Facultad de Medicina

Instituto de Salud Pública

Barreras de acceso a la atención primaria de salud en población migrante en Latinoamérica: Una revisión de la literatura

Actividad Final de Graduación para optar al grado de Magíster en Salud Pública con Mención Gestión en Salud

Autores

Catalina Alejandra Lemus Mena
Débora Pamela Massardo Flores
Javier Alejandro Llanos Cortés
Pilar Carolina Zanetta Ewert
Valentina Paola Ortega Castro

Tutora

Paulina Sofia Arango Uribe

Santiago, Chile

10 de Octubre de 2025

Universidad Andrés Bello
Conectar · Innovar · Liderar

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Se declara por este medio que el trabajo de titulación presentado para su defensa y evaluación es original; las fuentes, herramientas y aplicaciones utilizadas que contribuyeron a la investigación realizada están debidamente citadas en el texto y acreditadas en el apartado de las referencias, conforme con los requisitos que establece el estilo bibliográfico ___APA 7__ y respetando los aspectos que conciernen a la propiedad intelectual. Por lo tanto, ante cualquier falta de integridad académica encontrada y que atente contra la Ley N°17.336 de Propiedad Intelectual, se asume la responsabilidad que representa para tal efecto, dejando constancia de ello, con fecha ___10__ de _Octubre___de ___2025__, en la ciudad de _ Santiago_.

Facultad: Medicina
Escuela: De Salud Pública
Título del trabajo: Barreras de acceso a la atención primaria de salud en población migrante en Latinoamérica: Una revisión de la literatura.

___Javier LLanos_____
Nombre y firma del autor

___Catalina Lemus_____
Nombre y firma del autor

___Debora Massardo_____
Nombre y firma del autor

___Valentina Ortega_____
Nombre y firma del autor

____Pilar Zanetta_____
Nombre y firma del autor

Tabla De Contenidos

Resumen	5
Línea de desarrollo	6
Abstract	7
Introducción	8
Objetivos	10
Marco Teórico	11
Marco Metodológico	15
Resultados	18
Discusión	22
Conclusión	26
Propuesta de innovación o mejora	27
Referencias	28
Anexos	33

Lista De Figuras

Figura 1. Flujo de identificación y cribado-Prisma 2020 19

Resumen

Introducción: La migración es un determinante social de la salud que influye significativamente en el acceso a la Atención Primaria de Salud (APS). Las desigualdades estructurales, las barreras administrativas y las limitaciones económicas impactan la equidad sanitaria y dificultan el ejercicio del derecho a la salud de las personas migrantes.

Objetivo: Identificar las principales barreras de acceso a prestaciones de APS que afectan a la población migrante en Latinoamérica mediante una revisión de la literatura.

Metodología: Se realizó una revisión de literatura siguiendo la guía PRISMA 2020. La búsqueda se efectuó en PubMed, LILACS y Web of Science, incluyendo estudios cuantitativos publicados entre 2015 y 2025 en español o inglés. De 92 publicaciones identificadas, 5 cumplieron los criterios de inclusión. Se extrajo información sobre tipos de barreras, características sociodemográficas y contexto nacional de los estudios.

Resultados: Estudios de Chile, Argentina, Brasil y Colombia mostraron barreras multidimensionales agrupadas en categorías legales, administrativas, económicas y culturales. La precariedad laboral y los bajos ingresos son determinantes transversales del acceso, mientras que las diferencias por país revelaron obstáculos específicos: organizacionales en Chile, idiomáticos en Brasil, institucionales en Argentina y documentales en Colombia.

Discusión: Los hallazgos confirman que la cobertura sanitaria formal no garantiza acceso efectivo. La falta de adecuación de los sistemas sanitarios a las realidades migrantes y la persistencia de prácticas discriminatorias limitan la equidad en la APS. Resulta necesario avanzar hacia una comprensión más profunda del fenómeno mediante investigaciones que integren perspectivas cualitativas y comparativas, así como el análisis del rol de las redes de apoyo social en la búsqueda y continuidad de la atención.

Conclusión: Superar brechas de acceso requiere fortalecer la evidencia científica sobre determinantes sociales y promover políticas de salud interculturales, basadas en derechos humanos que garanticen una APS equitativa e inclusiva para la población migrante.

Línea de Desarrollo

Mención Gestión: Impacto de los Determinantes sociales de la Salud en el acceso a atenciones de salud primaria, en población migrante en América Latina.

Abstract

Introduction: Migration is a social determinant of health that significantly influences access to Primary Health Care (PHC). Structural inequalities, administrative barriers, and economic constraints impact health equity and hinder the effective exercise of the right to health among migrant populations.

Objective: To identify the main barriers to accessing PHC services affecting migrant populations in Latin America through a literature review.

