud en la población inmigrante, especialmente de salud sexual y reproductiva, es escasa. Por este motivo es importante generar estudios o investigación en estas áreas que faciliten el abordaje integral de la salud de un grupo de la población que está en constante cambio y aumento.

### **III. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General.**

Conocer la relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto (parto prematuro, RN bajo peso de nacimiento, tipo de parto cesárea o fórceps, aborto o mortinato) en mujeres embarazadas que se controlan en establecimientos de salud municipal de la red de Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Recoleta durante el año 2012.

#### **3.2 Objetivos Específicos.**

1. Caracterizar el perfil sociodemográfico de las mujeres embarazadas inmigrantes y no inmigrantes de la comuna de Recoleta, según las variables: edad, estado civil, número de hijos, escolaridad, país de origen, centro de salud beneficiario y previsión de salud.
2. Describir el perfil obstétrico de las mujeres embarazadas inmigrantes y no inmigrantes, de acuerdo a las variables: antecedentes de número de abortos (espontáneos o inducidos), número de gestaciones y número de partos, paridad, condición de embarazo de riesgo y la existencia de otras condiciones de salud agudas y crónicas.
3. Identificar las características del acceso y uso de controles prenatales en mujeres embarazadas inmigrantes y no migrantes según variables de ingreso tardío, edad gestacional al ingreso, embarazo planificado y número de controles.
4. Analizar la relación entre estatus migratorio y resultados de parto (parto prematuro, RN bajo peso al nacer, parto por cesárea, aborto o mortinato y resultado



de parto integrado) de manera global y estratificada por variables socio-demográficas y obstétricas.

#### **IV. Pregunta de Investigación e Hipótesis de estudio.**

¿Cuál es la relación entre estatus migratorio y resultado de embarazo y parto (parto prematuro, RN bajo peso de nacimiento, tipo de parto, aborto o mortinato) en mujeres embarazadas que se controlan en establecimientos de salud municipal de la red de Atención Primaria de Salud (APS) de la comuna de Recoleta en el año 2012?

#### **Hipótesis del estudio.**

Las mujeres embarazadas inmigrantes presentan mayor prevalencia de parto prematuro, RN bajo peso de nacimiento, aborto o mortinato y tipo de parto cesárea o fórceps que las chilenas bajo estudio; lo que se mantiene luego de estratificar por variables socio-demográficas y obstétricas.

#### **V. Metodología.**

##### **5.1. Descripción del diseño, Tipo de estudio.**

Estudio cuantitativo, observacional analítico, de corte transversal.

Basado en la información de registros electrónicos anónimos de mujeres usuarias del programa Chile Crece Contigo, durante el año 2012. El presente estudio pretende analizar relación entre la condición de migrante y resultados de parto, mediante análisis descriptivos de datos y análisis de asociación, en particular test paramétricos de comparación de muestras. Este se lleva a cabo gracias a la

existencia del programa Chile Crece Contigo en los cuatro CESFAM de atención primaria de salud de administración municipal de la comuna de Recoleta.

## **5.2. Universo y muestra**

El universo del estudio corresponde a todas las mujeres embarazadas que residen en la comuna de Recoleta, tanto chilenas como inmigrantes internacionales, en situación legal regular o irregular, y que ingresaron al programa Chile Crece Contigo en uno de los cuatro CESFAM de Dependencia Administrativa de la Municipalidad de Recoleta, durante el año 2012.

La muestra de este estudio corresponde a todas las mujeres embarazadas que ingresaron al programa Chile Crece Contigo durante el año 2012 en alguno de los cuatro CESFAM de Dependencia Administrativa de la Municipalidad de Recoleta; y de quienes se cuenta con registro electrónico anónimo en cada uno de estos centros. Estos CESFAM corresponden al 100% de los centros, de administración municipal de atención de este tipo en la comuna: CESFAM Recoleta, CESFAM Dr. Patricio Hevia, CESFAM Quinta Bella y CESFAM Dr. Juan Petrinovic. La ubicación territorial de cada uno de ellos se encuentra en Anexo 1.

## **5.3. Recolección de la información.**

La información se obtuvo a partir de registros electrónicos anónimos de las mujeres usuarias del programa Chile Crece Contigo durante el año 2012, período entre enero y diciembre. Para ello, se solicitó autorización en 2014 a alcalde de la comuna de Recoleta, Sr. Daniel Jadue para realizar la investigación con las usuarias de los cuatro CESFAM de la comuna de dependencia municipal y de esta manera tener acceso a la información del programa de la mujer durante el período de embarazo. Se realizó una entrevista con Jefa de Gabinete, quien formaliza autorización a Directora de salud comunal.

Posteriormente se solicitó autorización a la dirección de salud de la comuna de Recoleta, a cargo de la Dra. María Eugenia Chadwick. Por medio de esta institución se solicitó el permiso a las Directoras de los cuatro CESFAM para el envío de las bases de datos de nuevos ingresos al programa de control de embarazo durante el período enero-diciembre del 2012 (Anexo 6). Se visitaron los cuatro CESFAM para solicitar el envío de base de datos vía mail, las que se recibieron en planillas Microsoft Excel 2010 para Windows, elaboradas por cada Centro de Salud. Todos los centros aceptaron participar e hicieron entrega de los registros electrónicos del año 2012 entre marzo y julio del 2014. Los registros solicitados son bases de datos del Programa Chile Crece Contigo y de elaboración propia de cada encargada de CESFAM del programa de la mujer.

La información solicitada no requirió del consentimiento informado de las usuarias.

#### **5.4. Descripción de la comuna de Recoleta (zona de estudio)**

La comuna de Recoleta pertenece a la provincia de Santiago y se crea el año 1981 por medio de la promulgación del D.F.L. N° 1-3.260, por medio de la fusión de parte de las comunas de Santiago y Conchalí. Se localiza en el extremo norte del área metropolitana de Santiago. Durante el periodo 1830-1870 se produce en esta zona geográfica un importante cambio demográfico con la llegada de una gran cantidad de inmigrantes de bajos ingresos, otorgándole a esta área una imagen periférica y aumentando el nivel de segregación existente. El área norte de la comuna se caracteriza por el uso de suelo residencial, mientras que el área sur el uso es comercial. En esta área se ubica Patronato, La Vega Central, Barrio Bellavista, los Cementerios General y Católico(97).

La comuna según datos del CENSO del 2012 tiene una población de 152.985 personas, los que se distribuyen en 74.036 hombres y 78.949 mujeres. Tiene una población de inmigrantes nacidos en el extranjero de 10.013 personas.

Según datos de la encuesta CASEN del 2006 el 12,4% de la población comunal se encontraba en situación de pobreza de ellos 11,1% son pobres no indigentes, en el ranking de las 32 comunas de la RM con mayor y menor incidencia relativa de pobreza. Recoleta ocupa el número de 10 con mayor pobreza. A pesar que la comuna tiene una tendencia al envejecimiento, la pobreza, afecta a la población joven, específicamente el segmento entre 0 y 34 años (PLADECO), entre los cuales se encuentran los inmigrantes internacionales.

### **5.5. Tamaño muestral final para análisis**

Todas las bases de datos censales de mujeres embarazadas en control prenatal en alguno de los cuatro CESFAM municipales se integraron en una sola base de datos maestra, con un total inicial de 1.564 casos. Como criterio de exclusión se consideró a las mujeres sin variables dependientes de características de embarazo (derivación a Centro Obstétrico de Patologías de Alto Riesgo (COPAR) como indicador de comorbilidad gestacional) y de parto (parto prematuro, RN bajo peso de nacimiento, tipo de parto cesárea o fórceps, aborto o mortinato). Se realizaron análisis comparativos con mujeres incluidas en el estudio con variables dependientes completas e incompletas. De ellos, se descartaron los ingresos de mujeres que asistieron con niños recién nacidos antes de los 28 días, obteniendo una base de 1.549. En una siguiente revisión se eliminaron los casos con más del 70% de datos perdidos en las variables dependientes, y 13 casos de mujeres con embarazos múltiples, logrando una base final para análisis de **1.272 casos**. La caracterización de las mujeres excluidas del estudio se presenta en Anexo 2.

### **5.6. Variables de estudio.**

#### **5.6.1. Variables dependientes.**

Este estudio presenta como variables dependientes o de resultado las siguientes:

- (i) Peso del recién nacido (bajo peso, normal y macrosómico)
- (ii) Dicotómica: Edad gestacional al momento del parto (prematuro versus de término).
- (iii) Dicotómica: Tipo de parto (cesárea o fórceps versus parto eutócico)
- (iv) Dicotómica: Aborto o mortinato (Si o No)
- (v) Resultado integrado de parto (Dicotomizado como Si, en el caso de presentar bajo peso al nacer o parto prematuro o tipo de parto por cesarea o fórceps o resultado en aborto o mortinado versus No en el caso de no presentar ninguna de las anteriores).

### **5.6.2. Variables independientes.**

Este estudio presenta como variables independientes o explicatorias las siguientes:

*b.1) Variables sociodemográficas.* Estas consideran a la principal variable independiente en estudio, Condición de migrante internacional y a las siguientes seis variables: Edad, País de origen, Escolaridad, Estado civil, Número de hijos vivos, Previsión de salud y Centros de salud.

*b.2) Variables epidemiológicas:* Que incluyen variables de morbilidad general de la madre y antecedentes obstétricos: Paridad, Número de embarazos, Hijos nacidos vivos, Número de abortos, Riesgo Biopsicosocial, Síntomas depresivos, y Derivación a COPAR.

*b.3) Variables relacionadas con el control de embarazo actual:* Edad gestacional al primer control, Embarazo planificado, Número de controles y Traslado.

Todas las variables indicadas se detallan en la tabla de operacionalización de variables a continuación.

## 5.7. Operacionalización de las variables

### Variables dependientes del estudio

Variable	Descripción	Tipo de variable	Definición Operacional
Peso del recién nacido	Peso del recién nacido medido inmediatamente después de haber nacido. Se considera que un recién nacido posee bajo peso al nacer, si pesó menos de 2500 gramos. Peso normal, si pesó entre 2.500 y 4.000 gramos. Macrosómico si su peso es mayor a 4.000 gramos.	Cuantitativa Continua	Número absoluto, en gramos
		Cualitativa nominal	0 - Macrosómico 1 - Normal 3 - Bajo peso
Edad gestacional al momento del parto	Edad gestacional al momento del parto. Se considera que un embarazo es de pretermino si la edad gestacional al momento del parto es menor a los 259 días (37 semanas)	Cuantitativa continua	Número absoluto, en días
		Cualitativa nominal Dicotómica	0 - Término 1 - Pretérmino
Tipo de parto	Canal o vía por donde se expulsa el recién nacido	Cualitativa nominal Dicotómica	0 - Eutócico 1 – Cesárea o Fórceps
Resultado de embarazo	Término del producto de la concepción	Cualitativa nominal Dicotómica	0 – Sin aborto o mortinato 1 – Aborto o mortinato
Resultado integrado de embarazo y parto	Indica si el recién nacido presentó o no al menos una complicación como: bajo peso al nacer, prematuridad, parto por	Cualitativa nominal Dicotómica	0 – Resultado Satisfactorio 1 – Complicaciones

	cesárea o fórceps o aborto o mortinato.		
--	---	--	--

### **Variables independientes sociodemográficas.**

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Definición Operacional
País de origen	País donde la mujer embarazada nació. Basado en la información del pasaporte o Cédula de identidad.	Cualitativa Nominal	0 - Chile 1 - Argentina 2 - Bolivia 3 - Colombia 4 - Ecuador 5 - Haití 6 - Perú 7 - Republica Dominicana 8 - Otro
Condición de inmigrante	Indica si la mujer embarazada corresponde o no a una inmigrante internacional, en base a su país de origen.	Cualitativa nominal, Dicotómica	0 - Chilena 1 - Inmigrante
Edad	Años cumplidos a la fecha de ingreso a control de embarazo	Cuantitativa Continua	Número absoluto, en años
Escolaridad	Auto reporte de los años cursados y aprobados en una institución educación, homologados a los niveles de educación en Chile.	Cualitativa Ordinal	0 – Sin escolaridad 1 - Primaria (completa e incompleta) 2 - Secundaria (completa e incompleta) 3 - Universitaria o Técnica superior (Completa o incompleta)
Estado civil	Auto reporte de la situación civil de la mujer embarazada al momento de ingresar al primer control de embarazo	Cualitativa Nominal	1 - Soltera 2 – Casada o Conviviente 3 – Separada, divorciada o viuda

Número de hijos nacidos vivos	Auto reporte del número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la mujer embarazada, hasta antes del actual embarazo. Mediante la pregunta ¿Cuánto hijos tiene?	Cuantitativa Discreta	Número absoluto
		Cualitativa Ordinal	1 - 0 2 - 1 3 - 2 4 - 3 5 - 4 y más
Previsión de salud	Seguro de salud del cual la mujer embarazada es beneficiaria o está afiliada. En base a la información de inscripción al establecimiento.	Cualitativa nominal	1 - Fonasa 2 - Isapre 3 - Otra 4 - Sin Previsión
Centro de salud	Centro de salud donde se encuentra inscrita la mujer embarazada.	Cualitativa nominal	1 – Dr. Patricio Hevia 2 – Petrinovic 3 – Quinta Bella 4 - Recoleta

### Variables independientes epidemiológicas.

Variable	Descripción	Tipo de variable	Definición Operacional
Paridad	Número de partos que ha tenido una mujer en el transcurso de su vida	Cualitativa Nominal	1 – Primigesta 2 – Primípara 3 – Multipara
Gestaciones	Número de embarazos totales que ha tenido la mujer embarazada a lo largo de su vida. Considerando el embarazo actual. Según ficha o auto reporte.	Cuantitativa Discreta	Número absoluto
Partos	Número de partos, con recién nacidos vivos o muertos, que ha tenido la mujer embarazada a lo largo de su vida. Sin	Cuantitativa Discreta	Número absoluto



	considerar el embarazo actual. Según ficha o auto reporte.		
Abortos	Número de abortos (interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o recién nacidos de menos de 500 gramos) que ha tenido la mujer embarazada a lo largo de su vida. Sin considerar el embarazo actual. Según ficha o auto reporte.	Cuantitativa Discreta	Número absoluto
Riesgo Biopsicosocial	Resultado de la evaluación Psicosocial abreviada (EPSA), aplicada en el primer control de embarazo.	Cualitativa Ordinal	1 - Sin riesgo 2 - Leve 3 - Moderado 4 - Severo
Síntomas Depresivos	Presencia de síntomas depresivos acorde a la escala de Edimburgo, estimada a partir de la entrevista realizada en el primer control de embarazo	Cualitativa Nominal	1 – Sin Síntomas 2 – Con síntomas 3 – Test no aplicado
Derivación a COPAR	Indica si la mujer embarazada fue o no derivada a un hospital de mayor complejidad por morbilidad relacionada con el embarazo.	Cualitativa nominal, Dicotómica	0 – No 1 - Si
HTA	Indica si la mujer embarazada presenta la morbilidad hipertensión arterial.	Cualitativa nominal, Dicotómica	0 – No 1 - Si
Diabetes mellitus	Indica si la mujer embarazada presenta la morbilidad diabetes tipo II.	Cualitativa nominal, Dicotómica	0 – No 1 - Si

Dislipidemia	Indica si la mujer embarazada presenta la morbilidad dislipidemia.	Cualitativa nominal, Dicotómica	0 – No 1 - Si
Otra morbilidad	Indica si la mujer embarazada presenta alguna morbilidad no especificada que pueda implicar un riesgo para el embarazo.	Cualitativa nominal, Dicotómica	0 – No 1 - Si

### Variables relacionadas con el control de embarazo actual.

Variable	Descripción	Tipo de variable	Definición Operacional
Edad gestacional al primer control	Edad gestacional al momento del primer control. Se considera ingreso tardío si la mujer ingresó después de los 99 o más días de gestación. (14 semanas).	Cuantitativa continua	Número absoluto, en días
		Cualitativa nominal, Dicotómica	0 – Sin ingreso tardío 1 – Ingreso tardío
Embarazo planificado	Indica si la mujer planifico o no su actual embarazo. Auto reporte.	Cualitativa nominal, Dicotómica	0 - Planificado 1 – No planificado
Número de controles	Cantidad de controles maternos a los que asiste la mujer a lo largo de su embarazo actual.	Cuantitativa discreta	Número absoluto
Traslado	Indica si la mujer embarazada fue o no trasladada desde o hacia otro centro asistencial.	Cualitativa Nominal	1 – Traslado a otro CESFAM 2 – Traslado a centro privado 3 – Traslado desde otro CESFAM 4 – Traslado desde centro privado

## **5.8. Plan de análisis.**

### **5.8.1. Exploración de la base de datos.**

En una primera etapa se realizó una exploración y limpieza de la base de datos de los registros anonimizados de las mujeres usuarias del programa Chile Crece Contigo durante el año 2012. Para ello se analizaron los datos perdidos calculando el porcentaje de estos y explorando las posibles causas por las que no existen datos en las variables dependientes correspondientes, tales como: inasistencias a los controles posteriores al ingreso, ingresos con recién nacidos mayores a 28 días, traslados a otros establecimientos de salud públicos y privados para control del embarazo y parto. Adicionalmente se revisó la concordancia de la información a través de las distintas variables, no se consideró para este estudio la metodología de imputación de datos.

Los datos fueron importados de Excel a Stata 13, en el cual a partir de los datos originales se construyeron y recodificaron las variables originales de interés para hacerlas útiles para el estudio.

### **5.8.2. Análisis descriptivo.**

Se comenzó con un análisis descriptivo de las variables de estudio utilizando medidas de tendencia central, de posición y medidas de dispersión, para variables continuas. En el caso de las variables categóricas se estimaron frecuencias absolutas y relativas, considerando los datos válidamente emitidos para cada variable. Todas las variables del estudio se analizaron según condición migratoria de la mujer, además de analizarse por estratos de variables de control en los casos correspondientes.

### **5.8.3. Análisis de asociación.**

Las variables dependientes se estratificaron por la variable independiente principal, Condición de Migrante (sí, no) por las otras variables de interés. Se utilizó el software estadístico STATA en su versión número 13.

Para determinar la existencia de asociación o independencia entre variables dependientes y variables independientes se utilizó el test Chi cuadrado para variables categóricas y prueba paramétrica de test t. Adicionalmente se realizaron pruebas paramétricas (Test t) de comparación de medias y proporciones según la naturaleza de las variables, asumiendo que se cumple Teorema Central del Límite o de grandes números.

Los resultados que adoptó el estadístico Chi cuadrado, asociado a un nivel de significación del 0,05 permitió aceptar o rechazar la hipótesis de independencia de las variables y la presencia de asociación.

Junto con el análisis estadístico se consideró un análisis epidemiológico de los resultados encontrados a lo largo del estudio.

### **5.8.4. Limitaciones del estudio.**

#### a) Recolección de datos

Debido a que los datos obtenidos provienen de bases y planillas elaboradas por los equipos de salud local, que incluye información solicitada a nivel nacional por MINSAL e información de interés de los mismos equipos, existe diferencia en la manera en que se obtienen datos como: escolaridad, estado civil, número de hijos, antecedentes de embarazos y partos anteriores, entre otros ya que mucha de esta información corresponde a autoreporte. En el caso de usuarias nuevas para el

establecimiento, algunos datos son de autoreporte, mientras que en usuarias con controles y/o embarazos previos existen antecedentes en la ficha clínica y el carné de control.

La información de las mujeres embarazadas de la comuna de Recoleta e inscritas en establecimientos de salud de atención primaria, no incluyó al grupo de mujeres que realizan los controles de embarazo en el establecimiento de salud de la Fundación de Beneficencia Cristo Vive, institución privada, sin fines de lucro.

#### b) Débil inferencia causal

El diseño transversal limita el análisis causal entre condición migratoria y resultados de parto, por lo cual el análisis presentado en este estudio es netamente relacional. Pese a esto el análisis de asociación presentado permitirá orientar a futuros investigadores, para realizar análisis de causalidad con mayor propiedad y consistencia, considerando variables relacionadas a la condición migratoria que puedan influir en los resultados del estudio.

#### c) Sesgo de información

El ingreso al programa de la mujer en los cuatro establecimientos de APS de administración municipal se realiza en planillas de elaboración propia y el registro lo realizan matrones o matronas y técnicos de nivel superior que se desempeñan en dicho programa. En cada ingreso los datos que se registran provienen de exámenes de laboratorio o médicos y de documentos formales como carné de control de salud, epicrisis hospitalarias entre otros, cuando no existe información escrita en dichos documentos se le pregunta a la mujer por la información faltante, así como la información de escolaridad, estado civil, número de hijos nacidos vivos, y embarazos anteriores las que proviene del autoreporte lo que lo pudiera generar diferencias en los datos entre establecimientos.

## **5.9. Consideraciones éticas.**

El programa de la mujer, está desarrollado para mujeres chilenas, con costumbres propias, esto podría generar diferencias en el ingreso al control del embarazo de mujeres inmigrantes.

Los participantes de este estudio son los establecimientos de salud de la red de APS de la comuna de Recoleta a cada uno de los cuatro se les dió la posibilidad de participar independiente de su ubicación territorial. Cada director de establecimiento así como la Directora de Salud comunal Dra. María Eugenia Chadwick entregaron cartas de apoyo. Las bases de datos ya existían al momento de iniciar la investigación pues los registros se utilizan en el programa Chile Crece Contigo y como información de control y seguimiento de los embarazos y partos de la comuna, al solicitar su envío de manera anonimizada estas bases no requieren del consentimiento de las usuarias del programa de la mujer.

Este estudio se adscribe a la declaración de Singapur sobre la Integridad de la Investigación del año 2010 y a la normativa chilena, cumpliendo con los principios de honestidad y responsabilidad en el desarrollo de esta. Para cumplir con el principio de justicia, se informó a los directivos de los establecimientos relacionados que tenían la posibilidad de desistir de participar en cualquier momento de la investigación.

Para cumplir con el requisito de no maleficencia, no se entregarán como resultado de los análisis estadísticos, datos individuales sino que se realizarán agrupados, para el grupo de mujeres inmigrantes y chilenas no se realizarán distinciones entre establecimientos de salud que puedan perjudicar a los funcionarios o usuarias, es por ello que se desconocen los nombres, RUT y números de fichas o historias clínicas. Las bases de datos serán analizadas en el computador de la investigadora principal.

Se establece el compromiso con la Directora de Salud de la comuna de Recoleta de entregar los resultados de esta investigación a los cuatro establecimientos de salud de donde provienen los datos, en formato papel y en reuniones técnicas si la autoridad lo requiere. Además se hará entrega a la encargada del Programa de la Mujer del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Con los resultados se realizarán publicaciones en revistas nacionales para que sean revisados por profesionales de la salud y conocidos por actores claves, especialmente aquellos que participan en el desarrollo de políticas públicas y estrategias de salud a nivel nacional y comunal.

Esta investigación forma parte de un Proyecto Fondecyt N° 11130042, la investigadora principal es la Dra. Báltica Cabieses Valdés.

## **VI. Resultados.**

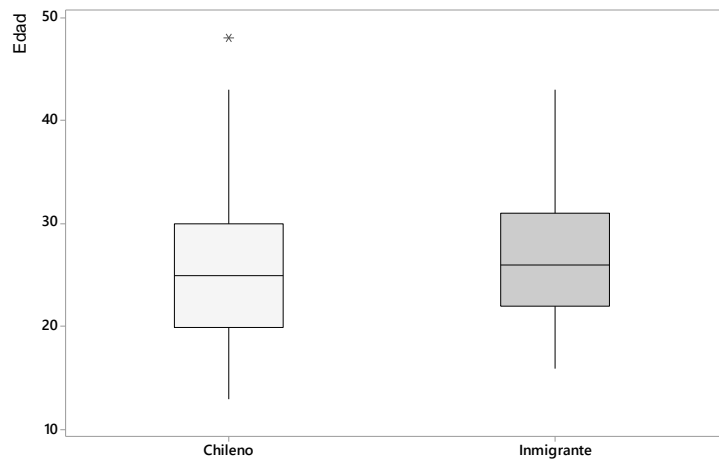
En el año 2012 se registraron un total de 1.272 mujeres embarazadas en control prenatal, en alguno de los cuatro CESFAM municipales de la comuna de Recoleta, que cumplieron con los criterios de elegibilidad para realizar el análisis comparativo entre población local y migrante internacional presentado a continuación. De estas mujeres 260 eran inmigrantes (registraban como país de origen uno distinto a Chile) correspondientes a un 20,4% del total de la muestra.

### **6.1. Perfil sociodemográfico**

De todas las mujeres que ingresaron a control de embarazo durante el año 2012, en los establecimientos de administración municipal el 20,4% era inmigrante (n=260) y el 79,6% correspondía a población chilena (n= 1012). La media de edad de las mujeres migrantes es levemente mayor que el de las chilenas (26,9 años vs 25,8 años), con un rango de edad entre 16 y 43 en inmigrantes y 13 y 48 en

población chilena (Gráfico 3). Esta diferencia de edades entre ambas poblaciones también se observa en embarazo adolescente. De las chilenas embarazadas, el 13,8% (n=140) tienen 18 años o menos, mientras que en inmigrantes este porcentaje alcanza el 5,8%(n=15), esta diferencia en la proporción de embarazos adolescentes resultó ser estadísticamente significativa con un nivel de 0,05 (Tabla 4).

**Gráfico 3:** Diagrama de cajas edad en años de la embarazada al momento del primer control en CESFAM Municipales en chilenas e inmigrantes.



	Media(sd)	Mínimo	Máximo	Q1	Mediana	Q3
<b>Chilenas</b>	25,8(6,7)	13	48	20	25	30
<b>Inmigrantes</b>	26,9(6,0)	16	43	22	26	31

De las mujeres inmigrantes menores de 18 años, dos de ellas tienen un hijo nacido vivo, y en el caso de las chilenas esta cifra asciende a 9 mujeres (Tabla 5).



**Tabla 4:** Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que se controlan en CESFAM Municipales de la comuna de Recoleta 2012, según condición migratoria.

	Total 1.272		Chilena 1.012		Inmigrante 260		p-valor
	N°	%	N°	%	N°	%	
<b>Edad</b>							
18 o menos	155	12,2	140	13,8	15	5,8	0,000
19-25	504	39,6	401	39,6	103	39,6	0,998
26-30	293	23,0	222	21,9	71	27,3	0,079
31-35	200	15,7	149	14,7	51	19,6	0,070
36-40	101	7,9	85	8,4	16	6,2	0,193
41 o más	19	1,5	15	1,5	4	1,5	0,947
<b>Escolaridad</b>							
Primaria	144	11,3	134	13,2	10	3,8	0,000
Secundaria	899	70,7	704	69,6	195	75,0	0,075
Superior	225	17,7	171	16,9	54	20,8	0,163
Sin Escolaridad	4	0,3	3	0,3	1	0,4	0,834*
<b>Estado civil</b>							
Soltera	517	41,0	437	43,5	80	31,0	0,000
Casada o Conviviente	732	58,0	554	55,2	178	69,0	0,000
Separada o Divorciada o Viuda	13	1,0	13	1,3	0	0,0	0,000*
Sin información	10	-	8	-	2	-	
<b>Número de hijos nacidos vivos</b>							
0	537	42,2	426	42,1	111	42,7	0,862
1	394	31,0	314	31,0	80	30,8	0,936
2	216	17,0	170	16,8	46	17,7	0,735
3	85	6,7	72	7,1	13	5,0	0,179
4 o más	40	3,1	30	3,0	10	3,8	0,500

*El p-valor se obtuvo a través del test de comparación de proporciones entre chilenas e inmigrantes, con un nivel de significancia de 0,05*

*La escolaridad de las mujeres inmigrantes fue homologada a los niveles educacionales de Chile, según el auto reporte de los años de escolaridad cursados en su país de origen. Los niveles pueden ser completos o incompletos*

*\* La aproximación normal puede ser inexacta por tratarse de una muestra pequeña*

El porcentaje de mujeres inmigrantes que poseen estudios secundarios o superiores es relativamente mayor que el porcentaje de chilenas con dicho nivel de estudio, este escenario se mantiene incluso tras estratificar por edad (Tabla 5), sin embargo la diferencia no resultó ser estadísticamente significativa a un nivel de significación del 0,05 (Tabla 4). La variable escolaridad se obtuvo a partir del auto reporte de los años de educación cursados y aprobados en una institución escolar, para las mujeres inmigrantes, los cursos fueron homologados a los niveles educacionales de

Chile por las matronas correspondientes. Debido a esto es importante transparentar el posible sesgo de información que esta variable trae consigo.

**Tabla 5:** Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que se atienden en CESFAM Municipales de la comuna de Recoleta 2012, según condición migratoria. Estratificadas por edad.

	18 años o menos				19-25 años				26 años o más			
	Chilena		Inmigrante		Chilena		Inmigrante		Chilena		Inmigrante	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Escolaridad</b>												
Primaria	41	29,3	1	6,7	29	7,2	1	1,0	64	13,6	8	5,6
Secundaria	95	67,9	13	86,7	297	74,1	77	74,8	312	66,2	105	73,9
Superior	4	2,9	1	6,7	74	18,5	24	23,3	93	19,7	29	20,4
Sin Escolaridad	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	1,0	2	0,4	0	0,0
<b>Estado civil</b>												
Soltera	107	76,4	11	73,3	205	51,1	34	33,0	125	26,5	35	24,6
Casada o Conviviente	32	22,9	4	26,7	192	47,9	67	65,0	330	70,1	107	75,4
Separada o Divorciada o Viuda	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	12	2,5	0	0,0
Sin información	1	0,7	0	0,0	3	0,7	2	1,9	4	0,8	0	0,0
<b>Número de hijos nacidos vivos</b>												
0	131	93,6	13	86,7	220	54,9	65	63,1	75	15,9	33	23,2
1	9	6,4	2	13,3	140	34,9	30	29,1	165	35,0	48	33,8
2	0	0,0	0	0,0	35	8,7	7	6,8	135	28,7	39	27,5
3	0	0,0	0	0,0	5	1,2	1	1,0	67	14,2	12	8,5
4 o más	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	29	6,2	10	7,0

*La escolaridad de las mujeres inmigrantes fue homologada a los niveles educacionales de Chile, según el auto reporte de los años de escolaridad cursados en su país de origen. Los niveles pueden ser completos o incompletos*

*Los tramos de edad se seleccionaron considerando aproximadamente los niveles de educación que deberían corresponder por agrupación de edad.*

En relación al nivel educacional en ambos grupos las mujeres presentan altos porcentajes de escolaridad “nivel secundario” con un 69,6% en las chilenas y 75,0% en las inmigrantes, los porcentajes de sin escolaridad y educación primaria son bajos en ambos grupos. Se observa en el grupo de mujeres inmigrantes un porcentaje de 20,8% para educación superior, mientras que en las chilenas este porcentaje es de 16,9%. Esta variable se obtuvo a partir de los años cursados y aprobados en una institución escolar, los cuales fueron homologados a las

divisiones de nivel educacional de Chile para el grupo de inmigrantes al momento de ingresar al programa de la mujer.

En cuanto al autoreporte de estado civil, tanto chilenas como inmigrantes se encuentran en mayor proporción casadas o convivientes (inmigrantes: 69,0% vs chilenas: 55,2%). En el grupo de las mujeres chilenas un 43,5% son solteras (n=437), un 55,2% son casadas o convivientes (n= 554) y el 1,3% restante son separadas, divorciadas o viudas (n=13). En el caso de las inmigrantes estos porcentajes corresponden a 31,0% solteras (n=80), 69,0% casadas o convivientes (n=178) y 0% separadas, divorciadas o viudas.

En general la cantidad de hijos nacidos vivos se distribuyen porcentualmente de manera similar entre chilenas e inmigrantes, para ambos grupos, cerca del 42% de las mujeres no había tenido ningún hijo nacido vivo anteriormente (Tabla 4). Esto cambia a través de los distintos tramos de edad, ya que en ambas poblaciones, a mayor edad mayor es la proporción de mujeres que ha tenido uno o más hijos nacidos vivos (Tabla 5). El 7,1% de las mujeres chilenas tiene 3 hijos y un 3,0% tiene 4 o más hijos, mientras que en las mujeres inmigrantes un 5% tiene 3 hijos y un 3,8% tiene 4 o más hijos. (Tabla 4).

### **6.1.1. Sistema de salud**

En la previsión de salud es donde se observan las diferencias más evidentes entre población chilena y migrante internacional. Es las primeras un 98,8%(n=999) de las mujeres de la muestra es beneficiaria de algún tipo de previsión de salud (público o privado), de ellas el 98,6% pertenecen al sistema público de previsión de salud (FONASA). Mientras que el 70,8%(n=184) de las inmigrantes de la muestra es beneficiaria del sistema público de previsión de salud y el 28,8%(n=75) no tiene previsión de salud. La diferencia entre la proporción de chilenas e inmigrantes sin previsión de salud resultó ser estadísticamente significativa (Tabla 6).

Las migrantes sin previsión de salud son mujeres entre los 16 y 41 años, con una media de 24 años de edad, correspondientes principalmente a mujeres con educación secundaria (70,7%) o superior (22,7%), casadas (60% del total de migrantes sin previsión de salud). De las 75 mujeres inmigrantes, 41(54,7%) no tienen hijos y 34(45,3%) tenían uno o más hijos (no reportado en tabla). El no tener previsión de salud puede constituir una barrera de acceso a atención. No obstante, el subgrupo de mujeres inmigrantes sin previsión de salud de la muestra está accediendo a los controles de embarazo. Esta situación se condice con los programas de protección a la maternidad mencionadas anteriormente en el marco teórico (6)(81).

Respecto a los centros de salud, es el CESFAM Recoleta el que concentra la mayor proporción de inmigrantes, de las 430 embarazadas el 40% son inmigrantes. Así mismo del total de migrantes el 66,2%(n=172) se controló en ese CESFAM. Esta situación no se replica en las chilenas las que se controlaron en mayor proporción en le CESFAM Quinta Bella (37,5%) seguido del CESFAM Recoleta (25,5%) (Tabla 6).

**Tabla 6:** Previsión y centro de salud de las mujeres embarazadas que se atienden en CESFAM Municipales de la comuna de Recoleta 2012, según condición migratoria.

	Total 1272		Chilena 1012		Inmigrante 260		p-valor
	N°	%	N°	%	N°	%	
<b>Previsión de salud</b>							
FONASA	1181	92,9	997	98,6	184	70,8	0,000
ISAPRE	2	0,2	2	0,2	0	0,0	0,157*
Sin Previsión	83	6,5	8	0,8	75	28,8	0,000
Otra	5	0,4	4	0,4	1	0,4	0,980*
Sin información	1	-	1	-	0	-	
<b>Centro de salud</b>							
Petrinovic	284	22,3	273	27,0	11	4,2	0,000
Quinta Bella	437	34,4	379	37,5	58	22,3	0,000
Recoleta	430	33,8	258	25,5	172	66,2	0,000
Dr. Patricio Hevia	121	9,5	102	10,1	19	7,3	0,139

*El p-valor se obtuvo a través al test de comparación de proporciones entre chilenas e inmigrantes, con un nivel de significancia de 0,05. La estimación de proporciones y test de comparación se realizaron sin considerar datos perdidos.*

*\* La aproximación normal puede ser inexacta por tratarse de una muestra pequeña*

### 6.1.2. Subgrupo de inmigrantes

El país de origen de la mayoría de las inmigrantes (80,8%) es Perú, seguido por Colombia, país del cual provienen el 4,6%(n=12) de las inmigrantes. Para el resto de los países la cantidad de inmigrantes no logra superar las 10 embarazadas (Tabla 7). Sin importar el país de origen, siempre existe una proporción por sobre el 17% de mujeres sin previsión de salud, en el caso particular de Colombia este porcentaje llega al 41,7% equivalente a 7 de las 12 embarazadas.

**Tabla 7.** País de origen de las mujeres embarazadas migrantes internacionales que se atendieron en alguno de los 4 CESFAM Municipales de la comuna de Recoleta, año 2012.

País de origen	Número	Porcentaje (%)
Argentina	6	2,3
Bolivia	8	3,1
Colombia	12	4,6
Ecuador	5	1,9
Haití	8	3,1
Perú	210	80,8
República Dominicana	7	2,7
Otros	4	1,5

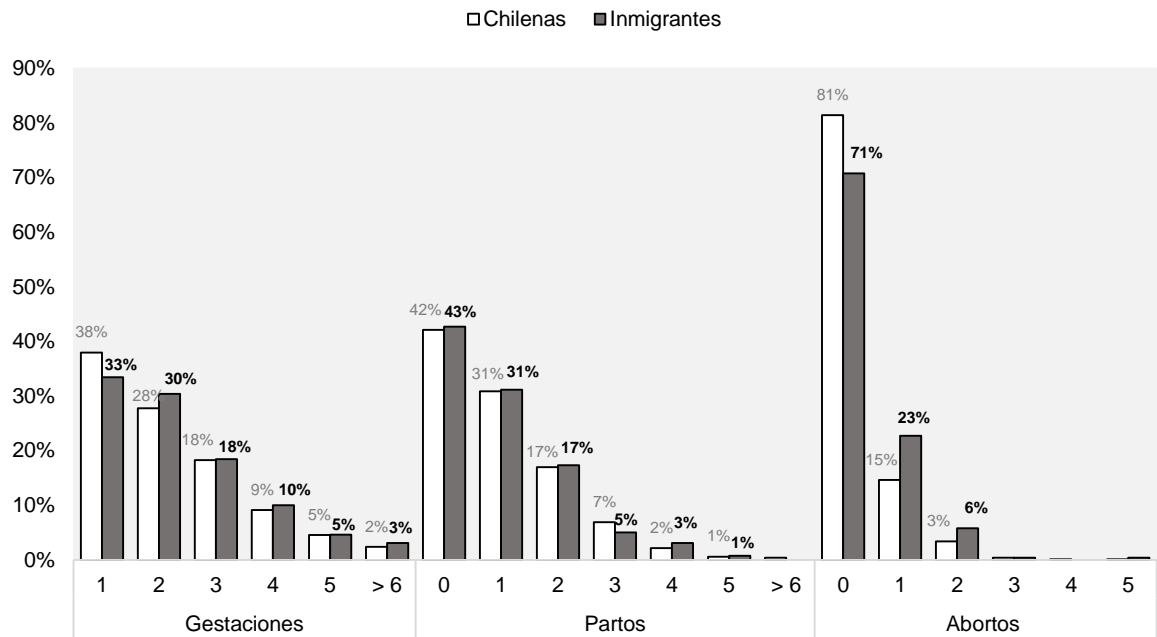
## 6.2 Perfil obstétrico

### 6.2.1 Antecedentes Gineco-Obstétricos

Alrededor de un tercio de las mujeres de la muestra eran primigestas, esto sin importar la condición migratoria (chilenas: 38% vs inmigrantes: 34%). De la misma manera, para ambas poblaciones el 58% de las mujeres había tenido un embarazo de término previo al actual (multíparas). Por lo tanto, tal como es de esperar la distribución porcentual del número de partos es similar entre chilenas e inmigrantes y cerca del 42% de las mujeres no había tenido ningún parto (Gráfico 4).

En relación a antecedentes Gineco-Obstétricos, la principal diferencia entre chilenas e inmigrantes se observa en el número de abortos. El 29%(n=76) de las inmigrantes de la muestra había tenido uno o más abortos a lo largo de su vida, mientras que en chilenas dicho porcentaje alcanza el 18%(n=188), equivalentes a una diferencia estadísticamente significativa (p-valor= 0,001) de 11 puntos porcentuales entre ambas poblaciones (Gráfico 4).

**Gráfico 4.** Antecedente Gineco-Obstétrico de las mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de los CESFAM Municipales de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.



\*Las gestaciones no consideran el embarazo actual de la mujer

Cuando se analiza esta diferencia en mayor detalle, observando la cantidad de abortos en relación a la cantidad de gestaciones a lo largo de la vida, la diferencia entre chilenas e inmigrantes se vuelve más evidente aun en desmedro de las segundas. En el caso de las inmigrantes el 100% de las mujeres que había tenido 6 o más gestaciones (sin considerar la actual) presentaba al menos un aborto. Esto no ocurre en las chilenas, de las cuales solo el 72,8% de aquellas que tuvieron 6 o

más gestaciones tuvo al menos un aborto. Esta diferencia se revierte en las mujeres con 4 gestaciones, donde el porcentaje de mujeres sin ningún aborto fue mayor en inmigrantes (41,7%) que en chilenas (37,0%) (Tabla 8).

**Tabla 8.** Porcentaje de abortos a lo largo de la vida relativos a la cantidad de gestaciones a lo largo de la vida, para las distintas condiciones migratorias.

Abortos	Gestaciones*												
	1		2		3		4		5		6 o más		
	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	
<b>Chilenas</b>	0	86,8	244	67,0	124	52,2	48	37,0	17	30,8	4	27,3	3
	1	13,2	37	30,3	56	39,1	36	34,8	16	15,4	2	9,1	1
	2			2,7	5	8,7	8	23,9	11	38,5	5	45,5	5
	3					0,0	0	4,3	2	7,7	1	9,1	1
	4							0,0	0	7,7	1	0,0	0
	5									0,0	0	9,1	1
<b>Inmigrantes</b>	0	75,9	60	52,1	25	26,9	7	41,7	5	0,0	0	0,0	0
	1	24,1	19	37,5	18	61,5	16	33,3	4	50,0	1	16,7	1
	2			10,4	5	11,5	3	25,0	3	50,0	1	50,0	3
	3					0,0	0	0,0	0	0,0	0	16,7	1
	4							0,0	0	0,0	0	0,0	0
	5									0,0	0	16,7	1

\*Las gestaciones no consideran el embarazo actual de la mujer

El tener antecedentes de abortos de por si es un riesgo para el embarazo actual y este riesgo se intensifica cuando se han tenido dos o más abortos seguidos. En el caso de las mujeres con 2, 3 o 6 gestaciones o más es mayor la proporción de inmigrantes que se encuentran posiblemente en este escenario en comparación con las chilenas.

### 6.2.2 Factores de riesgo para el desarrollo y término del embarazo

Cuando se considera que un embarazo puede ser de alto riesgo este se deriva a COPAR del Hospital San José, comuna de Independencia. En relación a la condición migratoria, se observó que el 41,3% (N=107) de los embarazos en inmigrantes fueron derivadas a COPAR, mientras que el 44%(n=439) de los embarazos en chilenas de la muestra fueron derivados. Si bien el porcentaje de

chilenas derivadas es mayor que el de inmigrantes, dicha diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p$ -valor=0,439) (Tabla 9).