Methods: A literature review was conducted following the PRISMA 2020 guidelines. Searches were carried out in PubMed, LILACS, and Web of Science, including quantitative studies published between 2015 and 2025 in English or Spanish. Of 92 publications identified, 5 met the inclusion criteria. Information was extracted on types of barriers, sociodemographic characteristics, and national contexts of the studies.

Results: Studies from Chile, Argentina, Brazil, and Colombia revealed multidimensional barriers grouped into legal, administrative, economic, and cultural categories. Labor precariousness and low income emerged as cross-cutting determinants of limited access, while country-specific differences highlighted organizational barriers in Chile, linguistic in Brazil, institutional in Argentina, and documentation-related in Colombia.

Discussion: The findings confirm that formal health coverage does not guarantee effective access. The lack of adaptation of health systems to the realities of migrant populations and the persistence of discriminatory practices continue to limit equity in PHC. It is essential to advance toward a deeper understanding of this phenomenon through research that integrates qualitative and comparative perspectives, as well as analyses of the role of social support networks in health-seeking behavior and continuity of care.

Conclusion: Overcoming access gaps requires strengthening scientific evidence on social determinants and promoting intercultural, rights-based health policies that ensure equitable and inclusive PHC for migrant populations in Latin America.

Introducción

La migración es un fenómeno histórico que ha estado presente en la sociedad. De acuerdo con datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (s,f), en el año 2024 se estimó que existían 304 millones de migrantes internacionales en el mundo, lo que representa aproximadamente el 3,7 % de la población mundial.

En América Latina, la migración ha sido un elemento fundamental en el desarrollo histórico y social de la región, consolidándose como una fuerza estructurante en la conformación de sus sociedades (Cecchini & Martínez Pizarro, 2023). Durante la última década, se ha observado un notable aumento de la migración intrarregional, impulsado principalmente por la salida masiva de personas desde Venezuela hacia otros países latinoamericanos como Brasil, Colombia, Chile, Ecuador y Perú (Cecchini & Martínez Pizarro, 2023).

Desde el 2015 Colombia y Chile se han consolidado como algunos de los principales destinos en la región. En el caso de Chile, en 2024 los migrantes internacionales representaban el 7,8 % de la población total del país. La mayoría de ellos proviene de Venezuela (38 %), seguido de Perú (13,6 %) y Colombia (10,9 %) (Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2024; Servicio Nacional de Migraciones, 2024).

La población migrante, conforma uno de los grupos poblacionales más vulnerables en la región latinoamericana. Por su ingreso en situación irregular enfrentan múltiples barreras para acceder a empleo digno, protección social, servicios de salud, educación y vivienda, profundizando su situación de exclusión y precariedad (Cecchini & Martínez Pizarro, 2023).

En el ámbito de acceso a servicios de salud, los determinantes sociales de la salud (DSS) influyen de manera decisiva en la distribución de los problemas de salud y en la equidad de acceso a los servicios sanitarios (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008). Estos se definen como, "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s,f). Entre estos determinantes, el acceso a la atención primaria de salud (APS) constituye uno de los principales ejes para garantizar la cobertura universal y la reducción de desigualdades, especialmente en poblaciones vulnerables como las personas migrantes (OPS, 2022).

En los últimos años la región de Latinoamérica ha presentado distintas reformas, y los programas implementados han reconocido la importancia de la APS como eje central para

mejorar el acceso y reducir las inequidades en salud. Aunque se han diseñado diferentes modelos de APS, la mayoría comparten enfoques integrales, preventivos y de promoción de la salud, con énfasis en la participación social comunitaria (Juárez Herrera et al., 2024). Por lo que, si existen problemas de acceso a la salud se debe analizar el acceso a la APS, ya que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud y es fundamental en las estrategias de sistemas de salud de los países, con un foco distintivo en promoción y prevención (Cardemil, 2022).

Estudios recientes han reportado que las personas migrantes enfrentan múltiples obstáculos para acceder a la APS, incluyendo dificultades administrativas, costos, estigmatización y barreras idiomáticas (Cabieses et al., 2012). Abordar la inmigración como un DSS, implica desafiar los enfoques tradicionales de la salud pública, que se centra en el individuo y en su comportamiento. Este enfoque requiere ampliar la mirada hacia factores estructurales más amplios que influyen en la salud, reconociendo condiciones sociales, económicas y políticas que inciden en el bienestar de las personas migrantes (Castañeda et al., 2015).

Hasta el momento, no se cuenta con una revisión de la literatura que reúna de forma integral los estudios sobre las principales barreras que enfrentan las personas migrantes para acceder a la APS en América Latina. El no tener una visión más amplia del problema a nivel regional, dificulta comprender, cómo diversos factores sociodemográficos exacerban las barreras de acceso a la APS y la comparación de estás en los distintos países. Contar con esta información es necesaria para entender de manera efectiva las desigualdades en salud que afectan a esta población.

En este contexto, se propone desarrollar una revisión de la literatura que permita sintetizar la evidencia existente sobre las principales barreras de acceso a prestaciones de APS en población migrante en Latinoamérica.