**Tabla 9.** Derivación a COPAR según condición migratoria.

		Condición migratoria		Total
		Chileno	Inmigrante	
Derivación a COPAR	No	559	152	711
	Si	439	107	546
Total		998	259	1.257

*Chi cuadrado de Pearson=0,599 (valor  $p = 0,439$ )*

Al testear la asociación entre estatus migratorio y derivación a COPAR, mediante un test chi cuadrado, no se encontró evidencia suficiente para rechazar la hipótesis de independencia entre estas dos variables ( $p$ -valor = 0,439, test chi cuadrado).

De las mujeres derivadas a COPAR ( $n=546$ ) el 19,6% eran inmigrantes. La mayoría casadas o convivientes, con escolaridad de nivel secundario y presentaban por lo menos un parto a lo largo de su vida (70,5% ( $n=385$ )). Se presenta mayor derivación en el grupo de embarazadas que había tenido uno o más abortos en su vida, (22,9%) en comparación con las que no fueron derivadas a COPAR (19,4%). El caso de las inmigrantes, existe un porcentaje levemente mayor de derivación en aquellas con uno o más abortos (29,7%). Lo mismo ocurre en el grupo de no inmigrantes donde las derivaciones a COPAR presentaron mayor porcentaje de mujeres con uno o más abortos (21,2%) (Tabla 11).

No es del todo claro el detalle de los motivos de derivación a COPAR, sin embargo dentro de aquellas de las que se tiene detalle se aprecia que Cicatriz Cesárea Anterior (CCA) es una de los motivos que se repite con mayor frecuencia en ambas poblaciones (Inmigrantes: 16 mujeres, chilenas: 50 mujeres). De las 16 derivadas a COPAR inmigrantes, equivalentes a un 15% de estas, lo hicieron por presentar



una edad gestacional dudosa, cifra que en el caso de las chilenas asciende a 27, equivalente a un 6,2% del total de chilenas derivadas.

En el caso de las chilenas, la hipertensión arterial (Inmigrantes: 4 mujeres, chilenas: 57 mujeres) y diabetes, ya sea gestacional tipo 2 o prediabetes (Inmigrantes: 10 mujeres, chilenas: 32 mujeres), aparecen como los motivos de derivación más recurrentes. En aquellos casos de morbilidad asociada antes del embarazo, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II las mujeres se derivan a COPAR sin excepción. Son las mujeres locales las que presenten mayores proporciones de embarazadas con diabetes mellitus (Inmigrantes: 0%, chilenas: 1,5%), dislipidemias (Inmigrantes: 0%, chilenas: 0,3%) y otras enfermedades sin especificar (Inmigrantes: 15,4%, chilenas: 21,5%). La única morbilidad en que es mayor el porcentaje en inmigrantes que en locales es la HTA (Inmigrantes: 3,9%, chilenas: 3,1%) sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa con un nivel de significancia del 0,05 (Tabla 10).

Además de los ya mencionados existen otros factores que pueden implicar un riesgo para el embarazo como: la presencia de riesgo biopsicosocial, planificación del embarazo y presencia de síntomas depresivos. El riesgo biopsicosocial es medido a través de la Pauta de Evaluación Biopsicosocial Abreviada (EpSA) del programa Chile Crece Contigo (Anexo 3). Cada pregunta tiene asignado un determinado puntaje, con intervenciones de acuerdo al resultado total, pero además por pregunta, la matrona a cargo determina si la embarazada califica o no con riesgo, además de asignar categoría (leve, moderado, severo) en el caso que corresponda. Son las inmigrantes quienes presentaron una mayor proporción de mujeres en riesgo (inmigrantes: 62,3% vs chilenas: 50,1%), diferencia que resultó ser estadísticamente significativa. No obstante en términos de severidad, fueron las chilenas las que presentaron mayor proporción de mujeres en riesgo severo (inmigrantes: 2,7% vs chilenas: 8,3%).

Respecto a los posibles factores de riesgo, se observa un mayor porcentaje de mujeres inmigrantes con síntomas depresivos que chilenas en la misma situación (inmigrantes: 33,2% vs chilenas: 30,3%). Además se aprecia una diferencia de 1,1 puntos porcentuales, mujeres locales e inmigrantes, en el porcentaje de mujeres que no planificaron su embarazo en desmedro de las últimas, siendo estas las que presentan la mayor proporción de embarazos no planificados (68,1%) (Tabla 10).

**Tabla 10:** Presencia de factores de riesgo para el desarrollo o término del embarazo en mujeres usuarias del programa Chile Crece contigo, de todos los CESFAM de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.

	Total 1272		Chilena 1012		Inmigrante 260		p-valor
	N°	%	N°	%	N°	%	
<b>Derivación a COPAR</b>							
Si	546	43,3	439	44,0	107	41,3	0,437
No	713	56,7	559	56,0	152	58,7	
Sin información	15	-	14	-	1	-	
<b>Morbilidades</b>							
<b>HTA</b>							
Si	39	3,1	32	3,1	10	3,9	0,599
No	1230	96,9	978	96,8	249	96,1	
Sin información	3	-	2	-	1	-	
<b>Diabetes mellitus</b>							
Si	15	1,2	15	1,5	0	0,0	0,000*
No	1254	98,8	995	98,5	259	100,0	
Sin información	3	-	2	-	1	-	
<b>Dislipidemias</b>							
Si	3	0,2	3	0,3	0	0,0	0,000*
No	1266	99,8	1007	99,7	259	100,0	
Sin información	3	-	2	-	1	-	
<b>Otras enfermedades</b>							
Si	257	20,3	217	21,5	40	15,4	0,020
No	1012	79,7	793	78,5	219	84,6	
Sin información	3	-	2	-	1	-	
<b>Riesgo biopsicosocial</b>							
Severo	91	7,2	84	8,3	7	2,7	0,000
Moderado	211	16,6	153	15,1	58	22,3	0,011
Leve	367	28,9	270	26,7	97	37,3	0,001
Sin riesgo	603	47,4	505	49,9	98	37,7	0,000
<b>Síntomas depresivos</b>							
Si	385	30,9	301	30,3	84	33,2	0,402
No	862	69,1	693	69,7	169	66,8	
Test no aplicado	11	-	10	-	1	-	
Sin información	14	-	8	-	6	-	
<b>Embarazo planificado</b>							
Si	387	32,8	306	33,0	81	31,9	0,735
No	794	67,2	621	67,0	173	68,1	
Sin información	91	-	85	-	6	-	

**Tabla 11:** Descripción de las mujeres embarazadas que se atienden en CESFAM Municipales de la comuna de Recoleta 2012, según condición migratoria y derivación a COPAR.

		Derivación a COPAR									% de derivación a COPAR*				
		No			Si			Total	Chileno	Inmigrante					
		Chileno	Inmigrante	Total	Chileno	Inmigrante	Total								
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%				
<b>Edad</b>	18 o menos	96	17,2	10	6,6	106	14,9	42	9,6	5	4,7	47	8,6	30,4	33,3
	19-30	351	62,8	111	73,0	462	65,0	261	59,5	62	57,9	323	59,2	42,6	35,8
	31-40	109	19,5	31	20,4	140	19,7	124	28,2	36	33,6	160	29,3	53,2	53,7
	41 o más	3	0,5	0	0,0	3	0,4	12	2,7	4	3,7	16	2,9	80,0	100,0
<b>Estado civil</b>	Casada o Conviviente	283	50,6	104	68,4	387	54,4	265	60,4	74	69,2	339	62,1	48,4	41,6
	Separada Viuda o Divorciada	6	1,1	0	0,0	6	0,8	7	1,6	0	0,0	7	1,3	53,8	-
	Soltera	264	47,2	46	30,3	310	43,6	165	37,6	33	30,8	198	36,3	38,5	41,8
	Sin información	6	1,1	2	1,3	8	1,1	2	0,5	0	0,0	2	0,4	25	0
<b>Previsión de salud</b>	Fonasa	548	98,0	108	71,1	656	92,3	435	99,1	75	70,1	510	93,4	44,3	41,0
	Isapre	2	0,4	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	-
	Otra	3	0,5	0	0,0	3	0,4	1	0,2	1	0,9	2	0,4	25,0	100,0
	Sin Previsión	6	1,1	44	28,9	50	7,0	2	0,5	31	29,0	33	6,0	25,0	41,3
<b>Escolaridad</b>	Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	100,0	-
	Primaria	77	13,8	5	3,3	82	11,5	56	12,8	5	4,7	61	11,2	42,1	50,0
	Secundaria	369	66,0	116	76,3	485	68,2	324	73,8	78	72,9	402	73,6	46,8	40,2
	Superior	111	19,9	31	20,4	142	20,0	58	13,2	23	21,5	81	14,8	34,3	42,6
<b>Hijos nacidos vivos</b>	Sin Escolaridad	2	0,4	0	0,0	2	0,3	1	0,2	1	0,9	2	0,4	33,3	100,0
	0	290	51,9	75	49,3	365	51,3	126	28,7	35	32,7	161	29,5	30,3	31,8
	1	154	27,5	47	30,9	201	28,3	157	35,8	33	30,8	190	34,8	50,5	41,3
	2	75	13,4	23	15,1	98	13,8	94	21,4	23	21,5	117	21,4	55,6	50,0
<b>Paridad</b>	3	31	5,5	6	3,9	37	5,2	41	9,3	7	6,5	48	8,8	56,9	53,8
	4 o más	9	1,6	1	0,7	10	1,4	21	4,8	9	8,4	30	5,5	70,0	90,0
	Múltipara	269	48,1	77	50,7	346	48,7	313	71,3	72	67,3	385	70,5	53,8	48,3
	Primigestas	262	46,9	61	40,1	323	45,4	112	25,5	26	24,3	138	25,3	29,9	29,9
<b>Número de abortos</b>	Primípara	28	5,0	14	9,2	42	5,9	14	3,2	9	8,4	23	4,2	33,3	39,1
	0	464	83,0	109	19,5	573	102,5	346	61,9	75	13,4	421	75,3	42,7	40,8
	1 o más	95	17,0	43	28,3	138	19,4	93	21,2	32	29,9	125	22,9	49,5	42,7
<b>Riesgo biopsicosocial</b>	Leve	136	24,3	56	36,8	192	27,0	128	29,2	41	38,3	169	31,0	48,5	42,3
	Moderado	87	15,6	29	19,1	116	16,3	66	15,0	29	27,1	95	17,4	43,1	50,0
	Severo	45	8,1	4	2,6	49	6,9	38	8,7	3	2,8	41	7,5	45,8	42,9
<b>Síntomas depresivos</b>	Sin Riesgo	291	52,1	63	41,4	354	49,8	207	47,2	34	31,8	241	44,1	41,6	35,1
	Si	160	28,6	39	25,7	199	28,0	138	31,4	45	42,1	183	33,5	46,3	53,6
	No	387	69,2	109	71,7	496	69,8	295	67,2	59	55,1	354	64,8	43,3	35,1
	No Aplicado	5	0,9	0	0,0	5	0,7	5	1,1	1	0,9	6	1,1	50,0	100,0
<b>Planificación del embarazo</b>	Sin información	7	1,3	4	2,6	11	1,5	1	0,2	2	1,9	3	0,5	12,5	33,3
	No	339	60,6	98	17,5	437	78,2	271	48,5	75	13,4	346	61,9	44,4	43,4
	Si	176	31,5	50	8,9	226	40,4	128	22,9	30	5,4	158	28,3	42,1	37,5
	Sin información	44	7,9	4	0,7	48	8,6	40	7,2	2	0,4	42	7,5	47,6	33,3

### **6.2.3. Perfil obstétrico por subgrupo de inmigrantes**

Dado el reducido tamaño muestral, se realizará el análisis por subgrupo de inmigrantes solo a nivel descriptivo. El mayor número de inmigrantes provienen de Perú (n=210) y el resto de los países de origen registran menos de 10 mujeres en cada uno, con excepción de Colombia que registra 12.

Las mujeres provenientes de Argentina, Bolivia y Ecuador son las que registran el menor número de primigestas (1 mujer cada grupo). En antecedentes de abortos, son las mujeres bolivianas y ecuatorianas quienes presentan la mayor proporción, con uno o más abortos, 62,5%(n=5) y 60%(n=3) respectivamente (Tabla 12).

En relación a la presencia de factores de riesgo para el embarazo, las haitianas fueron las que registraron el mayor porcentaje de derivaciones a COPAR, con 5 mujeres derivadas equivalentes al 62,5% y el cincuenta por ciento, o más, de las embarazadas se encontraba en riesgo biopsicosocial. De la misma manera se mantiene lo ocurrido a nivel general en donde la mayor parte de los embarazos son no planificados. (Tabla 12).

**Tabla 12.** Antecedentes obstétricos y factores de riesgo para el embarazo en embarazadas migrantes internacionales que se atendieron en alguno de los 4 CESFAM Municipales de la comuna de Recoleta, en el año 2012 según país de origen.

	Antecedentes obstétricos				Riesgo para el embarazo							
	% Primigestas		% con uno o más abortos		% de derivación a COPAR		% de presencia de síntomas depresivos		% con riesgo biopsicosocial		% de embarazo no planificado	
<b>Argentina</b>	16,7	(1)	33,3	(2)	40,0	(2)	33,3	(2)	50,0	(3)	66,7	(4)
<b>Bolivia</b>	12,5	(1)	62,5	(5)	37,5	(3)	50,0	(4)	75,0	(6)	75,0	(6)
<b>Colombia</b>	25,0	(3)	33,3	(4)	16,7	(2)	16,7	(2)	50,0	(6)	50,0	(6)
<b>Ecuador</b>	20,0	(1)	60,0	(3)	40,0	(2)	0,0	(0)	60,0	(3)	80,0	(4)
<b>Haití</b>	37,5	(3)	12,5	(1)	62,5	(5)	37,5	(3)	50,0	(4)	62,5	(5)
<b>Otro</b>	50,0	(2)	25,0	(1)	25,0	(1)	25,0	(1)	50,0	(2)	100	(4)
<b>Perú</b>	35,2	(74)	28,6	(60)	42,9	(90)	34,0	(69)	62,9	(132)	67,6	(138)
<b>República Dominicana</b>	28,6	(2)	0,0	(0)	28,6	(2)	42,9	(3)	85,7	(6)	85,7	(6)

*En () se presenta la cantidad de mujeres en la situación descrita*

*No se consideraron la categoría "no aplicado" ni los datos perdidos para el cálculo de porcentajes.*

### 6.3. Acceso y uso de los controles del programa de salud de las mujeres embarazadas

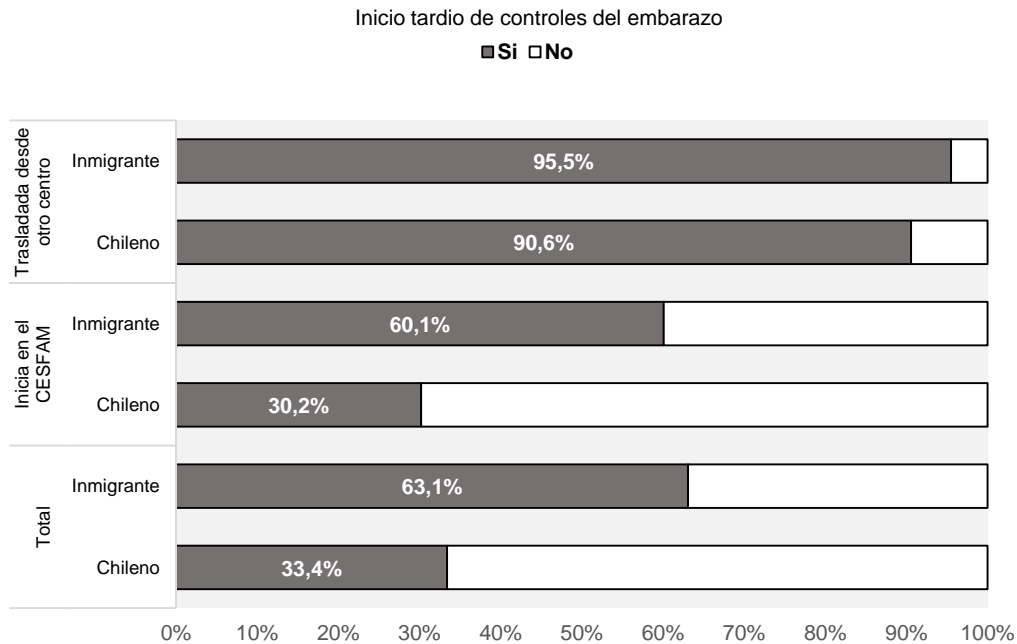
De las migrantes internacionales de la muestra el 8,5%(n=22) había sido trasladadas desde otro centro de salud y de ellas el 95,5% (n=21) presentaban ingreso tardío a los controles (Gráfico 5). De las 22 mujeres trasladadas el 36%(n=8) había sido trasladada desde su país de origen. En el caso de las chilenas el porcentaje de embarazadas que había sido trasladada desde otro centro fue de un 5,2% equivalente a 53 mujeres (no reportado en gráfico). Por lo tanto, es mayor el porcentaje de inmigrantes trasladadas que el de chilenas, sin embargo esta diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa (p-valor=0,083).

Teniendo en consideración la variable traslado desde otro centro, es posible apreciar que incluso tras estratificar por esta, son las embarazadas migrantes las que presentan una mayor proporción de embarazadas que iniciaron sus controles de manera tardía (con más de 14 semanas de gestación). De manera estricta el

63,1%(n=164) de las inmigrantes había iniciado sus controles tardíamente y en el caso de las chilenas el 33,4% (n=338), esto corresponde a una diferencia significativa (p-valor=0,000) de 29,7 puntos porcentuales. En el caso de aquellas que comenzaron los controles en el CESFAM donde se encontraban inscritas y para el grupo de mujeres inmigrantes en condición irregular, pero que no fueron trasladadas desde otro establecimiento, el 60,1% (n=143) de las inmigrantes comenzó sus controles tardíamente, porcentaje que alcanza un 30,2% (n=290) para las chilenas, dicha diferencia también es estadísticamente significativa al 0,05 (p-valor= 0,000). (Gráfico 5)

En el grupo de las inmigrantes que iniciaron sus controles en CESFAM, la edad gestacional más tardía fue una mujer con 278 días de gestación.

**Gráfico 5.** Inicio tardío de controles del embarazo según condición migratoria y lugar de inicio de los controles de embarazo. 2012.



El número de controles prenatales fue similar para chilenas e inmigrantes, en aquellas que iniciaron sus controles en el CESFAM del cual se obtuvo el registro, más de la mitad de las embarazadas tuvo 7 o más controles (inmigrantes: 58,0% vs chilenas: 56,6%), lo que se considera un número adecuado de controles para un embarazo sin complicaciones (Tabla 13). De las mujeres que fueron trasladadas desde otro establecimiento, el 27,2% de las inmigrantes presentan 7 o más controles mientras que en el grupo de las chilenas es el 30,2%. Las mujeres con 6 controles y provenientes de otro establecimiento son el 9,3%. Del total de mujeres, independiente del establecimiento de ingreso, el 44,8% presentó menos de 7 controles durante el período de embarazo y en el grupo con ingreso en otros establecimientos, fuera de red de APS municipal de Recoleta, el 70,7% tiene menos de 7 controles. Esto ocurre en chilenas como inmigrantes y en dichos casos no es posible determinar si las mujeres tuvieron o no una cantidad apropiada de controles a lo largo de su embarazo.

**Tabla 13.** Uso de los controles del programa de salud de las mujeres embarazadas en usuarias del programa Chile Crece contigo, de los CESFAM de administración municipal de la comuna de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.

	Total						Trasladadas desde otro centro						Controles en el CESFAM desde el inicio						
	Chilena		Inmigrante		Total		Chilena		Inmigrante		Total		Chilena		Inmigrante		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
<b>Ingreso tardío (Mayor a 14 semanas)</b>																			
Si	338	33,4	164	63,1	502	39,5	48	90,6	21	95,5	69	92,0	290	30,2	143	60,1	433	36,2	
No	674	66,6	96	36,9	770	60,5	5	9,4	1	4,5	6	8,0	669	69,8	95	39,9	764	63,8	
<b>Número de controles prenatales</b>																			
1	77	7,6	16	6,2	93	7,3	5	9,4	1	4,5	6	8,0	72	7,5	15	6,3	87	7,3	
2	63	6,2	12	4,6	75	5,9	10	18,9	2	9,1	12	16,0	53	5,5	10	4,2	63	5,3	
3	55	5,4	22	8,5	77	6,1	6	11,3	4	18,2	10	13,3	49	5,1	18	7,6	67	5,6	
4	55	5,4	14	5,4	69	5,4	1	1,9	2	9,1	3	4,0	54	5,6	12	5,0	66	5,5	
5	74	7,3	19	7,3	93	7,3	8	15,1	2	9,1	10	13,3	66	6,9	17	7,1	83	6,9	
6	94	9,3	27	10,4	121	9,5	2	3,8	5	22,7	7	9,3	92	9,6	22	9,2	114	9,5	
7 o más	559	55,3	144	68,5	703	55,2	16	30,2	6	27,2	22	29,3	543	56,6	138	58,0	681	56,9	
Sin información	35	-	6	-	41	-	5	-	0	-	5	-	30	3,1	6	2,5	36	3,0	



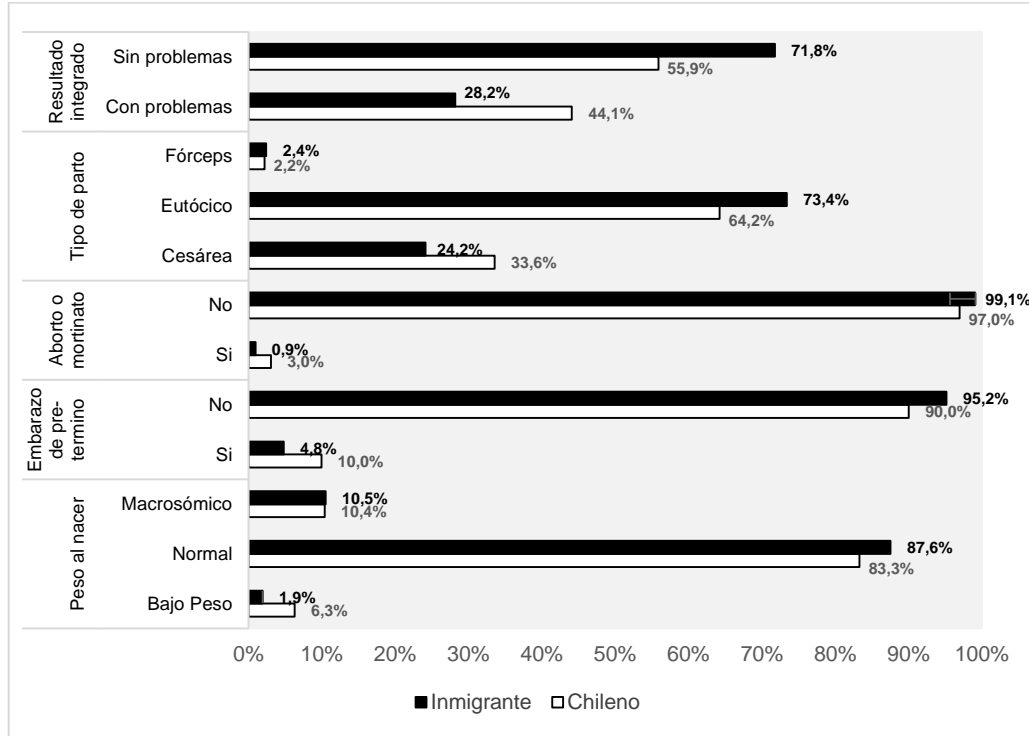
## 6.4 Resultados de embarazo y parto en relación al estatus migratorio

Respecto a los resultados del embarazo o parto, de las 1.272 mujeres de la muestra un 4,3%(n=55) se trasladaron a otro centro establecimiento de salud antes del parto y un 10,9%(n=138) no asistió a controles luego del parto, aunque se desconoce el motivo de esta inasistencia de las 193 mujeres (inmigrantes: 45 y chilenas: 148), equivalentes al 15,2% del total de la muestra, no fue posible obtener información sobre sus resultados de parto.

En mujeres migrantes internacionales se registraron un total de 3 abortos o mortinatos, correspondientes al 1,4% de las mujeres de las que se tenía información sobre esta variable. En las chilenas se registraron un total de 30 abortos o mortinatos, equivalentes al 3,5% de las mujeres de las que se tenía información del término del embarazo (Gráfico 6). Diferencia de proporciones que resultó ser estadísticamente significativa (p-valor=0,042). Sobre estas 33 mujeres no se tiene información respecto al tipo de parto, edad gestacional ni peso al nacer.

En términos crudos, es decir sin considerar otras variables, son las mujeres inmigrantes quienes presentaron mejores resultados de embarazo con una menor proporción de: embarazos de pre término (inmigrantes: 4,8% vs chilenas: 10%), niños con bajo peso o macrosómicos (inmigrantes: 12,4% vs chilenas: 16,7%) y mejores resultados de parto; reflejados en una menor proporción partos por cesárea (inmigrantes: 26,6% vs chilenas: 35,8%) o fórceps.

**Gráfico 6.** Resultados de embarazo y parto en mujeres usuarias del programa de la mujer, de los 4 CESFAM municipales de Recoleta durante el año 2012, según condición migratoria.



La variable resultado integrado indica si el RN presentó o no: bajo peso al nacer o fue de pre-término o nació por cesárea o fórceps o si terminó en aborto o mortinato.  
 No se consideraron aquellas mujeres "sin información" sobre el resultado del embarazo para el cálculo de los porcentajes.  
 La no información se puede producir por datos perdidos, inasistencia a controles, traslado a otro centro, o por aborto o mortinato según corresponda.

En esta población en general las cesarías no suelen producirse por una elección de la madre, si no que suelen realizarse por complicaciones durante el embarazo o en el parto. La diferencia de proporción de: embarazos de pre termino (p-valor=0,005) y partos por cesárea o fórceps (p-valor=0,009), entre chilenas e inmigrantes resultaron ser estadísticamente significativa. Esto no ocurre con la diferencia de proporción de recién nacidos con bajo peso o macrosómicos chilenos e inmigrantes (p-valor= 0,074), la cual no resulto ser significativa.

Hasta el momento la información presentada parece insinuar una posible asociación entre la condición migratoria y el resultado final del embarazo, por lo que se constatará si estas variables son independientes.

#### 6.4.1 Aborto o mortinato

De todos los abortos registrados el 10% corresponde a población inmigrante. Al testear la asociación cruda entre estatus migratorio y término del embarazo en aborto o mortinato, no se encontró evidencia suficiente para rechazar la hipótesis de independencia entre estas dos variables ( $p$ -valor = 0,116, test chi cuadrado). Por lo tanto el terminar o no el embarazo en aborto o mortinato sería independiente de la condición migratoria (sin considerar otras variables). (Tabla 14).

**Tabla 14.** Aborto o mortinato según condición migratoria.

		Condición migratoria		Total
		Chileno	Inmigrante	
Aborto o mortinato	No	828	209	1.037
	Si	30	3	33
Total		858	212	1.070

*Chi cuadrado de Pearson=2,464 (valor  $p = 0,116$ )*

En mujeres inmigrantes se registraron 3 abortos, una de ellas provenía de Haití y las otras dos de Perú. Todas se encontraban casadas o conviviendo, pertenecían a FONASA y habían tenido partos anteriormente, aunque solo una de ellas registraba antecedentes de abortos. En términos sociodemográficos, todas presentaron distintos niveles de educación y edades (33, 34 y 40 años) (Tabla 15).

**Tabla 15.** Características sociodemográficas y antecedentes Gineco – obstétricos, presencia de factores de riesgo y uso de controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según si el embarazo terminó en aborto o mortinato o embarazo de término.

		Aborto o mortinato				Embarazo terminado				% de abortos o mortinatos	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Edad</b>	18 o menos	2	6,6	0	0,0	114	13,8	13	6,2	1,7	0,0
	19-25	12	40,0	0	0,0	328	39,6	77	36,8	3,5	0,0
	26-30	5	16,7	0	0,0	183	22,1	61	29,2	2,7	0,0
	31-35	5	16,7	2	66,7	120	14,5	42	20,1	4,0	4,5
	36-40	5	16,7	1	33,3	69	8,3	12	5,7	6,8	7,7
<b>Escolaridad</b>	41 o más	1	3,3	0	0,0	14	1,7	4	1,9	6,7	0,0
	Primaria	2	6,7	1	33,3	116	14,0	9	4,3	1,7	10,0
	Secundaria	24	80,0	1	33,3	590	71,3	161	77,0	3,9	0,6
	Superior	4	13,3	1	33,3	119	14,4	39	18,7	3,3	2,5
<b>Estado civil</b>	Sin Escolaridad	0	0,0	0	0,0	3	0,4	0	0,0	0,0	-
	Casada o Conviviente	14	46,7	3	100	459	55,4	148	70,8	3,0	2,0
	Separada Viuda o Divorciada	15	50,0	0	0,0	351	42,4	60	28,7	4,1	0,0
	Soltera	1	3,3	0	0,0	10	1,2	0	0,0	9,1	-
<b>Previsión de salud</b>	Sin información	0	0,0	0	0,0	8	1,0	1	0,5	0,0	0,0
	Fonasa	30	100	3	100	817	98,7	152	72,7	3,5	1,9
	Isapre	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0,0	-
	Otra	0	0,0	0	0,0	4	0,5	1	0,5	0,0	0,0
	Sin Previsión	0	0,0	0	0,0	5	0,6	56	26,8	0,0	0,0
<b>Hijos nacidos vivos</b>	Sin información	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0,0	-
	0	12	40,0	0	0,0	332	40,1	92	44,0	3,5	0,0
	1	7	23,3	0	0,0	261	31,5	60	28,7	2,6	0,0
	2	9	30,0	2	66,7	150	18,1	38	18,2	5,7	5,0
<b>Paridad</b>	3 o más	2	6,7	1	33,3	85	10,3	19	9,1	2,3	5,0
	Múltipara	18	60,0	3	100	496	59,9	117	56,0	3,5	2,5
	Primigestas	9	30,0	0	0,0	301	36,4	74	35,4	2,9	0,0
<b>Número de abortos</b>	Primípara	3	10,0	0	0,0	31	3,7	19	9,1	8,8	0,0
	0	19	63,3	2	66,7	681	82,2	151	72,2	2,7	1,3
	1 o más	11	36,7	1	33,3	147	17,8	58	27,8	7,0	1,7

En el grupo de las chilenas, de los 30 abortos registrados, aproximadamente, la mitad era casada o conviviente y la otra mitad soltera. El 80% (n=24) de ellas tenía educación secundaria, el resto presentaba niveles de escolaridad primaria y superior. Todas las mujeres (chilenas e inmigrantes) pertenecían a FONASA. Del grupo de mujeres inmigrantes con resultado de embarazo o parto en aborto o mortinato, solo dos mujeres de las tres, no tenían antecedentes de abortos previos, mientras que en el grupo de las chilenas el 63,3% no presentaba antecedentes previos. De las mujeres chilenas el 30 %(n=9) eran primigestas (Tabla 15).

En relación a factores de riesgo, la mitad presentaba riesgo biopsicosocial, 10 (equivalentes al 33,3%) habían sido derivadas a COPAR, más de la mitad (56,7%) había planificado su embarazo (Tabla 16).

Respecto a factores de riesgo, sólo una mujer había planificado su embarazo, todas presentaban riesgo biopsicosocial (1 leve, 2 moderado), habían sido derivadas a COPAR y tenían una cantidad de controles menor a los 7 recomendados según norma chilena (2 de ellas presentaban solo un control de embarazo y la tercera mujer, 3 controles). (Tabla 16)

**Tabla 16.** Presencia de factores de riesgo y uso de controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según si el embarazo terminó en aborto o mortinato o embarazo de término.

		Aborto o mortinato				Embarazo terminado				% de abortos o mortinatos	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Riesgo biopsicosocial</b>	Leve	9	30,0	1	33,3	224	27,1	78	37,3	3,9	1,3
	Moderado	4	13,3	2	66,7	123	14,9	42	20,1	3,1	4,5
	Severo	3	10,0	0	0,0	64	7,7	4	1,9	4,5	0,0
	Sin Riesgo	14	46,7	0	0,0	417	50,4	85	40,7	3,2	0,0
<b>Síntomas depresivos</b>	Si	15	50,0	2	66,7	241	29,1	62	29,7	5,9	3,1
	No	14	46,7	0	0,0	577	69,7	142	67,9	2,4	0,0
	No Aplicado	1	3,3	0	0,0	8	1,0	1	0,5	11,1	0,0
	Sin información	0	0,0	1	33,3	2	0,2	4	1,9	0,0	20,0
<b>Planificación del embarazo</b>	No	8	26,7	2	66,7	510	61,6	135	65,1	5,6	0,4
	Si	17	56,7	1	33,3	243	24,3	68	32,5	20,0	0,4
	Sin información	5	16,7	0	0,0	75	9,1	5	2,4	50,0	0,0
<b>Trasladada desde otro centro</b>	Si	0	0,0	0	0,0	46	5,6	17	8,1	0,0	0,0
	No	30	100	3	100	782	94,4	192	91,9	3,7	1,5
<b>Ingreso tardío a controles</b>	Si	2	6,7	0	0,0	277	33,5	132	63,2	0,7	0,0
	No	28	93,3	3	100	551	66,5	77	36,8	4,8	3,8
<b>Número de controles</b>	1	18	60,0	2	66,7	17	2,1	3	1,4	51,4	40,0
	2 - 7	11	36,7	1	33,3	338	40,8	95	45,5	3,2	1,0
	8 o más	1	3,3	0	0,0	473	57,1	111	53,1	0,2	0
<b>Derivación a COPAR</b>	Si	10	33,3	3	100	391	47,2	86	41,1	2,5	3,4
	No	20	66,7	0	0,0	427	51,6	0	0,0	4,5	-
	Sin información	0	0,0	0	0,0	10	1,2	123	58,9	0,0	0,0

Aun considerando las diversas variables sociodemográficas, antecedentes Gineco-Obstétricos y factores de riesgo para el término del embarazo, son las chilenas quienes presentan mayores porcentajes de abortos en comparación con las inmigrantes. Esto a excepción de la escolaridad primaria, mujeres con 3 o más hijos nacidos vivos y mujeres entre 36 y 40 años, en donde esta situación se invierte (Tabla 15 y 16).

Cuando se observa la asociación entre condición migratoria y resultado del embarazo en aborto o mortinato, estratificada por derivación a COPAR (si/no), se aprecia que en aquellas que fueron derivadas la asociación no resultó ser significativa (p-valor = 0,217, test chi cuadrado). Por el contrario, en aquellas que no fueron derivadas a COPAR la asociación entre ambas variables resultó ser significativa (p-valor = 0,017, test chi cuadrado). (Tabla 17).

**Tabla 17.** Resultado de embarazo o parto en aborto o mortinato según derivación a COPAR.

<i>Derivada a COPAR</i>					<i>No derivada a COPAR</i>				
		Chileno	Inmigrante	Total			Chileno	Inmigrante	Total
<b>Aborto o mortinato</b>	Si	10	3	13	<b>Aborto o mortinato</b>	Si	20	0	20
	No	391	86	477		No	427	123	550
Total		401	89	490	Total		447	123	570

*Chi cuadrado de Pearson=0,217 (valor p = 0,641)*

*Chi cuadrado de Pearson=5,704 (valor p = 0,017)*

#### **VI.4.2. Parto por cesárea o fórceps**

Se registraron un total de 349 partos por cesárea o fórceps, de estos el 15,8%(n=55) correspondieron a mujeres inmigrantes. Utilizando el test chi cuadrado de independencia se aprecia que las variables condición migratoria y tipo de parto resultaron tener una asociación significativa, pero no se puede determinar si existe más riesgo de cesárea cuando la mujer es inmigrante (p-valor = 0,012, test chi cuadrado), sin considerar otras variables. (Tabla 18).

**Tabla 18.** Tipo de parto según condición migratoria.

		Condición migratoria		Total
		Chileno	Inmigrante	
Tipo de parto	<b>Eutócico</b>	528	152	680
	<b>Cesárea o Fórceps</b>	294	55	349
Total		822	207	1.029

*Chi cuadrado de Pearson=6,240 (valor  $p = 0,012$ )*

De las mujeres de las que se tiene información acerca de tipo de parto y derivación a COPAR, un 46,6%, (476 mujeres) habían sido derivadas durante el embarazo. En el grupo de las chilenas que habían sido derivadas un 42,3% tuvo un parto por cesárea o fórceps, mientras que en mujeres inmigrantes este porcentaje alcanza el 36,0%. Algo similar ocurre en las mujeres que no fueron derivadas, donde el mayor porcentaje de parto por cesárea o fórceps se registra en chilenas, con un 29,9%(n=127) y el 19,8%(n=24) en inmigrantes (Tabla 21).

Tras estratificar por derivación a COPAR, en aquellas que si fueron derivadas, la asociación entre condición migratoria y tipo de parto no fue significativa ( $p$ -valor = 0,286, test chi cuadrado). Es decir, no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis de independencia y por ende se supone que ambas variables son independientes. Caso opuesto ocurre en mujeres no derivadas a COPAR en las cuales la asociación entre condición migratoria y tipo de parto resultó ser significativa ( $p$ -valor = 0,029, test chi cuadrado) (Tabla 19).

**Tabla 19.** Tipo de parto según derivación o no a COPAR.

<b>Derivada a COPAR</b>				<b>No derivada a COPAR</b>					
		Chileno	Inmigrante	Total			Chileno	Inmigrante	Total
<b>Parto por cesárea o fórceps</b>	Si	165	31	196	<b>Parto por cesárea o fórceps</b>	Si	127	24	151
	No	225	55	280		No	298	97	395
Total		390	86	476	Total		425	121	546

*Chi cuadrado de Pearson=1,140 (valor  $p = 0,286$ )*

*Chi cuadrado de Pearson=4,752 (valor  $p = 0,029$ )*



En general, en las diferentes características sociodemográficas, antecedentes obstétricos y presencia de factores de riesgo para el embarazo, son las chilenas las que presentan un mayor porcentaje de mujeres con parto por cesárea o fórceps. Las únicas excepciones son las mujeres con nivel de escolaridad primaria (Inmigrantes: 44,4%, chilenas: 28,4%), las mujeres solteras (Inmigrantes: 35,2%, chilenas: 36,2%) y aquellas que habían sido trasladadas desde otro centro de salud (Inmigrantes: 40,9%, chilenas: 41,2%), en todos estos casos son las inmigrantes quienes poseen mayores porcentajes con partos por cesárea o fórceps (Tabla 20 y 21).

**Tabla 20.** Características sociodemográficas y antecedentes Gineco – obstétricos, presencia de factores de riesgo y asistencia a controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según tipo de parto.

		Cesárea o Fórceps				Eutócico				% de partos por cesárea o fórceps	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Edad</b>	18 o menos	31	10,5	1	1,8	83	15,7	12	7,9	27,2	7,7
	19-25	106	36,1	18	32,7	218	41,3	58	38,2	32,7	23,7
	26-30	66	22,4	19	34,5	117	22,2	41	27,0	36,1	31,7
	31-35	54	18,4	12	21,8	64	12,1	30	19,7	45,8	28,6
	36-40	30	10,2	5	9,1	39	7,4	7	4,6	43,5	41,7
<b>Escolaridad</b>	41 o más	7	2,4	0	0,0	7	1,3	4	2,6	50,0	0,0
	Primaria	33	11,2	4	7,3	83	15,7	5	3,3	28,4	44,4
	Secundaria	209	71,1	37	67,3	375	71,0	123	80,9	35,8	23,1
	Superior	52	17,7	14	25,5	67	12,7	24	15,8	43,7	36,8
<b>Estado civil</b>	Sin Escolaridad	0	0,0	0	0,0	3	0,6	0	0,0	0,0	-
	Casada o Conviviente	165	56,1	34	61,8	292	55,3	114	75,0	36,1	23,0
	Separada Viuda o Divorciada	6	2,0	0	0,0	4	0,8	0	0,0	60,0	-
	Soltera	122	41,5	21	38,2	225	42,6	37	24,3	35,2	36,2
<b>Previsión de salud</b>	Sin información	1	0,3	0	0,0	7	1,3	1	0,7	12,5	0,0
	Fonasa	290	98,6	44	80,0	521	98,7	106	69,7	35,8	29,3
	Isapre	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0,0	-
	Otra	3	1,0	0	0,0	1	0,2	1	0,7	75,0	0,0
	Sin Previsión	1	0,3	11	20,0	4	0,8	45	29,6	20,0	19,6
<b>Hijos nacidos vivos</b>	Sin información	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0,0	-
	0	127	43,2	26	47,3	201	38,1	65	42,8	38,7	28,6
	1	82	27,9	16	29,1	177	33,5	43	28,3	31,7	27,1
	2	52	17,7	8	14,5	98	18,6	30	19,7	34,7	21,1
<b>Paridad</b>	3 o más	33	11,2	5	9,1	52	9,8	14	9,2	38,8	26,3
	Múltipara	167	56,8	29	52,7	327	61,9	87	57,2	33,8	25,0
	Primigestas	113	38,4	21	38,2	184	34,8	52	34,2	38,0	28,8
<b>Número de abortos</b>	Primípara	14	4,8	5	9,1	17	3,2	13	8,6	45,2	27,8
	0	235	79,9	41	74,5	441	83,5	108	71,1	34,8	27,5
	1 o más	59	20,1	14	25,5	87	16,5	44	28,9	40,4	24,1

**Tabla 21.** Presencia de factores de riesgo y asistencia a controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según tipo de parto.