Objetivos

Objetivo General

Identificar las principales barreras de acceso a prestaciones de APS que afectan a la población migrante en Latinoamérica mediante una revisión de la literatura.

Objetivos Específicos

- Exponer los tipos de barreras de acceso a las prestaciones de APS (legales, económicas, culturales, geográficas y administrativas) descritas en la literatura para la población migrante.
- Comparar las barreras de acceso a las prestaciones de APS entre países de Latinoamérica.
- Describir las características sociodemográficas de la población migrante en Latinoamérica (estatus migratorio, género, edad).

Marco Teórico

1. Migración como determinante social de la salud

La migración se define como el movimiento de personas desde su lugar habitual de residencia hacia otro sitio, pudiendo clasificarse como internacional, cuando implica cruzar fronteras nacionales, o internas, cuando ocurre dentro de un mismo país (OIM, s.f.).

En la última década, la migración en América Latina casi se ha duplicado, impulsada principalmente por la crisis humanitaria en Venezuela y por la búsqueda de mejores condiciones laborales, seguridad y estabilidad. Los movimientos regulares ocurren mayormente entre países vecinos, por otra parte, la migración irregular ha aumentado hacia el cono sur del continente (OIM, 2024).

El estudio del Mixed Migration Center (2024), realizado con 1.046 migrantes latinoamericanos, reveló que la principal causa de migración fueron los motivos económicos (87 %). También se identificaron otras razones frecuentes: personales o familiares (47 %), violencia o inseguridad (39 %), limitado acceso a servicios o corrupción (38 %) y restricciones de derechos y libertades (30 %).

Los flujos migratorios contemporáneos se caracterizan por una creciente vulnerabilidad de estas personas, incluyendo mujeres, niños, y quienes están en situación de irregularidad administrativa, los que enfrentan riesgos acentuados durante el trayecto y en el país de acogida. Esta vulnerabilidad se genera debido a los cambios de estilo de vida, idioma, condiciones ambientales y sociales lo que tiene una gran relevancia en los sistemas de salud (Blukacz, Oyarte, & Cabieses, 2024).

Países como Ecuador y Chile han enfrentado un aumento en la solicitud de consultas médicas de extranjeros, lo que supone una gran preocupación para estos países, debido a las limitaciones de recursos, las persistentes barreras para el acceso y la atención médica (Rocha-Jiménez, Torres, Cabieses, López-Cevallos, & Mercado-Órdenes, 2025).

2. Enfoque de los determinantes sociales de salud

El marco de los DSS reconoce que factores como el ingreso, la educación, la ocupación, el género, el origen étnico, el entorno social y las condiciones políticas, estructuran oportunidades y riesgos que afectan la salud de la población (CSDH, 2008). Dentro de este enfoque, la migración internacional se reconoce como un determinante clave que expone a

las personas a vulnerabilidades específicas derivadas de su condición de movilidad y, en muchos casos, de irregularidad administrativa (OPS, 2022).

Dentro de los DSS se encuentran diversos factores que influyen directamente en la atención de salud de personas migrantes, como lo son (Cabieses et al., 2017): factores estructurales y políticos, condiciones laborales y de vida, factores sociales y comunitarios, factores individuales.

Una revisión de literatura identificó que las principales barreras para el acceso a la atención médica de inmigrantes indocumentados son de tipo legal (75%), incluyendo exclusión de seguros y requerimientos de documentación (27%), del sistema de salud (como discriminación, burocracia, falta de recursos) y personales, destacando el miedo a la deportación (65%), barreras idiomáticas (36%) y falta de conocimiento del sistema (33%) (Hacker et al., 2015).

En Latinoamérica diversas investigaciones han identificado que las barreras de acceso se organizan en categorías como barreras legales (estatus migratorio irregular), barreras administrativas (exigencia de documentos de residencia), barreras económicas (costos de atención y transporte), barreras culturales y lingüísticas (desconfianza, idioma), y barreras geográficas (distancia a centros de APS) (Cabieses et al., 2012; Almeida et al., 2014).

En Chile, se han descrito desigualdades significativas entre la población migrante y la local, en materia de vivienda y privación socioeconómica estructural principalmente, lo que se identifica como un determinante social de la salud entre los migrantes internacionales (Blukacz, Oyarte, & Cabieses, 2024).

Si bien existen estudios aislados en diversos países de América Latina, se requiere una síntesis que consolide la evidencia sobre este fenómeno en la región. Ello permitirá orientar la toma de decisiones para el diseño de políticas de inclusión sanitaria adaptadas a la realidad de la movilidad humana en Latinoamérica (Abubakar et al., 2018).