		Cesárea o Fórceps				Eutócico				% de partos por cesárea o fórceps	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<b>Riesgo biopsicosocial</b>	Leve	67	22,8	17	30,9	157	29,7	60	39,5	29,9	22,1
	Moderado	49	16,7	11	20,0	74	14,0	31	20,4	39,8	26,2
	Severo	19	6,5	1	1,8	45	8,5	3	2,0	29,7	25,0
<b>Síntomas depresivos</b>	Sin Riesgo	159	54,1	26	47,3	252	47,7	58	38,2	38,7	31,0
	Si	84	28,6	20	36,4	155	29,4	42	27,6	35,1	32,3
	No	208	70,7	34	61,8	365	69,1	106	69,7	36,3	24,3
	No Aplicado	1	0,3	0	0,0	7	1,3	1	0,7	12,5	0,0
<b>Planificación del embarazo</b>	Sin información	1	0,3	1	1,8	1	0,2	3	2,0	50,0	25,0
	No	167	56,8	37	67,3	339	64,2	98	64,5	33,0	27,4
	Si	96	32,7	17	30,9	145	27,5	50	32,9	39,8	25,4
<b>Trasladada desde otro centro</b>	Sin información	31	10,5	1	1,8	44	8,3	4	2,6	41,3	20,0
	Si	18	6,1	7	12,7	26	4,9	10	6,6	40,9	41,2
<b>Ingreso tardío a controles</b>	No	276	93,9	48	87,3	502	95,1	142	93,4	35,5	25,3
	Si	97	33,0	35	63,6	178	33,7	96	63,2	35,3	26,7
<b>Número de controles</b>	No	197	67,0	20	36,4	350	66,3	56	36,8	36,0	26,3
	1	8	2,7	1	1,8	9	1,7	2	1,3	47,1	33,3
	2 - 7	130	44,2	22	40,0	205	38,8	73	48,0	38,8	23,2
	8 o más	147	50,0	32	58,2	297	56,3	75	49,3	33,1	29,9
<b>Derivación a COPAR</b>	Sin información	9	3,1	0	0,0	17	3,2	2	1,3	34,6	0,0
	Si	165	56,1	31	56,4	225	42,6	55	36,2	42,3	36,0
	No	127	43,2	24	43,6	298	56,4	97	63,8	29,9	19,8
	Sin información	2	0,7	0	0,0	5	0,9	0	0,0	28,6	-

### VI.4.3. Parto prematuro

Se denominó parto prematuro a aquellos recién nacidos con menos de 37 semanas de gestación. Del total de partos prematuros que se registraron en la muestra 11%(n=10) correspondió a mujeres inmigrantes. Al analizar la asociación entre estatus migratorio y parto prematuro, sin considerar otras variables, se consideró que dicha asociación era significativa (p-valor=0,020, test chi cuadrado). (Tabla 22)

**Tabla 22.** Parto prematuro según condición migratoria.

		Condición migratoria		Total
		Chileno	Inmigrante	
Parto prematuro	No	733	198	931
	Si	81	10	91
Total		814	208	1.022

*Chi cuadrado de Pearson=5,403 (valor p = 0,020)*

Similar a los problemas anteriormente analizados, en la mayoría de los casos las chilenas fueron quienes presentaron una mayor proporción de recién nacidos prematuros, con excepción del grupo menores de 18 años donde son las mujeres inmigrantes quienes presentan valores mayores (Inmigrantes: 15,4%, chilenas: 8,8%). El nivel de escolaridad primaria es de 7,8% en inmigrantes y 11,1% en chilenas, las mujeres sin previsión de salud son Inmigrantes: 7,1% y chilenas: 0%, con riesgo biopsicosocial severo Inmigrantes: 25% y chilenas: 11,3% y mujeres con solo un control, Inmigrantes: 33,3% y chilenas: 31,3%. En el grupo de las mujeres solteras, la diferencia en el porcentaje de parto prematuro entre inmigrantes y chilenas es de 0,1 puntos porcentuales a favor de las inmigrantes (Inmigrantes: 10,2%, chilenas: 10,3%). (Tabla 23 y 24)

**Tabla 23.** Características sociodemográficas y antecedentes Gineco – obstétricos, presencia de factores de riesgo y asistencia a controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según si tuvieron o no parto prematuro.

		Prematuro				No prematuro				% Recién nacidos prematuros	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Edad</b>	18 o menos	10	12,3	2	20,0	104	14,2	11	5,6	8,8	15,4
	19-25	28	34,6	2	20,0	296	40,4	75	37,9	8,6	2,6
	26-30	21	25,9	3	30,0	159	21,7	57	28,8	11,7	5,0
	31-35	12	14,8	2	20,0	106	14,5	40	20,2	10,2	4,8
	36-40	7	8,6	1	10,0	59	8,0	11	5,6	10,6	8,3
<b>Escolaridad</b>	41 o más	3	3,7	0	0,0	9	1,2	4	2,0	25,0	0,0
	Primaria	9	11,1	1	10,0	106	14,5	8	4,0	7,8	11,1
	Secundaria	60	74,1	7	70,0	518	70,7	153	77,3	10,4	4,4
	Superior	12	14,8	2	20,0	106	14,5	37	18,7	10,2	5,1
<b>Estado civil</b>	Sin Escolaridad	0	0,0	0	0,0	3	0,4	0	0,0	0,0	-
	Casada o Conviviente	44	54,3	4	40,0	403	55,0	144	72,7	9,8	2,7
	Separada, Viuda o Divorciada	0	0,0	0	0,0	10	1,4	1	0,5	0,0	0,0
	Soltera	36	44,4	6	60,0	313	42,7	53	26,8	10,3	10,2
<b>Previsión de salud</b>	Sin información	1	1,2	0	0,0	7	1,0	0	0,0	12,5	-
	Fonasa	81	100,0	6	60,0	722	98,5	145	73,2	10,1	4,0
	Isapre	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0,0	-
	Otra	0	0,0	0	0,0	4	0,5	1	0,5	0,0	0,0
	Sin Previsión	0	0,0	4	40,0	5	0,7	52	26,3	0,0	7,1
<b>Hijos nacidos vivos</b>	Sin información	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0,0	-
	0	32	39,5	6	60,0	297	40,5	85	42,9	9,7	6,6
	1	20	24,7	2	20,0	238	32,5	58	29,3	7,8	3,3
	2	14	17,3	0	0,0	132	18,0	38	19,2	9,6	0,0
<b>Paridad</b>	3 o más	15	18,5	2	20,0	66	9,0	17	8,6	18,5	10,5
	Múltipara	49	60,5	4	40,0	436	59,5	113	57,1	10,1	3,4
	Primigestas	27	33,3	4	40,0	271	37,0	69	34,8	9,1	5,5
<b>Número de abortos</b>	Primípara	5	6,2	2	20,0	26	3,5	16	8,1	16,1	11,1
	0	59	72,8	7	70,0	611	83,4	143	72,2	8,8	4,7
	1 o más	22	27,2	3	30,0	122	16,6	55	27,8	15,3	5,2

**Tabla 24.** Presencia de factores de riesgo y asistencia a controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según si tuvieron o no parto prematuro.

		Prematuro				No prematuro				% Recién nacidos prematuros	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Riesgo biopsicosocial</b>	Leve	22	27,2	4	40,0	200	27,3	74	37,4	9,9	5,1
	Moderado	11	13,6	3	30,0	112	15,3	39	19,7	8,9	7,1
	Severo	7	8,6	1	10,0	55	7,5	3	1,5	11,3	25,0
<b>Síntomas depresivos</b>	Sin Riesgo	41	50,6	2	20,0	366	49,9	82	41,4	10,1	2,4
	Si	25	30,9	2	20,0	211	28,8	60	30,3	10,6	3,2
	No	53	65,4	6	60,0	515	70,3	135	68,2	9,3	4,3
<b>Planificación del embarazo</b>	No Aplicado	3	3,7	0	0,0	5	0,7	1	0,5	37,5	0,0
	Sin información	0	0,0	2	20,0	2	0,3	2	1,0	0,0	50,0
	No	54	66,7	8	80,0	448	61,1	128	64,6	10,8	5,9
<b>Trasladada desde otro centro</b>	Si	20	24,7	2	20,0	219	29,9	65	32,8	8,4	3,0
	Sin información	7	8,6	0	0,0	66	9,0	5	2,5	9,6	0,0
<b>Ingreso tardío a controles</b>	Si	8	9,9	1	10,0	39	5,3	16	8,1	17,0	5,9
	No	75	92,6	9	90,0	694	94,7	182	91,9	9,8	4,7
<b>Número de controles</b>	Si	28	34,6	5	50,0	241	32,9	126	63,6	10,4	3,8
	No	53	65,4	5	50,0	492	67,1	72	36,4	9,7	6,5
	1	5	6,2	1	10,0	11	1,5	2	1,0	31,3	33,3
<b>Derivación a COPAR</b>	2 - 7	56	69,1	7	70,0	273	37,2	88	44,4	17,0	7,4
	8 o más	20	24,7	2	20,0	421	57,4	105	53,0	4,5	1,9
	Sin información	1	1,2	0	0,0	28	3,8	3	1,5	3,4	0,0
	Si	39	48,1	6	60,0	345	47,1	80	40,4	10,2	7,0
<b>Derivación a COPAR</b>	No	41	50,6	4	40,0	379	51,7	118	59,6	9,8	3,3
	Sin información	1	1,2	0	0,0	9	1,2	0	0,0	10,0	-

En aquellas mujeres que tuvieron parto prematuro, la proporción de inmigrantes (60%) derivadas a COPAR durante el embarazo, fue mayor que la proporción de chilenas (48,1%).

De las mujeres derivadas a COPAR el 9,6%, equivalente a 45 mujeres, tuvo un parto prematuro. Del total de las derivaciones, el 10,2% de las chilenas y el 7% de las inmigrantes tuvieron parto prematuro. En el caso de las no derivadas este porcentaje disminuye a un 9,8% para las chilenas y 3,3% para las inmigrantes (Tabla 24).

Al considerar la estratificación por derivación a COPAR para analizar la asociación entre parto prematuro y estatus migratorio, se observó (similar a los problemas anteriores) que para aquellas mujeres derivadas a COPAR no se encontró evidencia suficiente para rechazar la hipótesis de independencia entre estas dos variables (p-valor=0,365, test chi cuadrado). Por el contrario en aquellas que no fueron derivadas a COPAR la asociación entre estatus migratorio y parto prematuro resulto ser significativa (p-valor=0,022, test chi cuadrado). (Tabla 25)

**Tabla 25.** Presencia de Parto prematuro según derivación a COPAR.

<i>Derivada a COPAR</i>					<i>No derivada a COPAR</i>				
		Chileno	Inmigrante	Total			Chileno	Inmigrante	Total
Parto prematuro	Si	39	6	45	Parto prematuro	Si	41	4	45
	No	345	80	425		No	379	118	497
Total		384	86	470	Total		420	122	542

*Chi cuadrado de Pearson=0,820 (valor p = 0,365)*

*Chi cuadrado de Pearson=5,219 (valor p = 0,022)*

#### 6.4.4. Peso del recién nacido

Cuando un recién nacido pesa menos de 2.500 gramos se considera que está bajo peso, por el contrario, cuando un recién nacido pesa más de 4.000 gramos se le considera macrosómico. Ambas situaciones puede implicar riesgo para el recién nacido.

Del total de recién nacidos de los que se tiene información del peso (n=1.036), el 5,4% presentó bajo peso, el 84,2% peso normal y el 10,4% macrosómico. En el grupo de las inmigrantes estos porcentajes corresponden a 1,9%, 87,6% y 10,5% respectivamente, por lo tanto un 12,4%(n=26) fue macrosómicos o bajo peso. Para las mujeres chilenas la proporción de recién nacidos con bajo peso o macrosómicos es 4,3 puntos porcentuales mayor que el de las inmigrantes (16,7%, n=138). Para ambos grupos, inmigrantes y chilenas el mayor porcentaje de recién nacidos tiene peso normal.

La asociación entre condición migratoria y peso del recién nacido con un nivel de significancia de 0,05 resultó ser significativa, esto considerando el peso del recién nacido en 3 categorías y sin estratificar por otras variables (Tabla 26).

**Tabla 26.** Peso del recién nacido según condición migratoria de la madre.

		Condición migratoria		Total
		Chileno	Inmigrante	
Peso del recién nacido	<b>Bajo Peso</b>	52	4	56
	<b>Normal</b>	689	183	872
	<b>Macrosómico</b>	86	22	108
Total		827	209	1.036

*Chi cuadrado de Pearson=6,245 (valor p = 0,044)*

De los recién nacidos con bajo peso, de madres chilenas o inmigrantes, más de la mitad de las mujeres había sido derivada a COPAR durante el embarazo (inmigrantes: 65,4%, chilenas: 52,2%). En los recién nacidos con peso normal, menos de la mitad de las mujeres habían sido derivadas a COPAR durante el embarazo (inmigrantes: 37,7%, chilenas: 46,2%). En aquellas derivadas a COPAR, la proporción de recién nacidos bajo peso o macrosómicos es mayor en inmigrantes que en chilenas (inmigrantes: 19,8%, chilenas: 18,5%). Por el contrario en las mujeres que no fueron derivadas son las chilenas las que presentan un mayor



porcentaje de recién nacidos macrosómicos o bajo peso (inmigrantes: 7,3%, chilenas: 15,0%) (Tabla 28).

Tanto para mujeres derivadas como para no derivadas la asociación entre condición migratoria y peso del recién nacido resultó estadísticamente significativa a un nivel del 0,05 (Tabla 27).

**Tabla 27.** Peso del recién nacido según derivación o no a COPAR.

<i>Derivada a COPAR</i>					<i>No derivada a COPAR</i>				
		Chileno	Inmigrante	Total			Chileno	Inmigrante	Total
Peso del recién nacido	Bajo peso	31	2	33	Bajo peso	20	2	22	
	Normal	318	69	387	Normal	363	114	477	
	Macrosómico	41	15	56	Macrosómico	44	7	21	
Total		390	86	476	Total		427	123	550

*Chi cuadrado de Pearson=6,104 (valor p = 0,047)*

*Chi cuadrado de Pearson=51,060 (valor p < 0,000)*

**Tabla 28.** Presencia de factores de riesgo y uso de controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según peso del recién nacido.

		Bajo peso o macrosómicos				Peso normal				% Recién nacidos con bajo peso o macrosómicos	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Riesgo biopsicosocial</b>	Leve	36	26,1	8	30,8	187	27,1	70	38,3	16,1	10,3
	Moderado	21	15,2	9	34,6	102	14,8	33	18,0	17,1	21,4
	Severo	12	8,7	1	3,8	52	7,5	3	1,6	18,8	25,0
<b>Síntomas depresivos</b>	Sin Riesgo	69	50,0	8	30,8	348	50,5	77	42,1	16,5	9,4
	Si	40	29,0	10	38,5	201	29,2	52	28,4	16,6	16,1
	No	96	69,6	15	57,7	480	69,7	127	69,4	16,7	10,6
<b>Planificación del embarazo</b>	No Aplicado	2	1,4	0	0,0	6	0,9	1	0,5	25,0	0,0
	Sin información	0	0,0	1	3,8	2	0,3	3	1,6	0,0	25,0
	No	90	65,2	14	53,8	420	61,0	122	66,7	17,6	10,3
<b>Trasladada desde otro centro</b>	Si	38	27,5	11	42,3	205	29,8	57	31,1	15,6	16,2
	Sin información	10	7,2	1	3,8	64	9,3	4	2,2	13,5	20,0
<b>Ingreso tardío a controles</b>	Si	8	5,8	2	7,7	38	5,5	15	8,2	17,4	11,8
	No	130	94,2	24	92,3	651	94,5	168	91,8	16,6	12,5
<b>Número de controles</b>	Si	40	29,0	17	65,4	236	34,3	115	62,8	14,5	12,9
	No	98	71,0	9	34,6	453	65,7	68	37,2	17,8	11,7
<b>Derivación a COPAR</b>	1	2	1,4	0	0,0	14	2,0	3	1,6	12,5	0,0
	2 - 7	60	43,5	9	34,6	278	40,3	86	47,0	17,8	9,5
	8 o más	68	49,3	16	61,5	376	54,6	91	49,7	15,3	15,0
<b>Derivación a COPAR</b>	Sin información	8	5,8	1	3,8	21	3,0	3	1,6	27,6	25,0
	Si	72	52,2	17	65,4	318	46,2	69	37,7	18,5	19,8
	No	64	46,4	9	34,6	363	52,7	114	62,3	15,0	7,3
	Sin información	2	1,4	0	0,0	8	1,2	0	0,0	20,0	-

Se registraron un total de 4 recién nacidos con bajo peso en mujeres inmigrantes, en dos de ellos, sus madres presentaban derivaciones a COPAR durante el embarazo. Los 4 recién nacidos correspondían a mujeres con diferente país de origen (Colombia, Haití, Perú y Otro no especificado). En el caso de los recién nacidos macrosómicos hijos de mujeres inmigrantes, la mayoría (86,4%, n=19) correspondía a mujeres provenientes de Perú, el 13,6% restante se distribuye en Bolivia (n=2) y República Dominicana (n=1).

Similar a lo ocurrido con parto prematuro y tipo de parto, en relación a nivel educacional, en el grupo de mujeres con solo educación primaria, el porcentaje de recién nacidos bajo peso o macrosómicos es mayor en inmigrantes respecto de las chilenas (inmigrantes: 33,3%, chilenas: 19%). (Tabla 29).

Para las distintas variables: estado civil, tipo de previsión de salud, paridad y número de abortos anteriores, son las chilenas quienes presentan inferiores resultados con menores porcentajes de recién nacidos con peso normal. Aunque en el caso de las solteras esta diferencia alcanza solo 0,1 puntos porcentuales (Tabla 29). En presencia de factores de riesgo y asistencia a controles de embarazo como: traslado desde otro centro de salud, ingreso tardío a controles y número de controles, se produce la misma situación, siendo las chilenas quienes presentan mayores porcentajes de recién nacidos macrosómicos con bajo peso que las inmigrantes (Tabla 28).

Un caso interesante ocurre en las mujeres inmigrantes y la planificación del embarazo, donde aquellas que planificaron su embarazo presentaron un mayor porcentaje de niños macrosómicos o con bajo peso que las que no. Lo contrario ocurre con las chilenas, las que no planificaron su embarazo, son las que presentaron un mayor porcentaje de recién nacidos con estas características (Tabla 28).

**Tabla 29.** Características sociodemográficas y antecedentes Gineco – obstétricos, presencia de factores de riesgo y uso de controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según peso del recién nacido.

		Bajo peso o macrosómicos				Peso normal				% Recién nacidos con bajo peso o macrosómicos	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Edad</b>	18 o menos	16	11,6	2	7,7	98	14,2	11	6,0	14,0	15,4
	19-25	52	37,7	5	19,2	275	39,9	72	39,3	15,9	6,5
	26-30	33	23,9	10	38,5	150	21,8	51	27,9	18,0	16,4
	31-35	25	18,1	4	15,4	95	13,8	38	20,8	20,8	9,5
	36-40	10	7,2	4	15,4	59	8,6	8	4,4	14,5	33,3
<b>Escolaridad</b>	41 o más	2	1,4	1	3,8	12	1,7	3	1,6	14,3	25,0
	Primaria	22	15,9	3	11,5	94	13,6	6	3,3	19,0	33,3
	Secundaria	94	68,1	17	65,4	496	72,0	144	78,7	15,9	10,6
	Superior	21	15,2	6	23,1	97	14,1	33	18,0	17,8	15,4
<b>Estado civil</b>	Sin Escolaridad	1	0,7	0	0,0	2	0,3	0	0,0	33,3	-
	Casada o Conviviente	87	63,0	18	69,2	371	53,8	130	71,0	19,0	12,2
	Separada Viuda o Divorciada	3	2,2	0	0,0	7	1,0	0	0,0	30,0	-
	Soltera	47	34,1	8	30,8	304	44,1	52	28,4	13,4	13,3
<b>Previsión de salud</b>	Sin información	1	0,7	0	0,0	7	1,0	1	0,5	12,5	0,0
	Fonasa	137	99,3	22	84,6	679	98,5	130	71,0	16,8	14,5
	Isapre	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0,0	-
	Otra	0	0,0	0	0,0	4	0,6	1	0,5	0,0	0,0
	Sin Previsión	1	0,7	4	15,4	4	0,6	52	28,4	20,0	7,1
<b>Hijos nacidos vivos</b>	Sin información	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0,0	-
	0	43	31,2	6	23,1	288	41,8	86	47,0	13,0	6,5
	1	40	29,0	12	46,2	221	32,1	48	26,2	15,3	20,0
	2	30	21,7	3	11,5	120	17,4	35	19,1	20,0	7,9
<b>Paridad</b>	3 o más	25	18,1	5	19,2	60	8,7	14	7,7	29,4	26,3
	Múltipara	95	68,8	20	76,9	401	58,2	97	53,0	19,2	17,1
	Primigestas	38	27,5	5	19,2	262	38,0	69	37,7	12,7	6,8
<b>Número de abortos</b>	Primípara	5	3,6	1	3,8	26	3,8	17	9,3	16,1	5,6
	0	111	80,4	16	61,5	569	82,6	135	73,8	16,3	10,6
	1 o más	27	19,6	10	38,5	120	17,4	48	26,2	18,4	17,2

#### 6.4.5. Resultado integrado de embarazo

Tal como se había mencionado anteriormente, se consideró como “problema” en el resultado integrado de parto el haber presentado una o más de las complicaciones analizadas (recién nacido con bajo peso o macrosómico, parto prematuro, aborto o mortinato o parto por cesárea o fórceps). De la misma manera se consideró como no tener problemas el no haber presentado ninguna de estas complicaciones.

Para el resultado integrado es mayor el porcentaje de chilenas (45,6%) que presentaron problemas que el de inmigrantes (30,8%). Del total de mujeres que presentaron problemas el 14,4%(n=65) eran inmigrantes.

Al considerar la asociación cruda entre condición migratoria y resultado integrado de parto se encontró que esta es estadísticamente significativa (valor-p=0,000, test chi cuadrado).

**Tabla 30.** Resultado integrado de parto “problema” según condición migratoria

		Condición migratoria		Total
		Chileno	Inmigrante	
Problemas	No	460	146	606
	Si	385	65	450
Total		845	211	1.056

*Chi cuadrado de Pearson=15,0334 (valor p = 0,000)*

Tanto en chilenas como inmigrantes, las mujeres que habían presentado alguna de las complicaciones analizadas más del 50% habían sido derivadas a COPAR (inmigrantes: 56,9% chilenas: 52,5%). Por el contrario, como es de esperar, en aquellas que no presentaron problemas, menos del 50% había sido derivada a COPAR (inmigrantes: 35,6% chilenas: 42,2%). (Tabla 32).

Para aquellas mujeres que fueron derivadas a COPAR la asociación entre condición migratoria y resultado integrado de parto no resultó ser estadísticamente significativa

(p-valor=0,274 test chi cuadrado), pero en el caso de las no derivadas si fue estadísticamente significativo (p-valor=0,002, test chi cuadrado).

**Tabla 31.** Resultado integrado de parto “problema” según derivación a COPAR.

<i>Derivada a COPAR</i>				<i>No derivada a COPAR</i>					
		Chileno	Inmigrante	Total			Chileno	Inmigrante	Total
Problemas	<b>Si</b>	202	37	239	Problemas	<b>Si</b>	179	28	207
	<b>No</b>	194	52	246		<b>No</b>	263	94	357
Total		396	89	485	Total		442	122	564

*Chi cuadrado de Pearson=2,589 (valor p = 0,274)*

*Chi cuadrado de Pearson=12,671 (valor p = 0,002)*

En este caso tal y como se ha observado a lo largo de los diferentes resultados de parto, salvo excepciones, son las chilenas quienes presentan mayores porcentajes de mujeres con problemas en el resultado de embarazo. Estas excepciones corresponden a mujeres con escolaridad primaria (inmigrantes: 50%, chilenas: 35,9%), mujeres sin previsión de salud (inmigrantes: 26,8%, chilenas: 20,0%) y con riesgo biopsicosocial severo (inmigrantes: 50%, chilenas: 40,9%). (Tabla 33).

**Tabla 32.** Presencia de factores de riesgo y uso de controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según resultado integrado de embarazo

		Resultado integrado de parto (Presencia de problemas)				Resultado integrado de parto (Sin problemas)				% Recién nacidos con alguno de los problemas analizados	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Riesgo biopsicosocial</b>	Leve	98	25,5	22	33,8	134	29,1	57	39,0	42,2	27,8
	Moderado	59	15,3	14	21,5	68	14,8	30	20,5	46,5	31,8
	Severo	27	7,0	2	3,1	39	8,5	2	1,4	40,9	50,0
<b>Síntomas depresivos</b>	Sin Riesgo	201	52,2	27	41,5	219	47,6	57	39,0	47,9	32,1
	Si	114	29,6	23	35,4	137	29,8	41	28,1	45,4	35,9
	No	265	68,8	39	60,0	318	69,1	102	69,9	45,5	27,7
	No Aplicado	5	1,3	0	0,0	4	0,9	1	0,7	55,6	0,0
<b>Planificación del embarazo</b>	Sin información	1	0,3	3	4,6	1	0,2	2	1,4	50,0	60,0
	No	216	56,1	45	69,2	293	63,7	93	63,7	42,4	32,6
	Si	127	33,0	19	29,2	131	28,5	49	33,6	49,2	27,9
	Sin información	42	10,9	1	1,5	36	7,8	4	2,7	53,8	20,0
<b>Trasladada desde otro centro</b>	Si	21	5,5	7	10,8	23	5,0	10	6,8	47,7	41,2
	No	364	94,5	58	89,2	437	95,0	136	93,2	45,4	29,9
<b>Ingreso tardío a controles</b>	Si	119	30,9	38	58,5	153	33,3	93	63,7	43,8	29,0
	No	266	69,1	27	41,5	307	66,7	53	36,3	46,4	33,8
<b>Número de controles</b>	1	28	7,3	3	4,6	6	1,3	2	1,4	82,4	60,0
	2 - 7	182	47,3	29	44,6	160	34,8	67	45,9	53,2	30,2
	8 o más	164	42,6	32	49,2	279	60,7	75	51,4	37,0	29,9
	Sin información	11	2,9	1	1,5	15	3,3	2	1,4	42,3	33,3
<b>Derivación a COPAR</b>	Si	202	52,5	37	56,9	194	42,2	52	35,6	51,0	41,6
	No	179	46,5	28	43,1	263	57,2	94	64,4	40,5	23,0
	Sin información	4	1,0	0	0,0	3	0,7		0,0	57,1	-

**Tabla 33.** Características sociodemográficas y antecedentes Gineco – obstétricos, presencia de factores de riesgo y asistencia a controles de salud de las embarazadas chilenas e inmigrantes, según resultado integrado de embarazo.

		Resultado integrado de parto (Presencia de problemas)				Resultado integrado de parto (Sin problemas)				% Recién nacidos con alguno de los problemas analizados	
		Chileno		Inmigrante		Chileno		Inmigrante		Chileno	Inmigrante
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Edad</b>	18 o menos	44	11,4	3	4,6	72	15,7	10	6,8	37,9	23,1
	19-25	139	36,1	21	32,3	195	42,4	56	38,4	41,6	27,3
	26-30	88	22,9	20	30,8	98	21,3	40	27,4	47,3	33,3
	31-35	65	16,9	15	23,1	57	12,4	29	19,9	53,3	34,1
	36-40	38	9,9	6	9,2	35	7,6	7	4,8	52,1	46,2
<b>Escolaridad</b>	41 o más	11	2,9	0	0,0	3	0,7	4	2,7	78,6	0,0
	Primaria	42	10,9	5	7,7	75	16,3	5	3,4	35,9	50,0
	Secundaria	278	72,2	44	67,7	325	70,7	117	80,1	46,1	27,3
<b>Estado civil</b>	Superior	65	16,9	16	24,6	57	12,4	24	16,4	53,3	40,0
	Sin Escolaridad	0	0,0	0	0,0	3	0,7	0	0,0	0,0	-
	Casada o Conviviente	215	55,8	39	60,0	249	54,1	112	76,7	46,3	25,8
	Separada Viuda o Divorciada	7	1,8	0	0,0	4	0,9	0	0,0	63,6	-
	Soltera	161	41,8	26	40,0	201	43,7	33	22,6	44,5	44,1
<b>Previsión de salud</b>	Sin información	0	0,0	0	0,0	6	1,3	1	0,7	0,0	0,0
	Fonasa	381	99,0	50	76,9	453	98,5	104	71,2	45,7	32,5
	Isapre	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0,0	-
	Otra	3	0,8	0	0,0	1	0,2	1	0,7	75,0	0,0
	Sin Previsión	1	0,3	15	23,1	4	0,9	41	28,1	20,0	26,8
<b>Hijos nacidos vivos</b>	Sin información	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0,0	-
	0	166	43,1	30	46,2	173	37,6	61	41,8	49,0	33,0
	1	103	26,8	18	27,7	161	35,0	42	28,8	39,0	30,0
	2	70	18,2	10	15,4	87	18,9	30	20,5	44,6	25,0
<b>Paridad</b>	3 o más	46	11,9	7	10,8	39	8,5	13	8,9	54,1	35,0
	Múltipara	219	56,9	35	53,8	287	62,4	85	58,2	43,3	29,2
	Primigestas	145	37,7	24	36,9	160	34,8	49	33,6	47,5	32,9
<b>Número de abortos</b>	Primípara	21	5,5	6	9,2	13	2,8	12	8,2	61,8	33,3
	0	302	78,4	48	73,8	386	83,9	104	71,2	43,9	31,6
	1 o más	83	21,6	17	26,2	75	16,3	42	28,8	52,5	28,8



## **VII DISCUSION**

### **7.1 Síntesis de Resultados Principales**

Los resultados obtenidos en este estudio muestran diferencias sociodemográficas, epidemiológicas y diferentes condiciones relacionadas al embarazo y parto entre mujeres inmigrantes y mujeres chilenas.

Los análisis descriptivos se realizan comparando los grupos en sí mismos, esto debido a la existencia de datos perdidos en las variables de estudio, principalmente por los cambios de domicilios de las mujeres inmigrantes, la inasistencia a los controles posteriores al parto y/o la falta de antecedentes del parto en el control del recién nacido. Se utilizó el estadístico chi cuadrado para establecer asociaciones o independencia de las variables analizadas, pero no el sentido ni la magnitud de la asociación.

Del total de mujeres en control de embarazo el 20,4% corresponde a mujeres inmigrantes, de las 260 mujeres el 80,8% provienen de Perú. El mayor número es usuaria del CESFAM Recoleta. Lo que podría explicarse dada la cercanía de ese establecimiento de salud del centro de Santiago, la Vega Central, el Mercado y el ser una comuna de residencia para un gran número de inmigrantes. Debido al reducido tamaño muestral y a que la mayoría de las mujeres provienen de Perú es que se realizó análisis solo a nivel descriptivo. Las mujeres provenientes de Haití son las que registraron un mayor porcentaje de derivaciones a COPAR y sobre el 50% presentaba un embarazo no planificado.

El análisis de los datos permite rechazar la hipótesis de estudio que afirma que las mujeres embarazadas inmigrantes presentan mayor prevalencia de parto prematuro, recién nacidos con bajo peso, tipo de parto cesárea o fórceps que las chilenas, excepto para aborto o mortinato. A diferencia de lo que ocurre con mujeres

inmigrantes en otros países del mundo como América del Norte y Europa, en Chile las mujeres tienden a asimilar el comportamiento reproductivo de las chilenas, incluso en algunos casos presentan menos proporción de partos prematuros y cesáreas, a pesar de ingresar tardíamente a los controles.

La existencia de diferencias significativas en escolaridad primaria y estado civil, muestran que las mujeres inmigrantes presentan ciertas condiciones favorables respecto a las chilenas, pero esta asociación no establece si corresponden a factores de protección para dicho grupo.

En las mujeres inmigrantes menores de 18 años, se observa un porcentaje menor de embarazo respecto de las chilenas (5,8% y 13,8% respectivamente), lo que resultó estadísticamente significativo.

El porcentaje de mujeres con estudios secundarios o superiores, es relativamente mayor en mujeres inmigrantes y se mantiene al estratificar por edad, lo que pudiera sugerir un mayor nivel educacional, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Los antecedentes de abortos anteriores al embarazo actual se presentan con mayor frecuencia en el grupo de inmigrantes que en el de las chilenas, (29% y 18% respectivamente), lo que es estadísticamente significativo. Del total de mujeres inmigrantes con 6 o más gestaciones el 100% presentaba antecedentes de abortos anteriores, mientras que el grupo de las chilenas el 71%. Debido a que se desconoce los años de residencia en Chile de las mujeres inmigrantes es difícil saber si el número de abortos se explica por la falta de redes de apoyo o familiares, si se produjo de manera espontánea o inducida o si está relacionado a la edad de la madre al momento del aborto entre otros (23).

Con relación a la previsión de salud, llama la atención el alto porcentaje de mujeres inmigrantes sin previsión, las que alcanzan un 29% (n=75), sobre todo teniendo en consideración que un 99% de las mujeres chilenas se encuentran afiliadas al sistema público de salud (FONASA) (n=996). Al parecer el hecho de no contar con previsión de salud no dificulta el acceso a servicios de salud, esto debido a que la legislación chilena facilita el acceso a mujeres inmigrantes indocumentadas, lo que no debiera generar discriminación entre los grupos.

El ingreso tardío a los controles de salud después de las 14 semanas de gestación, se observa en mayor número en el grupo de mujeres inmigrantes, incluso al estratificar por la variable traslado desde otro centro de salud. El 63,1% de las mujeres inmigrantes comenzó sus controles después de las 14 semanas, mientras que en el grupo de las chilenas este porcentaje es 33,4%, esta diferencia es estadísticamente significativa. Esta diferencia se mantiene incluso al comparar aquellas mujeres que comenzaron sus controles en los establecimientos de salud donde estaban inscritas, es decir no fueron trasladadas desde otro CESFAM o Institución de salud, donde el grupo de mujeres inmigrantes ingresa después de las 14 semanas.

Existe asociación entre condición migratoria y peso del recién nacido, la proporción de niños con bajo peso es mayor en las chilenas, así como ha ocurrido con otras variables de estudio al estratificar por derivación a COPAR, más del 50% de las mujeres había sido derivada, pero en esta situación son las mujeres inmigrantes las que presentan más hijos con bajo peso (menor a 2.500 gr.). Respecto a la planificación del embarazo, son las mujeres inmigrantes las que presentan más hijos con bajo peso o macrosómicos cuando fue planificado, mientras que en las chilenas esto ocurre cuando el embarazo no fue planificado.

De los 349 partos por cesárea o fórceps solo el 15,8% corresponde a mujeres inmigrantes, lo que resultó ser significativo, excepto cuando las mujeres presentan

escolaridad baja, son solteras y trasladadas desde otros establecimientos, donde esta situación se invierte. Así mismo se encontró asociación entre parto prematuro y condición migratoria, pero al estratificar por derivación a COPAR no hay evidencia que permita establecer independencia entre ambas variables.

## **7.2 Contraste de resultados con la evidencia internacional y nacional**

Las diferencias en los resultados obtenidos en diversas variables de estudio entre mujeres inmigrantes y mujeres chilenas se presentan también en la literatura nacional e internacional. A diferencia de lo que ocurre en muchos países de América y Europa, en Chile la normativa vigente resguarda y asegura el acceso universal al control de embarazo en mujeres inmigrantes, independiente de su condición migratoria(98). La cercanía geográfica y proximidad histórica y cultural de las mujeres sudamericanas facilitaría la adquisición de patrones sexuales y reproductivos, así como la utilización de los servicios de salud públicos (23). A pesar que en este estudio el número de mujeres inmigrantes provenientes de Haití y países donde no se habla español es bajo, la barrera del idioma pudiera generar dificultades en el acceso a los servicios de salud y en los controles de embarazo(99).

A pesar que este estudio no tenía como objetivo conocer la relación entre funcionarios y usuarias del sistema, existe en la literatura información que menciona ciertas dificultades al acceso asociadas principalmente al trato y a negar la atención por no contar con documentación chilena o bien estar en condición irregular (11)(12), lo que podría explicar el ingreso tardío a los controles de salud de las mujeres inmigrantes después de las 14 semanas de gestación. En general el número de controles prenatales para ambos grupos fue similar, más de la mitad de las mujeres presenta 7 o más controles de embarazo (inmigrantes 58,0% y chilenas 56,6%), número adecuado según protocolos internacionales y del MINSAL para embarazos sin riesgo (100)(101)(102). El 44,8% de las mujeres chilenas e inmigrantes presentan menos de 7 controles, y el 70,7% en el grupo que ingresó

trasladadas desde otro establecimiento (chilenas e inmigrantes), pero no es posible determinar si presentan un número adecuado ya que se desconoce el número de controles previos.

El menor porcentaje de embarazo adolescente en mujeres inmigrantes respecto de las chilenas, es una situación que se ha observado en otros estudios en Chile, presentando un menor riesgo las mujeres inmigrantes menores de 18 años (10). Pero no es posible determinar en las mujeres embarazadas inmigrantes multíparas entre 19 y 25 años, si los embarazos anteriores se produjeron cuando eran adolescentes.

En relación al riesgo de presentar complicaciones asociadas al embarazo, no existe una asociación significativa entre ser chilena o inmigrante, en ambos grupos más del 40% de las mujeres fueron derivadas a COPAR durante el período de gestación. Del total de derivaciones, 546 casos, el 19,6% eran inmigrantes, la mayoría casadas o convivientes, con alto nivel de escolaridad y multíparas. Los diagnósticos más frecuentes son: hipertensión arterial y diabetes gestacional.

Es difícil determinar si existe riesgo asociado a presentar complicaciones en el grupo de las mujeres inmigrantes como mencionan varios estudios (18)(21)(103) ya que se desconoce el tiempo de permanencia en Chile, lo que podría indicar un aumento en las complicaciones en mujeres con varios años de residencia, ya que perderían el efecto del migrante sano (17).

En mujeres inmigrantes se registraron un total de 3 abortos o mortinatos, correspondientes al 1,4% de las mujeres de las que se tenía información sobre esta variable, mientras que en las chilenas se registraron un total de 30 abortos o mortinatos, equivalentes al 3,5% de las mujeres de las que se tenía información del término del embarazo, de estas 33 mujeres no se tiene información respecto al tipo de parto, edad gestacional, ni peso al nacer, pero el resultado del embarazo en

aborto o mortinato sería independiente de la condición migratoria, lo que difiere de los resultados de otros estudios (23)(104). Además se observa asociación entre presentar aborto o mortinato en aquellas mujeres que no fueron derivadas a COPAR por no presentar patologías de riesgo asociadas, lo que supondría que el estar en control con equipos de salud en establecimientos de mayor complejidad como los hospitales, disminuiría la posibilidad de presentar un aborto o un mortinato.

Además de los diagnósticos antes mencionados, existen otros factores que pudieran implicar un riesgo para el embarazo actual, como presencia de síntomas depresivos, planificación del embarazo y riesgo biopsicosocial. Este último se obtiene al aplicar la encuesta EpSA durante el control prenatal, evaluación que detecta de manera precoz factores de riesgo que pudieran generar un impacto negativo en el desarrollo del niño o niña durante la gestación y posterior al nacimiento. A pesar que existe diferencia significativa en la presencia de riesgo entre mujeres inmigrantes y chilenas, no es posible asegurar que la categorización leve moderado y severo se obtenga con los mismos criterios entre los cuatro equipos de salud.

### **7.3 Fortalezas y limitaciones del estudio**

Una de las principales fortalezas del estudio, fue realizarlo en una comuna con una gran población inmigrante que vive y trabaja en el sector. Pero se observa que el número de mujeres inmigrantes en control es mayor en aquellos establecimientos cercanos al comercio, a las avenidas principales y facilidad de acceso vía Metro. Una de las limitaciones de esta investigación es que solo incluye una comuna de la RM.

El programa de Salud de la mujer en Chile, utiliza los mismos registros estadísticos a nivel nacional, esto favorece la homogeneidad de la información entregada por los establecimientos de salud, pero existen otros datos como riesgo biopsicosocial,

motivo de derivación a COPAR o patologías asociadas que se completan en planillas de elaboración propia de los equipos, lo que pudiera generar información muy general que dificulte la comparación entre establecimientos.

En la comuna de Recoleta existen 5 establecimientos de Salud, uno de ellos, Cristo Vive pertenece a una fundación y las mujeres embarazadas que se controlan en ese Centro no fueron incluidas en el estudio. El principal motivo fue utilizar información de establecimientos que comparten la misma administración, tipo de gestión y organización interna, si bien es cierto Cristo Vive se rige por la normativa vigente de MINSAL, esto no asegura que existan diferencias en la manera de abordar ciertos riesgos en la población, asociado principalmente a la gestión sanitaria de la población a cargo.

De los cuatro establecimientos de salud municipal de los que se obtuvieron datos, el que presenta la mayor cantidad de mujeres inmigrantes en control de embarazo es el CESFAM Recoleta, seguido por el Quinta Bella (172 y 58 respectivamente). Si se considera la base original de datos con un total de 1.564 ingresos, el CESFAM Recoleta presentaba 248 mujeres inmigrantes bajo control de embarazo de un total de 563 y Quinta Bella 59 mujeres inmigrantes de 453. En el CESFAM Recoleta es donde se observa la mayor pérdida de datos de mujeres inmigrantes (76 sujetos), esto debido a que no presentan información en las variables de estudio. Esto ocurre en 55 mujeres del total de la muestra final de 1.272 mujeres, que se trasladaron a otro establecimiento antes del parto y 138 que no asistió luego del parto. Se desconoce los motivos de la inasistencia y no fue posible conseguir dichos datos perdidos.

Es importante transparentar y considerar las limitaciones y el posible sesgo de información que las variables número de hijos, escolaridad, estado civil, antecedentes de abortos, traen consigo, ya que la información se obtiene por autoreporte y homologación del nivel de escolaridad en el país de origen al modelo

educacional chileno, que realizan las y los matrones al momento de ingreso al programa de salud de la mujer.

La pauta de evaluación EpSA, es un instrumento de nueve preguntas, con ítems como presencia de síntomas depresivos, abuso de sustancias, violencia, edad, escolaridad entre otros y según los resultados por pregunta se priorizan intervenciones. Si bien es cierto cada pregunta tiene un valor, la priorización se realiza de acuerdo a la gravedad del ítem evaluado y no necesariamente a la sumatoria total de la pauta. Por consenso de los equipos de salud y para optimizar las intervenciones, se acordó asignar el total del puntaje a las categorías leve, moderado y severo. Esto pudiera generar diferencias en futuros estudios relacionados a embarazo al momento de comparar los resultados con establecimientos de otras comunas, incluso con el CESFAM Cristo Vive.

#### **7.4 Implicancias de los resultados de este estudio para la práctica clínica**

A pesar de existir diferencias en el control del embarazo y resultado de parto entre mujeres inmigrantes y chilenas, las primeras tienden a homogenizar su comportamiento reproductivo, lo que se ve favorecido por el proceso de aculturación, sin embargo aún quedan temas legislativos pendientes que protejan la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes, como el derecho a la salud intercultural con respeto y resguardo a las creencias y costumbres que las mujeres y sus familias traen consigo y que no difieren de lo que hoy se intenciona desde la política pública en grupos como pueblos indígenas. Así como se ha desarrollado en otros sistemas sanitarios con modelos de salud pluriculturales(105).