3. Acceso a la atención primaria de salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la APS es un enfoque integral que involucra a toda la sociedad para garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar, promoviendo una distribución equitativa. Se basa en una atención centrada en las necesidades de las personas, brindada de forma oportuna a lo largo de todo el proceso de cuidado, desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la

rehabilitación y los cuidados paliativos. Además, busca acercar estos servicios al entorno cotidiano de las personas, fortaleciendo el vínculo entre los equipos de salud y las comunidades.

Respecto a la cobertura sanitaria universal la APS es considerada la estrategia más costo-efectiva, desempeñando un rol fundamental en la lucha contra la desigualdad, ya que facilita un mayor contacto y acceso a la atención sanitaria, y reconoce la centralidad de diversas condiciones sociales y materiales como DSS. También se centra en los individuos y comunidades a lo largo del ciclo de vida, identificando las distintas barreras y obstáculos de acceso y fomentando la participación (Marinho, Dahuabe & Arenas de Mesa, 2023).

Desde las declaraciones de Alma-Ata (1978) y Astana (2018), la APS ha seguido distintos caminos en América Latina, ya que los países presentan características socioeconómicas, políticas y de desarrollo distintas, esto se refleja en la forma en que han implementado las reformas relacionadas con la APS. A pesar de esto, hay puntos en común como la descentralización de APS en Brasil y Colombia permitiendo acercar los servicios a las comunidades locales, sumado a esto, la mayoría busca un enfoque en equidad, el acceso universal y el reto del financiamiento para lograrlo (Juárez Herrera et al., 2024).

Pese a los avances hacia la salud universal mediante un enfoque centrado en la APS en varios países de la región de las Américas, persisten desafíos significativos en la inclusión efectiva de la población migrante (Fitzgerald et al., 2024). Esta situación se ve reflejada en las múltiples barreras que enfrentan las personas migrantes para acceder a estos servicios, tales como la falta de documentación, el desconocimiento de sus derechos, la discriminación institucional y diversos obstáculos económicos (Abubakar et al., 2018; Bojorquez et al., 2015).

En Chile, la política de salud de migrantes internacionales reconoce explícitamente el acceso a la APS como un derecho garantizado para toda persona, independiente de su situación migratoria. No obstante, se identifican brechas en la atención efectiva en el sistema público, especialmente en niños, embarazadas y personas en situación irregular, debido a barreras administrativas, desconocimiento y discriminación. (Ministerio de Salud, 2018).

Para disminuir las barreras de acceso a APS por parte de las personas migrantes, además de informarlos sobre las políticas de salud y sus derechos, es importante dar un enfoque

multicultural al sistema de salud, con la finalidad de generar resiliencia para mejorar los resultados en salud (Carreño-Calderón, Cabieses, & Correa-Matus, 2020).

En los últimos años, ha crecido el interés por comprender las barreras de acceso a la APS en población migrante en América Latina, lo que ha dado lugar a diversos estudios en contextos nacionales y locales. Sin embargo, aún se puede profundizar en análisis regionales comparativos, incorporar enfoques interseccionales y evaluar intervenciones orientadas a reducir dichas barreras. Sistematizar la evidencia disponible permitirá consolidar el conocimiento existente, identificar buenas prácticas y orientar la formulación de políticas de salud más inclusivas, culturalmente pertinentes y basadas en evidencia.

Marco Metodológico

Se llevó a cabo una revisión narrativa estructurada de la literatura, incorporando elementos metodológicos de la guía PRISMA 2020 (Page et al., 2021) para garantizar transparencia y reproducibilidad en el proceso de búsqueda, selección y análisis de la información. Este enfoque permitió mantener la flexibilidad propia de las revisiones narrativas, pero con un marco sistemático que respalde la trazabilidad de las decisiones metodológicas.

La búsqueda se realizó en el mes de septiembre de 2025 en las bases de datos electrónicas PubMed, LILACS y WOS, utilizando términos MeSH y DeCS relacionados con migración, acceso a la APS, utilizando operadores booleanos AND y OR. La estrategia general fue:

("accesibilidad a los servicios de salud" OR "acceso a los servicios de salud" OR "health services accessibility" OR "access to health care" OR "barreras" OR "barriers" OR "barreras de acceso" OR "access barriers" OR "obstaculos" OR "obstacles" OR "inequities in access" OR "inequidades de acceso" OR "health services utilization" OR "utilizacion de servicios") AND ("atencion primaria de salud" OR "atencion primaria" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "atencion de salud de nivel primario" OR "first level care" OR "APS") AND ("poblacion migrante" OR "migrantes" OR "migrants" OR "inmigrantes" OR "immigrants" OR "personas migrantes" OR "movilidad humana" OR "human mobility" OR "refugiados" OR "refugees" OR "solicitantes de asilo" OR "asylum seekers" OR "indocumentados" OR "undocumented") AND ("America Latina" OR "Latin America" OR "Latinoamerica" OR "Centro america" OR "America del Sur" OR "South America" OR "Centroamerica" OR "Argentina" OR "Bolivia" OR "Brasil" OR "Brazil" OR "Chile" OR "Colombia" OR "Costa Rica" OR "Cuba" OR "Ecuador" OR "El Salvador" OR "Guatemala" OR "Haiti" OR "Haití" OR "Honduras" OR "Mexico" OR "Nicaragua" OR "Panama" OR "Paraguay" OR "Peru" OR "Puerto Rico" OR "Republica Dominicana" OR "Dominican Republic" OR "Uruguay" OR "Venezuela").