Si bien es cierto la legislación chilena resguarda el acceso a salud de población inmigrante tales como: niños, jóvenes menores de 18 años y mujeres embarazadas, independiente de su condición migratoria y aquellos que no cuentan con recursos o



son indigentes (106) esto no garantiza el respeto a las costumbres y creencias culturales relacionadas al embarazo y parto.

Este estudio contribuye a conocer el comportamiento reproductivo de las mujeres inmigrantes respecto al de las chilenas, y comparar los resultados entre ellas, pero se requiere de estudios que comparen este comportamiento con mujeres de otras comunas del país, donde también existen grupos numerosos de inmigrantes de distintas nacionalidades y grupos más favorecidos económicamente beneficiarios de seguros privados.

Es un aporte a los equipos de salud, especialmente del Sistema Público de Salud, pues caracteriza a mujeres que por su condición migratoria, y período de embarazo presentan algún grado de vulnerabilidad, permitiendo desarrollar con mayor pertinencia territorial estrategias para el ingreso y control del embarazo.

A pesar que las mujeres migrantes presentan en menor proporción embarazos de pre término, hijos con bajo peso y partos por cesárea o fórceps respecto de las chilenas, existen en el grupo de las migrantes mayores porcentajes de mujeres con escolaridad primaria, sin previsión de salud y riesgo biopsicosocial severo, por lo tanto, es relevante para el país continuar trabajando en la generación de políticas públicas que favorezcan y aseguren mejores condiciones de vida, vivienda y trabajo para este grupo, y de esta manera resguardar la salud, así como aquellos aspectos relacionados con la calidad de vida y óptimo nivel de salud.

## VIII CONCLUSION

La relación que existe entre estatus migratorio y resultado de embarazo y parto (parto prematuro, RN bajo peso de nacimiento, tipo de parto cesárea o fórceps, aborto o mortinato) resultó ser significativa, excepto para resultado de embarazo en aborto o mortinato. Al comparar el resultado integrado de estas variables se encontró que existe asociación entre ellas y la condición migratoria. Pero no se establece si esta asociación representa una condición de riesgo o de protección para el grupo de inmigrantes.

Las mujeres inmigrantes tienen una media de edad de 26,9 años versus los 25,8 de las chilenas, poseen estudios secundarios, están casadas o conviven en mayor proporción que las chilenas, en ambos grupos cerca del 42% no tiene hijos nacidos vivos, el 80% proviene de Perú, y solo un 70% pertenece al seguro público de salud.

Al comparar los grupos en sí mismos, son las mujeres inmigrantes las que presentan más antecedentes de abortos que las chilenas (29% y 18% respectivamente), pero son más las chilenas las que se embarazan por primera vez (86,8% chilenas y 75,9% inmigrantes), así también son las chilenas las que presentan más derivaciones a COPAR principalmente por hipertensión arterial y diabetes tipo II o gestacional, pero en riesgo biopsicosocial son las mujeres inmigrantes quienes presentan mayor proporción de riesgo.

Respecto a ingreso tardío a los controles, son las mujeres inmigrantes quienes ingresan en mayor proporción después de las 14 semanas (63,1% inmigrantes y 33,4% chilenas), y son ellas además quienes presentan más de 7 controles durante el embarazo respecto de las chilenas (68,5% y 55,3% respectivamente), el 33,0% de las chilenas planificó su embarazo y en las inmigrantes el 31,9%.

## IX Bibliografía.

1. United Nations. World Migration Report 2003: Managing Migration - Challenges and Responses for People on the Move. [Internet].2003. [citado 14 Mar 2014]. Disponible en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2003.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2003.pdf)
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2006. Hacia la esperanza: las mujeres y la migración internacional. [Internet]. 2006. [citado 14 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/sowp06-sp.pdf>
3. United Nations. International Migration Report: Age and Sex Distribution [Internet]. 2013 Sep [citado 6 Mar 2014];2013(4):32–5. Disponible en: [http://www.un.org/en/ga/68/meetings/migration/pdf/InternationalMigration2013\\_AgeandSexDistribution.pdf](http://www.un.org/en/ga/68/meetings/migration/pdf/InternationalMigration2013_AgeandSexDistribution.pdf)
4. Stefoni C. Inmigrantes en Chile. Una integración diferenciada al mercado laboral. Migración y políticas sociales en América Latina. Santiago. Chile: SOPLA, Konrad Adenauer; 2009. p. 2–28.
5. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, Gideon J. Changing patterns of migration in Latin America: how can research develop intelligence for public health? Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 Jul [citado 14 Ago. 2014];34(1):68–74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24006023>
6. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K, 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 [Internet]. 2012 Jan [citado 14 Ago. 2014] ;11:68. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3541972&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
7. Cabieses B, Pickett K, 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 [Internet]. BMC Public Health; 2012 Jan [citado 14 Ago. 2014];12(1):1013. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3537744&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
8. Zitko Melo P, Cabieses B. Socioeconomic determinants of disability in Chile. Disabil Health J [Internet]. 2011 Oct [citado 18 Ago. 2014];4(4):271–82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22014675>

9. Vázquez R. Impacto de las migraciones en Chile: Nuevos retos para el pediatra. ¿ Estamos preparados? Rev Chil pediatría [Internet]. 2009 [citado 14 Mar. 2014];80(2):161–67. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062009000200009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000200009)
10. Castillo C, Vázquez R. Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago Rev Chil pediatría [Internet]. 2012, [citado 14 Mar. 2014];83(4):366–70. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062012000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
11. Demoscopica, Ministerio de Salud, Organización Internacional para las Migraciones. Informe final: Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana. Este estudio ha sido patrocinado por la Organización Internacional para las Migraciones [Internet]. Santiago de Chile; 2009 [citado 14 Mar. 2014]. p. 162. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71841d2e91f518a1e04001011f015cc6.pdf>
12. Nuñez N, Torres C. Mujeres migrantes peruanas y salud reproductiva. Usuarías de consultorios de salud de la Zona Norte de la Región Metropolitana. Fundación Instituto de la Mujer. [Internet]. Santiago de Chile; 2007. [citado 14 Mar. 2014]. p. 44. Disponible en: [http://www.insmujer.cl/Estudio\\_Mujeres\\_migrantes.pdf](http://www.insmujer.cl/Estudio_Mujeres_migrantes.pdf)
13. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Organización Internacional para las Migraciones, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile. [Internet]. Santiago de Chile; 2012. [citado 14 Ago. 2014]. p. 277. Disponible en: [http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc\\_wp/NINOS MIGRANTES baja.pdf](http://www.unicef.cl/web/wp-content/uploads/doc_wp/NINOS_MIGRANTES_baja.pdf)
14. Alvarado R. Salud mental en inmigrantes. Rev Chil Salud Pública. [Internet]. 2008; [citado 14 Mar. 2014];12(1):37–41. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2075/1920>
15. Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile. Informe final (versión abreviada). Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la Zona Norte de la Región Metropolitana. [Internet]. Santiago de Chile; 2008. [citado 17 Ago. 2014]. p. 112. Disponible en: [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud\\_inmigrante/informefinal.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_inmigrante/informefinal.pdf)

16. Yañez S, Cardenas M. Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile. *Acculturation Strategies , Indicators of Mental Health and Psychological Well-Being in a group of South American immigrant*. *Rev Salud y Soc*. [Internet].2010; [citado 14 Ago. 2014] (1):51–70. Disponible en: <http://www.saludysociedad.cl/index.php/main/article/view/10/24>
17. Cabieses B. La Compleja Relación Entre Posición Socioeconómica, Estatus Migratorio y Resultados de Salud. *Value Heal Reg Issues* [Internet]. Elsevier; 2014 Dec [citado 14 Sep. 2014];5:1–6. Disponible en: <http://www.linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2212109913001519>
18. Almeida L, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J* [Internet]. 2013 Oct [citado 14 Mar. 2014];17(8):1346–54. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23334357>
19. Wolff H, Epiney M, Lourenco A, Costanza M, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health* [Internet]. 2008 Jan [citado 3 Sep. 2014];8:93. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2323378&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
20. Almeida L, Santos C, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Dias S. Obstetric care in a migrant population with free access to health care. *Int J* [Internet]. 2014 Sep [citado 14 Sep. 2014];126(3):244–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24852705>
21. Dalfrà M, Ragazzi E, Masin M, Bonsembiante B, Cosma C, Barison A, et al. Pregnancy outcome in immigrant women with gestational diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol* [Internet]. 2011 Jun [citado 8 Sep. 2014];27(6):379–83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528567>
22. Corosu R, Fedeli A, Rossetti A, Mancino P. Pregnancy in immigrant women. *Clin Exp Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 Jan [citado 17 Ago. 2014];33(3):169–73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17089582>
23. Portilla N, Rojo C. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enfermería Glob* [Internet]. 2011 [citado 8 Sep. 2014];359–71. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/132111/122511>

24. Shellman L, Beckstrand R, Callister L, Luthy K, Freeborn D. Postpartum depression in immigrant Hispanic women: A comparative community sample. *J Am Assoc Nurse Pr.* [Internet]. 2014 Sep [citado 14 Sep. 2014];26(9):488-97. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24574046>
25. Lee L, Chen J, Chen C. Immigrant women & postpartum depression [Chinese]. *J Nurs.* [Internet]. 2010 Feb [citado 18 Ago. 2014];57(1):106-12. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20495458>
26. Fung K, Dennis CL. Postpartum depression among immigrant women. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2010 Jul [citado 14 Sep. 2014];23(4):342-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20495458>
27. Santiago M, Figueiredo M. Immigrant Women's Perspective on Prenatal and Postpartum Care: Systematic Review. *Immigr Minor Heal* [Internet]. 2013 Sep 20 [citado 14 Sep. 2014]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24052479>
28. Salvador S, Bertozzi S, Londero AP, Driul L, Da Riol R, Marchesoni D. [Outcome of pregnancy for immigrant women: a retrospective study]. *Minerva Ginecol* [Internet]. 2010 Aug [citado 14 Mar. 2014];62(4):277-85. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20827245>
29. Meints L, Chescheir N. Screening for infectious diseases in pregnant, foreign-born women from multiple global areas. *J Reprod Med* [Internet]. 2010 Sep-Oct [[citado 14 Sep. 2014];55(9-10):382-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21043363>
30. Roca C, Balanzó X de. Enfermedades importadas en inmigrantes: mito y realidad Imported diseases in immigrants: myth and reality. *dialnet.unirioja.es* [Internet]. 2006 [citado 14 Mar. 2014];29(1):139-44. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985794>
31. Organización Internacional para las Migraciones. Glosario sobre Migración. [Internet]. Ginebra; 2006;7:92. Disponible en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_7\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_7_sp.pdf)
32. Massey D, Arango J, Hugo G, Kouaouci A, Pellegrino A, Taylor J. Theories of International A Review Migration : and Appraisal. *Population Eng Ed* [Internet] 2011 [citado 17 Mar. 2014];19(3):431-66. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2938462> .

33. Perez R. Los efectos de la Migración. Ethos Gub [Internet]. 2007 [citado 14 Mar. 2014];111–23. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/1555-8746/2007/vn4/a111-123-1.pdf>
34. Durand J, Massey D. Clandestinos . Migración México-Estados Unidos en los albores del siglo XXI. [Internet]. México:Colección América Latina y el Nuevo Orden Mundial. 2003. Capítulo 1, Los enfoques teóricos: una síntesis; [citado 6 Mar. 2014];11-43. Disponible en: [http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/libro\\_clandestinos\\_2003/capitulo1.pdf](http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/modules/libro_clandestinos_2003/capitulo1.pdf)
35. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo 2010. [Internet]. Santiago de Chile; 2013. Disponible en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2010\\_spanish.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2010_spanish.pdf)
36. Entrena-Durán F. Migraciones globales y reterritorialización de los espacios locales: una aproximación tridimensional. Papeles de población [Internet]. 2012 [citado 7 Mar. 2014];18(72):9–38. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11223536002.pdf>
37. Organización Internacional para las Migraciones. Las Migraciones Internacionales : Análisis y perspectivas para una Política Migratoria. Santiago de Chile; 2003. Report No.: 02.
38. León A. Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. Rev Trab Soc [Internet]. 2005. [citado 7 Mar. 2014];(7):59–76. Disponible en: [http://www.redadultosmayores.com.ar/Material2013/Migraciones/11 Teorias y conceptos asociados a las migraciones Micolta Leon.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/Material2013/Migraciones/11%20Teorias%20y%20conceptos%20asociados%20a%20las%20migraciones%20Micolta%20Leon.pdf)
39. Agar L, Saffie N. Migraciones, salud y globalización: entrelazando miradas [Internet]. Santiago de Chile; 2010. [citado 14 Ago. 2014] 220 p. Disponible en: [https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http://xa.yimg.com/kq/groups/4842518/635300632/name/Migraciones,+Salud+y+Globalizaci%C3%B3n+2010.pdf&ei=YwAYUoXFFKaRiAK7u4DQAQ&usg=AFQjCNFe0mAe\\_yXdbq5xxMgm2q6vBtjC0A&sig2=PQ4](https://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http://xa.yimg.com/kq/groups/4842518/635300632/name/Migraciones,+Salud+y+Globalizaci%C3%B3n+2010.pdf&ei=YwAYUoXFFKaRiAK7u4DQAQ&usg=AFQjCNFe0mAe_yXdbq5xxMgm2q6vBtjC0A&sig2=PQ4)
40. Organización Internacional para las Migraciones. La Migración en un Mundo Globalizado. [Internet].2003. [citado 14 Mar. 2014] Disponible en: [https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about\\_iom/es/council/86/MCINF\\_268.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/es/council/86/MCINF_268.pdf)

41. Millán J. Democracia, migraciones globales y gobernabilidad en América Latina y el Caribe: perspectivas y retos. Barbarói [Internet]. 2009 [citado 7 Sep. 2014];159–69. Disponible en: <http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/14807.pdf>
42. Mora C. Globalización , Género y Migraciones. Rev P. [Internet].2008; [citado 14 Mar. 2014];7(20):285–97. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/polis/v7n20/art15.pdf>
43. Organización Internacional para las Migraciones. Rutas y dinámicas migratorias entre los países de América Latina y el Caribe ( ALC ), y entre ALC y la Unión Europea. [Internet]. Bruselas; 2012. [citado 6 Mar. 2014] Disponible en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/rutas\\_migratorias\\_final.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/rutas_migratorias_final.pdf)
44. Blanco C. Las migraciones contemporáneas. Papers Rev Sociol. [Internet]. 2000 [citado 18 Mar. 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/154617283/Cristina-Blanco-Las-migraciones-contemporaneas>
45. Arango J. Las“ leyes de las migraciones” de EG Ravenstein, cien años después. Rev Esp Invest Sociol [Internet]. 1985 [citado 18 Mar. 2014];32:7–26. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/40183172>
46. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. PLoS Med [Internet]. 2011 May [citado 29 Ene. 2014];8(5):e1001034. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3101201&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
47. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Migración Internacional , derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe. [Internet]. Uruguay; 2006. Síntesis y conclusiones. 2006. [citado 14 Mar. 2014];2303: 62. Disponible en: [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/24020/DGE-2303\(SES.31-11\)-Migracion-Web.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/24020/DGE-2303(SES.31-11)-Migracion-Web.pdf)
48. Stefoni C. Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante. [Internet]. La construcción social del sujeto migrante en América Latina Prácticas, representaciones y categorías CLACSO,FLACSO, Universidad Alberto Hurtado, Govern de les Illes Balears. 2011. Primera Parte. [citado 4 Sep. 2014]; 79-109. Disponible en: <http://www.flacso.org.ec/portal/publicaciones/detalle/la-construccion-social-del-sujeto-migrante-en-america-latina.3880>.



49. Salgado de Snyder N, González-Vázquez T, Infante-Xibille C, Márquez-Serrano M, Pelcastre-Villafuerte B, Serván-Mori E. Servicios de salud en la Mixteca: utilización y condición de afiliación en hogares de migrantes y no-migrantes a EU. *Salud pública Méx* [Internet]. 2010 Oct [citado 21 Mar. 2014]; 52(5): 424-431. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000500010&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000500010&lng=es).
50. Nigenda G, Ruiz-Larios J, Bejarano-Arias R, Alcalde-Rabanal E, Bonilla-Fernández P. Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud pública Méx* [Internet]. 2009 Oct [citado 21 Mar. 2014]; 51(5): 407-416. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000500008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000500008&lng=es)
51. Organización Internacional para las Migraciones. Informe sobre las migraciones en el mundo 2013. [Internet] Ginebra; 2013. [citado 17 Mar. 2014] Disponible en: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2013\\_sp.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2013_sp.pdf)
52. Organización Internacional para las Migraciones. Panorama migratorio de América del Sur 2012 [Internet]. Buenos Aires; 2012. [citado 6 Mar. 2014]. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Panorama+Migratorio+de+América+del+Sur#0>
53. United Nations. International Migration 2013: Age and Sex Distribution. 2013. Population Facts. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. [Internet] Sept. 2013; 2013/4; 1–3. [citado 6 Mar. 2014]. Disponible en: [http://esa.un.org/unmigration/documents/PF\\_age\\_migration\\_FINAL\\_10.09.2013.pdf](http://esa.un.org/unmigration/documents/PF_age_migration_FINAL_10.09.2013.pdf)
54. Lage Picos A, Reseña "Historia de las migraciones internacionales. Historia, geografía, análisis e interpretación" de LACOMBA, JOSEP. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales* 2010 [Internet]. 19; 298-300. [citado 28 Mar. 2014]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297126345015>.
55. United Nations. International Migration Report 2013 [Internet]. New York: UN 2013; [citado 6 Mar. 2014]. 2013;32–5. Disponible en: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrationreport2013/Full\\_Document\\_final.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/migration/migrationreport2013/Full_Document_final.pdf)

56. Cano V, y Soffia M. Los estudios sobre migración internacional en Chile: apuntes y comentarios para una agenda de investigación actualizada. [Internet]. Papeles de población. 2009. [citado 14 Mar. 2014];15(61):129–67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11211806007.pdf>
  
57. Ministerio de Relaciones Exteriores. Chilenos en el exterior. Dónde viven, cuántos son y qué hacen los chilenos en el exterior. Regist Chil en el Exterior 2003-2004. [Internet]. 2005;245. [citado 7 Oct.. 2016]; Disponible en: <http://www.chilesomostodos.gov.cl/wp/wp-content/uploads/2015/07/Registro-de-Chilenos-en-el-Exterior-2003-2004.pdf>
  
58. Stefoni C. Seguridad Humana e Inmigracion en ALC .Revista de la facultad de ciencias humanas y educación. Chile 2005; [citado 7 Sep. 2014]; 7(7): 99-110.
  
59. Mónica Burgos, Tatiana P. Atención en salud para migrantes : un desafío ético. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2011 mai-jun. [citado 18 Ago. 2014];64(3):587–91. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a25.pdf>
  
60. Cortés P. Mujeres migrantes de America latina y el Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades. [Internet ]. Santiago. Chile: Naciones Unidas; 2005. [citado 19 Ago. 2014]. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7200/S05933\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7200/S05933_es.pdf?sequence=1)
  
61. Mora L. Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos. [Internet ]. En: Derechos humanos y trata de personas en las Américas: Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional; Nov 20-22 2002; Santiago. Chile. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Organización Internacional para las Migraciones. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2003 [citado 7 Sep. 2014]; 34-7. Disponible en: [http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/14569/lcl2012\\_P.pdf](http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/14569/lcl2012_P.pdf)
  
62. García-Corrochano L, Stefoni C, Riveros E, Vasquez T. Generación de Diálogo Chile-Perú / Perú- Chile: documento 4: aspectos migratorios [Internet]. Perú: Konrad Adenauer, Instituto de Estudios Internacionales, Universidad de Chile; 2013 [citado 7 Sep. 2014]. Disponible en: <http://www.libros.uchile.cl/273>
  
63. Organización Internacional para las Migarciones. Perfil migratorio de Chile. [Internet]. Chile; 2012. [citado 7 Sep. 2014]. Disponible en: [http://priem.cl/wp-content/uploads/2015/04/Stefoni\\_Perfil-Migratorio-de-Chile.pdf](http://priem.cl/wp-content/uploads/2015/04/Stefoni_Perfil-Migratorio-de-Chile.pdf)

64. Programa Acceso a la Atención de Salud a Personas Inmigrantes. Resolución Exenta N° 1266, Ministerio de Salud. Subsecretaria de Redes Asistenciales. 12 de diciembre 2014.
65. Thiollier R. Estudio sobre la Migración Haitiana Región Metropolitana. I Jornada de Migración Haitiana. Instituto Católico Chileno de Migración. Sep 2009.
66. Ministerio del Interior. Departamento de Extranjería y Migración. Informe anual. [Internet]. 2010. [citado 7 Sep. 2014];p. 17. Disponible en: [http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/Informe Estimacion Poblacion Extranjeros 2008.pdf](http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/Informe_Estimacion_Poblacion_Extranjeros_2008.pdf)
67. Instituto Nacional de la Juventud. Magnitud y Características de la Población Inmigrante Joven en Chile. Jóvenes migrantes: Inclusion social desafíos para las políticas públicas en Juventud. Est del INJUV. Observatorio de Juventud. 2011; 5: p. 29-37.
68. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Gobierno de Chile. [Internet]. Departamento de Extranjeria. Migración en Chile 2005 - 2014. 2016;p.196. [citado 6 Oct. 2016]; Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2016/02/Anuario-Estadistico-Nacional-Migración-en-Chile-2005-2014.pdf>
69. Machin M. Los derechos humanos y la migración en Chile. [Internet]. Chile:2011; [citado 18 Ago. 2014].1–47. Disponible en: <http://todoscaminos.rio20.net/2012/06/03/los-derechos-humanos-y-la-migracion-en-chile/>
70. Crea el Departamento de Inmigración y Establece Normas sobre la Materia. [Internet]. Decreto con Fuerza de Ley 69/1953 de 27 de Abril, Ministerio de Hacienda. Chile. [citado 24 Ago. 2014]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=4418>
71. Establece Normas sobre Extranjeros en Chile. Decreto Ley 1094/1975 de 19 de Julio [Internet]. Ministerio del Interior. Chile. [citado 24 Ago. 2014]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/N?i=6483&f=2011-04-08&p=>
72. Aprueba nuevo reglamento de extranjería. Decreto 597.Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. [Internet]. 2000 p. 1–51. [citado 14 Ago. 2014]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/N?i=14516&f=2000-05-23&p=>
73. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. [Internet]. Santiago de Chile. Departamento de Extranjeria. Legislación Migratoria. [citado 14 Ago. 2014].