Los criterios que cumplieron los estudios para ser incluidos en esta revisión fueron:

- Estudios cuantitativos
- Describen barreras de acceso a APS en migrantes internacionales en países de Latinoamérica.
- Publicados entre 2015 y 2025.
- Idioma español e inglés.

- Acceso al texto completo.

Los textos encontrados que tratan exclusivamente los siguientes temas, no fueron considerados dentro de esta revisión:

- Estudios que aborden sólo migración interna.
- Estudios centrados en prestaciones de salud secundaria o terciaria exclusivamente.
- Opiniones, editoriales o cualquier estudio no empírico.
- Revisiones sistemáticas

La revisión de la búsqueda fue distribuida entre todos los participantes de la revisión, cada documento fue examinado por dos revisores y en caso de existir discrepancia, estos entregaron sus argumentos de objeción, para llegar a un consenso, en los casos en que no se consiguió un consenso, un tercer revisor tomó la decisión sobre la inclusión o eliminación del estudio en la revisión. La búsqueda fue registrada en el gestor bibliográfico Rayyan IA para el inicio de la identificación de los estudios, la distribución de la revisión y el registro de las decisiones generadas por cada revisor.

La revisión de la búsqueda se estructuró de la siguiente manera: en primer lugar, los artículos duplicados fueron eliminados mediante el uso de la herramienta Rayyan IA. Posteriormente, se aplicaron filtros iniciales para excluir aquellos textos que no cumplían con los criterios de idioma y año de publicación previamente definidos.

Los títulos restantes fueron sometidos a una revisión preliminar, con el fin de descartar los que no corresponden a la temática central de la investigación o incumplían los criterios de inclusión. A continuación, se procedió a la evaluación de los resúmenes, verificando el cumplimiento de los criterios de inclusión y excluyendo los estudios que presentaran alguno de los criterios de exclusión establecidos.

Los artículos considerados como potencialmente elegibles fueron analizados en su texto completo, con el fin de confirmar su pertinencia y decidir su inclusión en el análisis. Finalmente, los estudios seleccionados se sometieron a un proceso de extracción sistemática de datos, recopilando la información relevante para responder a la pregunta de investigación. El flujo de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión se representará en un diagrama adaptado de la guía PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

De cada estudio seleccionado se extrajeron datos sobre autores, año de publicación, tipo de barreras identificadas, país donde se realizó el estudio, población o muestra, información

sociodemográfica (País de origen, estatus migratorio, sexo, edad, situación laboral, nivel de ingresos económicos, nivel educacional) y conclusiones principales. Estos datos fueron extraídos por un integrante del equipo investigador designado y revisado por un segundo participante el cual corroboró la información extraída.

La información fue organizada en una matriz de análisis y categorizada en dimensiones temáticas antes mencionadas. Al tratarse de una revisión de literatura sin datos primarios de seres humanos, no fue necesaria la aprobación de un comité de ética.

Resultados

A partir de la búsqueda realizada en las bases de datos Web of Science (WOS), LILACS y PubMed, se identificaron inicialmente 92 publicaciones potencialmente relevantes. Tras la depuración de duplicados en el gestor Rayyan, se eliminaron 12 registros repetidos, quedando un total de 80 artículos únicos para continuar con el proceso de revisión.

En la fase de cribado por título, se excluyeron 30 publicaciones mediante filtros de la plataforma (13 por no cumplir con los idiomas definidos en los criterios de inclusión y 17 por no estar dentro de los años de publicación establecidos en los criterios), sumado a esto existieron 24 estudios adicionales que se excluyeron por no corresponder a la temática de investigación (En 2 no corresponde la temática de barreras de acceso, 12 no estaban desarrollados en latinoamérica, 3 resultaron ser revisiones sistemáticas y 7 no eran estudios cuantitativos). De esta manera, 26 artículos fueron seleccionados para la evaluación de sus resúmenes.

Posteriormente, durante la revisión de resúmenes, se excluyeron 15 artículos que no cumplían con los criterios de inclusión (7 de ellos por no abordar barreras de acceso a la atención primaria en población migrante en latinoamerica y 8 por ser estudios cualitativos puros), dejando 11 estudios para la evaluación en texto completo.

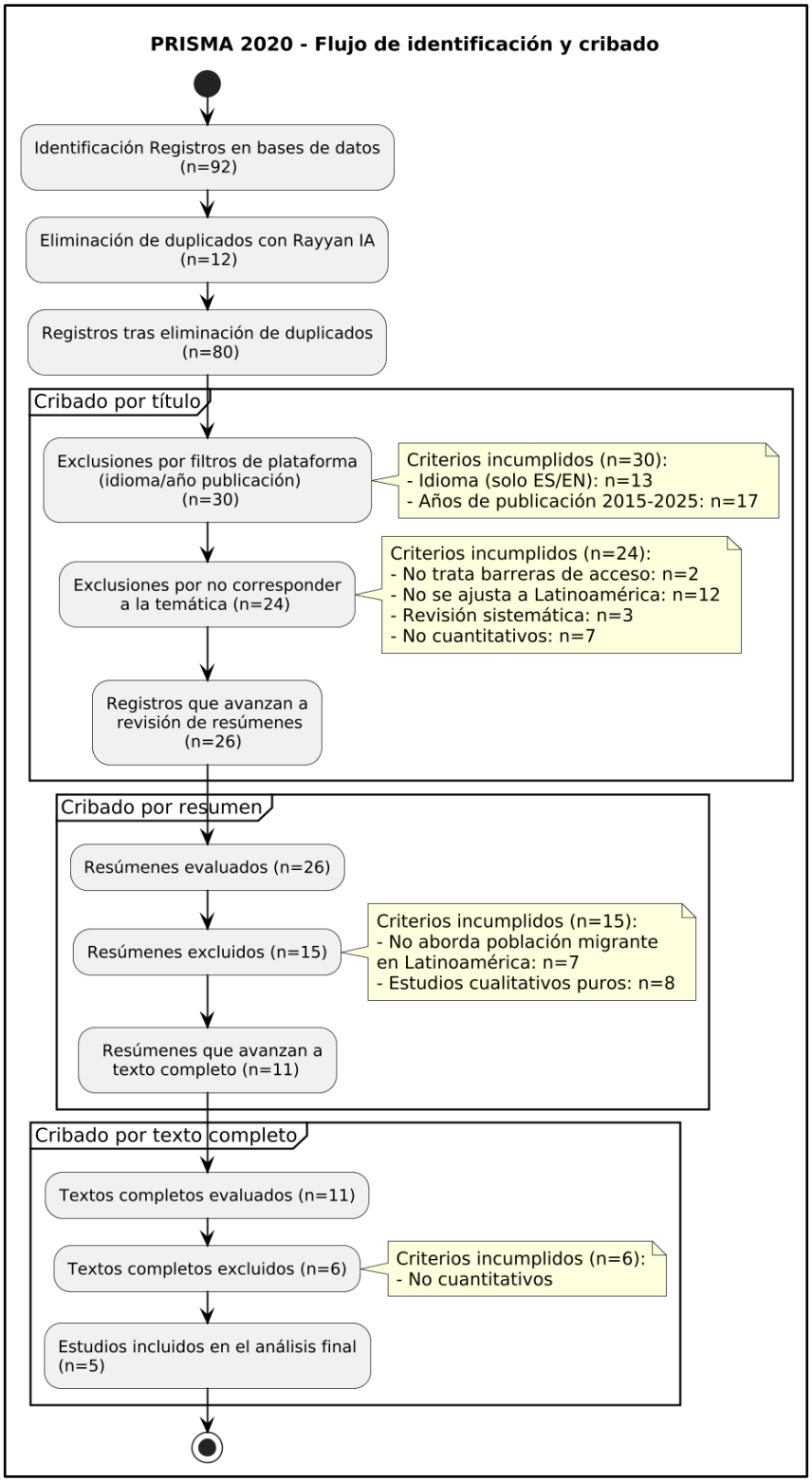
Finalmente, del análisis de los 11 textos completos, 6 publicaciones fueron excluidas debido a que no cumplían los criterios metodológicos (estudios cualitativos), quedando 5 estudios incluidos en el análisis final.

Todo este proceso de identificación, cribado, selección e inclusión de estudios se encuentra representado en el diagrama de flujo PRISMA 2020, que corresponde a la Figura 1.

Para los textos que comprendía diseños mixtos (cuali-cuantitativos) solo se analizó la información cuantitativa que entregaba el estudio.

Figura 1.

Flujo de identificación y cribado-Prisma 2020.



La matriz (Anexo 2) sistematizó un total de cinco estudios publicados entre 2018 y 2024, provenientes de distintos contextos latinoamericanos: dos en Chile, uno en Argentina, uno en Brasil y uno en Colombia. La revisión de estos cinco estudios evidencia que, pese a las diferencias de diseño y población de cada investigación, se repiten barreras comunes de acceso en la población migrante, particularmente relacionadas con los tiempos de espera prolongados, disponibilidad limitada de servicios, falta de información sobre cómo funcionan los sistemas de salud y sus mecanismos de acceso, además de desigualdades estructurales vinculadas a la situación laboral y socioeconómica.