[aprox.3 pantallas]. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/permanencia-definitiva-2/>

74. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Gobierno de Chile. [Internet].Departamento de Extranjeria. Permanencia definitivas 2013. p. 2–4. [citado 07 Sep. 2014]. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2014/07/Permanencias-definitivas-otorgadas-2013.pdf>
75. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Gobierno de Chile. [Internet].Departamento de Extranjeria. Permisos de residencia temporal. 2013. [citado 07 Sep. 2014]. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/media/2014/07/Permisos-de-residencia-temporal-2013.pdf>
76. Fundación Instituto de la Mujer. Ciudadanía y protección de los derechos humanos de la población inmigrante en Chile. [Internet]. Santiago de Chile: Fundación Instituto de la Mujer; 2011. [citado 06 Mar. 2014]. Disponible en: [http://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/docs/ngos/FundacionInstitutoMujer\\_Chile15.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/docs/ngos/FundacionInstitutoMujer_Chile15.pdf)
77. Harboe F. Política Migratoria en Chile. [Internet].Ministerio del Interior. Santiago de Chile. 2008. [citado 07 Sep. 2014]. Disponible en: [http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/seminario\\_migraciones\\_13\\_11\\_08.pdf](http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/seminario_migraciones_13_11_08.pdf)
78. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. [Internet]. Desarrollo del fenomeno de las migraciones en Chile Departamento de Extranjeria. Santiago de Chile. 2002. [citado 07 Sep. 2014]. Disponible en: <http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/migraciones.pdf>
79. Imparte instrucciones sobre la "Política Nacional Migratoria". Gabinete Presidencial N° 009, Presidencia de la República (02 de Septiembre 2008).
80. Organización Internacional para las Migraciones. Los desafíos de la migraciones en Chile 2008. Santiago de Chile: OIM; 2008.
81. Atención en salud de población inmigrante en riesgo social y situación de permanencia no regular. [Internet]. ORD. A 14 N° 3229 del 11 de Junio 2008. Ministerio de Salud. Santiago de Chile; 2008. [citado 14 Sep. 2014]. Disponible en: [http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/Of\\_3229\\_MINSAL.pdf](http://www.extranjeria.gob.cl/filesapp/Of_3229_MINSAL.pdf)
82. Caballero M, Leyva-Flores R, Ochoa-Marín S, Zarco A, Guerrero C. Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. Salud pública Méx [Internet]. 2008 [citado

- 08 Sep. 2014];50(3):241–50. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000300008&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000300008&script=sci_arttext&tlng=es)
83. Organización Internacional para las Migraciones. Fundamentos de Gestión de la Migración para las Personas Encargadas de Formular Políticas y Profesionales. [Internet]. Ginebra: Departamento de Políticas e Investigación sobre Migraciones de la OIM. 2003. Volumen Dos: Desarrollo de Políticas sobre Migración. 2.7. Migración y Salud . [citado 07 Sep. 2014]; p 1-30. Disponible en:  
[http://www.crmsv.org/documentos/IOM\\_EMM\\_Es/v2/V2S07\\_CM.pdf](http://www.crmsv.org/documentos/IOM_EMM_Es/v2/V2S07_CM.pdf)
84. Gushulak B, MacPherson D. Globalization of infectious diseases: The impact of migration. Clin Infect Dis. [Internet]. 2004 [citado 14 Sep. 2014];38:1742–8. Disponible en: <http://cid.oxfordjournals.org/content/38/12/1742.full.pdf+html>
85. Organización Internacional del Trabajo. [Internet]. Suiza.: La OIT y los trabajadores migrantes c2006. [citado 20 Sep. 2014]. [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: [http://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS\\_LIM\\_295\\_SP/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_295_SP/lang--es/index.htm)
86. Harmsen JA, Bernsen RM, Bruijnzeels MA, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? Patient Educ Couns. [Internet] [resumen]. 2008 [citado 20 Sep. 2014];72:155–62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18485657>
87. Ramos JM, Masiá M, Padilla S, Escolano C, Bernal E, Gutiérrez F. Enfermedades importadas y no importadas en la población inmigrante. Una década de experiencia desde una unidad de enfermedades infecciosas.. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2011 Mar [citado 11 Sep. 2014];29(3):185–92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21349607>
88. European Academies Science Advisory Council. Impact of migration on infectious diseases in Europe. [Internet]. Londres: The Royal Society; 2007 Ago [citado 14 Sep. 2014]; 44(0):1–8. Disponible en: [http://www.easac.eu/fileadmin/PDF\\_s/reports\\_statements/Migration.pdf](http://www.easac.eu/fileadmin/PDF_s/reports_statements/Migration.pdf)
89. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Social determinants of disability among the immigrant population in Chile. J Epidemiol Community Health [Resumen]. J Epidemiol Community Health. [Internet]. 2010; [citado 08 Sep 2014];64 Suppl 1 :A58–9. Disponible en: <http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.2010.120477.64>

90. Organización Internacional para las Migraciones. [Internet]. Documento sobre la posición de la OIM con relación al bienestar sicosocial y mental de los migrantes. Ginebra: OIM; 2003.MC/INF/217. [citado 08 Sep. 2014]. Disponible en:  
[https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about\\_iom/es/council/86/MCINF\\_271.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/about_iom/es/council/86/MCINF_271.pdf)
91. Dejin-Karlsson E, Östergren PO. Country of origin, social support and the risk of small for gestational age birth. *Scand J Public Health*. [Internet]. 2004 Dec [citado 30 Oct 2014];32(6):442–9. Disponible en:  
<http://www.scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s1/original4.pdf>
92. De la Torre J, Coll C, Coloma M, et al: Control de gestación en inmigrantes An Sist Sanit Navar [Internet] 2006 [citado 06 Mar 2014];29:49–61. Disponible en:  
[http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000200005&script=sci_arttext)
93. Lee LC, Chen JY, Chen CH. Immigrant women & postpartum depression [Resumen]. *Hu Li Za Zhi*. 2010; [citado 08 Sep 2014];57(1):106–11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20127631>
94. Hullah E, Turok Y, Nauta M, Yoong W. Self-reported oral hygiene habits, dental attendance and attitudes to dentistry during pregnancy in a sample of immigrant women in North London. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2008 May [citado 30 Oct 2014];277(5):405–9. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17940783>
95. Jones ME, Bond ML. Predictors of birth outcome among Hispanic immigrant women. *Journal of nursing care quality*. 1999. [citado 20 Sep 2016]; p. 56–62. Disponible en:  
[http://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/1999/10000/Predictors\\_of\\_Birth\\_Outcome\\_among\\_Hispanic.7.aspx](http://journals.lww.com/jncqjournal/Abstract/1999/10000/Predictors_of_Birth_Outcome_among_Hispanic.7.aspx)
96. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud: Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2011 [citado 30 Oct 2014];372. Disponible en:  
<http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf>
97. Ilustre Municipalidad de Recoleta. Actualización Plan de Desarrollo Comuna Recoleta. 2013.
98. Higginbottom G, Hadziabdic E, Yohani S, Paton P. Immigrant women's experience of maternity services in Canada: a meta-ethnography. *Midwifery*;

- [Internet]. 2014 May [citado 11 Dic. 2016];30(5):544-59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23948185>
99. Higginbottom G, Safipour J, Yohani S, O'Brien B, Mumtaz Z, Paton P, et al. An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016 [citado 11 Dic. 2016];16(1):20. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/16/20>
  100. Otero M, Domínguez-Gil A. Guía Prenatal del Embarazo Normal. España: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; [Internet]. 2010. *Farm Hosp*. 2010 [citado 11 Dic. 2016];24(4):258–66. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego\\_protocolo\\_control\\_prenatal\\_2010.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf)
  101. Ministerio de Salud. Guía Clínica Perinatal. [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2015 [citado 11 Dic. 2016];466. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL\\_2015\\_%20PARA%20PUBLICAR.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf)
  102. Bertness J, Holt K.. Oral health care during pregnancy. A Resource Guide. *Aust Nurs midwifery J* [Internet]. 2013; [citado 11 Dic. 2016];21(3):42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24279096>
  103. Ray J, Vermeulen M, Schull M, Singh G, Shah R, Redelmeier D. Results of the Recent Immigrant Pregnancy and Perinatal Long-term Evaluation Study. *CMAJ*; [Internet]. 2007 [citado 11 Dic. 2016];176(6):771–6. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/176/10/1419.full.pdf+html>
  104. Montoya F, Martínez G, Gómez T, López M, Manzanares S. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Prog Obs GInecol*. [Internet]. 2008 [citado 11 Dic. 2016];51(4):215–23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-resultados-del-mal-control-del-S0304501308710793>
  105. Alarcón A, Vidal A, Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chil*. [Internet]. 2003 [citado 11 Dic. 2016];1061–5. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000900014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014)
  106. Decreto 67/2015 del 29 de mayo. Modifica Decreto N° 110 de 2004, del Ministerio de Salud, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [Internet]. 10-03-2016. [citado 9 Dic. 2016]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1088253&idVersion=2016-03-10>

## ANEXOS

ANEXO 1: Dirección Establecimientos de Salud de APS de Administración Municipal, comuna de Recoleta.

Nombre Establecimiento	Dirección
Dr. Juan Petrinovic	Juan Colipi N° 670
Quinta Bella	Justicia Social N° 185
Recoleta	Avenida Recoleta N° 740
Dr. Patricio Hevia	Los Cipreses N° 1892

ANEXO 2: Datos perdidos por variable

La tabla a continuación muestra la cantidad y porcentaje de datos perdidos, de la base para análisis, 1.272 mujeres observadas en la muestra final. Se consideró como dato perdido a toda aquella observación de la cual no se tenía información. En el caso de las variables correspondientes al resultado del embarazo (tipo de parto, edad gestacional, peso al nacer, aborto o mortinato) se consideró dato perdido cuando no se tenía la información deseada y no existía una razón para no tenerla (inasistencia, aborto, mortinato o traslado a otro centro, según corresponda)

Variable	n	%
Consultorio	0	0,0%
Edad	0	0,0%
País de origen	0	0,0%
Condición migratoria	0	0,0%
Auto reporte de escolaridad	0	0,0%
Estado civil	10	0,8%
Previsión de salud	1	0,1%
Hijos nacidos vivos	0	0,0%
Paridad	0	0,0%
Numero de gestaciones	0	0,0%
Número de partos	0	0,0%
Número de abortos	0	0,0%
Puntaje de riesgo biopsicosocial	0	0,0%
Nivel de riesgo biopsicosocial	0	0,0%
Síntomas depresivos (Escala Edimburgo)	14	1,1%



HTA	3	0,2%
Diabetes Mellitus	3	0,2%
Dislipidemia	3	0,2%
Enfermedades asociadas al embarazo	3	0,2%
Derivación a COPAR	15	1,2%
Lugar de inicio de controles	0	0,0%
Edad gestacional	0	0,0%
Ingreso tardío a controles	0	0,0%
Embarazo planificado	91	7,2%
Cantidad de controles	41	3,2%
Participación taller Chile crece contigo	21	1,7%
Tipo de parto	17	1,3%
Peso de recién nacido	10	0,8%
Edad gestacional al momento del parto	24	1,9%
Aborto o mortinato	9	0,7%
Resultado integrado de embarazo	23	1,8%

*\*Las variables categoría de peso del recién nacido y embarazo de pre término se generaron a partir de las variables peso del recién nacido y edad gestacional al momento del parto respectivamente, por lo tanto tienen la misma cantidad de datos perdidos*



## ANEXO 4: Términos relacionados con migración

<b>Concepto</b>	<b>Definición</b>	<b>Institución</b>
<b>Inmigrante</b>	Es el extranjero que ingresa al país con el objeto de radicarse. Trabajar y cumplir las disposiciones del decreto con fuerza de ley.	DFL 69-Chile 1953
<b>Migración</b>	Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos.	OIM-2006
<b>Migrante documentado</b>	Migrante que ingresa legalmente a un país y permanece en él, de acuerdo al criterio de admisión.	OIM-2006
<b>Migración internacional</b>	Movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo. Estas personas para ello han debido atravesar una frontera.	OIM-2006
<b>Migrante internacional</b>	Individuos que residen fuera de su país de origen a lo menos durante un año.	Naciones Unidas-2009
<b>Migración Irregular</b>	Personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor. No hay una definición universalmente aceptada y suficientemente clara de migración irregular. Desde el punto de vista de los países de destino significa que es ilegal el ingreso, la estadía o el trabajo, es decir, que el migrante no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ingresar, residir o trabajar en un determinado país.	OIM-2006
<b>Remesas</b>	Son sumas de dinero ganadas por los migrantes que son remitidas a sus países de origen	Naciones Unidas-2003

## ANEXO 5: Estudios relacionados con salud de inmigrantes en Chile

<b>Institución o Autor(es)</b>	<b>Nombre de estudio, informe</b>	<b>Año de publicación</b>
<b>Fundación Instituto de la mujer</b>	Mujeres Migrantes Peruanas y Salud Reproductiva. Usuarias de consultorios de salud de la zona norte de la Región Metropolitana	2007
<b>OIM-Hospital Clínico de la Universidad de Chile</b>	Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana	2008
<b>Rubén Alvarado</b>	Salud mental en inmigrantes	2008
<b>Felipe Harboe</b>	Política Migratoria en Chile	2008
<b>INCAMI</b>	Migración Haitiana Región Metropolitana	2009
<b>Demoscópica</b>	Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas locales de salud para inmigrantes en la zona norte de la región metropolitana.	2009
<b>Rodrigo Vásquez</b>	Impacto de las migraciones en Chile. Nuevos retos para el pediatra. ¿Estamos preparados?	2009
<b>Susan Yáñez y Manuel Cárdenas</b>	Estrategias de Aculturación, Indicadores de Salud Mental y Bienestar Psicológico en un grupo de inmigrantes sudamericanos en Chile	2010
<b>OIM-OPS-MINSAL</b>	Migraciones, Salud y Globalización: entrelazando miradas	2010
<b>Mónica Burgos y Tatiana Parvic</b>	Atención en salud para migrantes: un desafío ético	2010
<b>Ximena Mosquera</b>	Tesis de Grado Magister Salud Pública y Sistema de Salud, Universidad Mayor. "Evaluación de la satisfacción con el sistema de atención de salud de hombres y mujeres migrantes provenientes de Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia y Brasil que habitan en la Región Metropolitana"	2011
<b>Cabieses et al</b>	Comparing Sociodemographic Factors Associated with Disability Between Immigrants and the Chilean-Born: Are There Different Stories to Tell?	2012
<b>Rodrigo Vásquez y Carlos Castillo</b>	Embarazo y parto en madres inmigrantes en Santiago, Chile	2012
<b>Cabieses et al</b>	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	2012

ANEXO 6. Cartas de apoyo de la comuna de Recoleta para la realización de este estudio.



**CARTA DE ACEPTACION TRABAJO DE TESIS  
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE CHILE.**

Para el Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta es muy importante contar con información pertinente a nuestra población migrante, dado que somos una comuna que tiene una destacada proporción de habitantes que han venido a residir desde otros países.

Por ello es relevante para nosotros, la realización de la tesis que apunta a entregar información respecto a mujeres embarazadas y su situación de migración, la que está en realización por la **Kinesióloga, Sra. Patricia Bustos Costa.**

Título de la Tesis: **Relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto en mujeres embarazadas que residen en la comuna de Recoleta el 2012.**

Grado al que opta: **Magister de Salud Pública, Universidad de Chile**

Población a investigar: **Embarazadas de los 4 CESFAM Comunales, para ello se trabajará con las bases de datos de ingresos embarazadas al programa de la mujer periodo 2012 de los 4 Cefsam de la comuna de Recoleta.**

Por ello hemos autorizado a la Sra. Bustos para realizar este trabajo en nuestra comuna.



Dra. María Eugenia Chadwick Sendra

Directora Departamento de Salud

Municipalidad de Recoleta

Santiago, 23 de Mayo del 2014

Santiago, 01 de Julio de 2014

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

El Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta, autorizó en mayo del año 2014 a la Srta. Patricia Bustos Costa para la realización de tesis conducente al grado de Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile.


El título de la tesis es: "Relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto en mujeres embarazadas que residen en la comuna de Recoleta el 2012".

La población a investigar son las mujeres embarazadas que ingresaron al programa de la mujer para control del embarazo en el período enero a diciembre del 2012 en los cuatro Centros de Salud Familiar de la comuna de Recoleta.

Se autoriza el envío de base datos anonimizada en planilla Excel de los registros de ingresos y controles al programa de la mujer del Cefam Juan Petrinovic. El período solicitado es enero a diciembre del 2012 y se enviará al correo personal de la Srta. Patricia Bustos Costa mail: [pbustos17@yahoo.es](mailto:pbustos17@yahoo.es).

Agradeciendo su gestión, le saluda atentamente,



  
**TRINIDAD ACHONDO GOMEZ**  
**DIRECTORA**  
**CESFAM JUAN PETRINOVIC**

Santiago, 09 de Junio de 2014

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

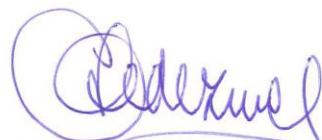
El Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta, autorizó en mayo del año 2014 a la Srta. Patricia Bustos Costa para la realización de tesis conducente al grado de Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile.

El título de la tesis es: "Relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto en mujeres embarazadas que residen en la comuna de Recoleta el 2012".

La población a investigar son las mujeres embarazadas que ingresaron al programa de la mujer para control del embarazo en el período enero a diciembre del 2012 en los cuatro Centros de Salud Familiar de la comuna de Recoleta.

Se autoriza el envío de base datos anonimizada en planilla Excel de los registros de ingresos y controles al programa de la mujer del Cefam Quinta Bella. El período solicitado es enero a diciembre del 2012 y se enviará al correo personal de la Srta. Patricia Bustos Costa mail: [pbustos17@yahoo.es](mailto:pbustos17@yahoo.es).

Agradeciendo su gestión, le saluda atentamente,



**CLAUDIA LEDEZMA CHAVEZ**  
**DIRECTORA**  
**CESFAM QUINTA BELLA**

Santiago, 11 de Junio de 2014

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

El Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta, autorizó en mayo del año 2014 a la Srta. Patricia Bustos Costa para la realización de tesis conducente al grado de Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile.

El título de la tesis es: "Relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto en mujeres embarazadas que residen en la comuna de Recoleta el 2012".

La población a investigar son las mujeres embarazadas que ingresaron al programa de la mujer para control del embarazo en el período enero a diciembre del 2012 en los cuatro Centros de Salud Familiar de la comuna de Recoleta.

Se autoriza el envío de base datos anonimizada en planilla Excel de los registros de ingresos y controles al programa de la mujer del Cesfam Dr. Patricio Hevia. El período solicitado es enero a diciembre del 2012 y se enviará al correo personal de la Srta. Patricia Bustos Costa mail: [pbustos17@yahoo.es](mailto:pbustos17@yahoo.es).

Agradeciendo su gestión, le saluda atentamente,



*Francisca Martínez*  
**FRANCISCA MARTINEZ ESCRIBANO**  
**DIRECTORA**  
**CESFAM PATRICIO HEVIA**



Santiago, 16 de Junio de 2014

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

El Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta, autorizó en mayo del año 2014 a la Srta. Patricia Bustos Costa para la realización de tesis conducente al grado de Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile.

El título de la tesis es: "Relación entre estatus migratorio y resultados de embarazo y parto en mujeres embarazadas que residen en la comuna de Recoleta el 2012".

La población a investigar son las mujeres embarazadas que ingresaron al programa de la mujer para control del embarazo en el período enero a diciembre del 2012 en los cuatro Centros de Salud Familiar de la comuna de Recoleta.

Se autoriza el envío de base datos anonimizada en planilla Excel de los registros de ingresos y controles al programa de la mujer del Cefsam Recoleta. El período solicitado es enero a diciembre del 2012 y se enviará al correo personal de la Srta. Patricia Bustos Costa mail: [pbustos17@yahoo.es](mailto:pbustos17@yahoo.es).

Agradeciendo su gestión, le saluda atentamente,



**ROSENDA DOMÍNGUEZ CORNEJO**  
DIRECTORA  
CESFAM RECOLETA