En el caso de Chile, un estudio de 2022 analizó a 108 padres migrantes de lactantes y preescolares, identificando como principales barreras de acceso a la salud, los horarios de atención poco flexibles (63%) y el desconocimiento sobre dónde acudir (59%). La mayoría de estos padres se encontraba en situación migratoria regular (89,8%), con predominio de mujeres (82,4%) y un nivel educacional relativamente alto (más del 77% con 12 años de estudio). Estos resultados sugieren que, incluso en una población con capital social y educativo favorable, los desafíos estructurales y administrativos del sistema de salud chileno persisten como las principales limitaciones para el acceso efectivo. (Méndez, Toffoletto, Labra, Hidalgo, & Pérez, 2022).

Otro estudio chileno (2024), que incluyó una muestra de 499 migrantes internacionales residentes, complementa lo anterior al evidenciar de manera cuantitativa que la intención futura de usar la atención primaria está positivamente asociada a la percepción de disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios. La muestra estuvo compuesta principalmente por personas de origen venezolano (38,1%) y colombiano (26,7%), con una distribución de género equilibrada (59,7% mujeres, 39,7% hombres) y una edad promedio de 37,6 años. Si bien más del 63% de los participantes tenía empleo dependiente, la situación de ingresos reveló vulnerabilidad, con un 12,6% recibiendo menos de 100.000 pesos mensuales. Este hallazgo refuerza la idea de que, aunque existe una intención de utilizar los servicios, las condiciones socioeconómicas y la percepción de barreras estructurales pueden limitar su uso efectivo (Cruz-Riveros, Urzúa, Lagos, & Parada, 2024).

Un estudio de Argentina (2018), realizado con 287 familias (52% nativas y 48% migrantes, principalmente paraguayos y bolivianos) mostró una marcada diferencia en el acceso al trabajo formal: mientras un 37% de los nativos contaba con empleo formal, solo un 26% de

los migrantes alcanzaba esta condición, reflejando una inserción laboral más precaria. Si bien el nivel educacional reportado era elevado en ambos grupos (más del 90% con estudios completos), esto no se condice con el trabajo que realizan. Las conclusiones evidencian que en cuanto al acceso a las actividades asistenciales no se encontraron diferencias en la posibilidad de obtener turnos, y se destaca que aproximadamente un 40% de ambos grupos encuentran dificultades para el acceso a la atención, por otra parte, se encuentra una diferencia (77% vs 56%) en la percepción del buen trata del personal administrativo en salud, para los nativos y migrantes respectivamente. (Williams, Alsina, Ripoli, & Schon, 2018).

El estudio realizado en Brasil 2022, exploró barreras de carácter más estructural, relacionadas con la organización del sistema sanitario y la falta de coordinación entre niveles de atención, resaltando dificultades para la continuidad de tratamientos y el acceso oportuno en población migrante. Aunque no se proporcionan tantos detalles sociodemográficos como en otros estudios, el hallazgo principal fue la persistencia de desigualdades en la atención primaria derivadas de tiempos de espera prolongados y obstáculos administrativos (Carneiro Junior, Aith, Silva, Wanderley, Luna, & Shikanai-Yasuda, 2022).

En Colombia, el estudio destacó problemas de cobertura y acceso diferencial según estatus migratorio. Se observó que los migrantes en situación irregular enfrentan limitaciones significativas para ingresar al sistema de salud, lo que se traduce en menor utilización de servicios preventivos y mayor exposición a riesgos en salud. (Agarwal-Harding, Ruscitti, Shepard, Harker Roa, & Bowser, 2024).

Discusión

La revisión de la literatura permitió identificar que las barreras de acceso a la APS para personas migrantes en América Latina son de carácter multidimensional. Estos resultados coinciden con una tendencia documentada a nivel global, donde la cobertura sanitaria formal no siempre se traduce en un acceso efectivo para las poblaciones migrantes. Tal como señala la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, 2008), la salud está profundamente influenciada por factores sociales, económicos y políticos que determinan las oportunidades de bienestar. En este sentido, los hallazgos latinoamericanos encontrados de Chile, Brasil, Argentina y Colombia muestran que la exclusión sanitaria de los migrantes refleja inequidades estructurales persistentes, vinculadas a la precariedad laboral y la falta de adaptación cultural del sistema sanitario (Méndez et al., 2022; Cruz-Riveros et al., 2024; Williams et al., 2018; Carneiro Junior et al., 2022; Agarwal-Harding et al., 2024). Los resultados evidenciaron que las barreras de acceso se distribuyen en categorías legales, administrativas, económicas, culturales y geográficas. En Colombia la carencia de seguro de salud y los costos asociados constituyen limitantes críticas (Agarwal-Harding et al., 2024); en Brasil destacan las dificultades idiomáticas y de comunicación en la atención de salud (Carneiro Junior et al., 2022). En Chile se observaron principalmente barreras organizacionales, como horarios poco flexibles y desconocimiento del sistema; en Argentina la brecha significativa en la percepción de buen trato entre personas migrantes y población nativa, evidencia una desigualdad en la experiencia de atención sanitaria (Méndez et al., 2022; Cruz-Riveros et al., 2024). Estas diferencias reafirman que, aunque los sistemas de salud tienen marcos normativos de acceso universal, la aplicación práctica se ve condicionada por los DSS.

Al analizar en conjunto los cinco estudios incluidos, se observa que las barreras de acceso a la atención primaria en población migrante presentan patrones estructurales comunes, más allá de las diferencias de cada país. De forma transversal, las investigaciones evidencian que las condiciones laborales precarias y los bajos ingresos limitan el acceso oportuno a la atención, aun cuando los sistemas sean formalmente gratuitos o universales, como en Argentina, Colombia, Brasil y Chile. Esta relación entre vulnerabilidad económica y acceso restringido afecta tanto a migrantes regulares como irregulares, confirmando que la precariedad laboral actúa como un determinante clave del acceso(Méndez et al., 2022; Cruz-

Riveros et al., 2024; Williams et al., 2018; Carneiro Junior et al., 2022; Agarwal-Harding et al., 2024).

En Chile, las mayores dificultades se concentran en la población regular, afectada por trabas organizacionales y administrativas, mientras que en Colombia y Brasil el problema principal está asociado a la irregularidad migratoria y la falta de documentación. Aun así, todos los estudios coinciden en que, pese a que los marcos legales garantizan la atención, persisten obstáculos burocráticos y desinformación institucional. Esta brecha entre norma y práctica genera exclusión sanitaria encubierta, que impacta con mayor fuerza a quienes desconocen los procedimientos o enfrentan barreras idiomáticas(Méndez et al., 2022; Cruz-Riveros et al., 2024; Williams et al., 2018; Carneiro Junior et al., 2022; Agarwal-Harding et al., 2024).

En cuanto a las diferencias, algunos contextos muestran mayor peso de las barreras culturales y lingüísticas, sobre todo en poblaciones con distinto idioma o bajo nivel de integración comunitaria, como en Brasil y en menor medida en Chile. Otros países, como Colombia y Argentina, presentan más obstáculos económicos o de documentación. Sin embargo, en todos los casos las barreras se interrelacionan y refuerzan mutuamente, configurando un patrón de exclusión multicausal que trasciende los límites nacionales y refleja inequidades estructurales comunes en la región (Méndez et al., 2022; Cruz-Riveros et al., 2024; Williams et al., 2018; Carneiro Junior et al., 2022; Agarwal-Harding et al., 2024).

Los estudios incluidos evidencian que la población migrante en la región se caracteriza por niveles educativos relativamente altos, pero con inserción laboral precaria y bajos ingresos. Esta paradoja, alto capital educativo sin traducción en mejores condiciones de empleo ni acceso a salud, refleja la segmentación estructural de los mercados laborales y su impacto en el acceso a servicios sanitarios. Asimismo, se constata una mayor migración de mujeres, lo que incrementa la vulnerabilidad asociada al género y al cuidado familiar(Méndez et al., 2022; Cruz-Riveros et al., 2024; Williams et al., 2018; Carneiro Junior et al., 2022; Agarwal-Harding et al., 2024).

Los resultados del presente estudio coinciden con la evidencia internacional en torno a las barreras administrativas que enfrentan las personas migrantes para acceder a la atención primaria de salud (APS)(Méndez et al., 2022; Cruz-Riveros et al., 2024; Williams et al., 2018; Carneiro Junior et al., 2022; Agarwal-Harding et al., 2024). En Chile, los trámites complejos y la falta de información sobre derechos dificultan el registro en los servicios

públicos (Cabieses et al., 2017; Méndez et al., 2022). De manera similar, en Europa y Asia, la burocracia, los requisitos legales y los costos asociados limitan el acceso, incluso en sistemas con cobertura universal (Allegri et al., 2025; Lebano et al., 2020; Loganathan et al., 2019, 2020).

Las dificultades comunicacionales también se presentan como un obstáculo común. En Chile, la escasa comprensión del sistema y las barreras idiomáticas reducen la adherencia al tratamiento (Méndez et al., 2022; Cruz-Riveros et al., 2024). En Europa y Japón, la falta de intérpretes, materiales accesibles y apoyo lingüístico impide una comunicación efectiva y genera desconfianza hacia el sistema sanitario (Lebano et al., 2020; Allegri et al., 2025; Khin et al., 2024).

La falta de competencia cultural refuerzan estas brechas. En Chile y en otros países, los migrantes perciben un trato desigual y poca sensibilidad cultural por parte del personal de salud (Méndez et al., 2022; Cruz-Riveros et al., 2024; Loganathan et al., 2019). Estos hallazgos confirman que las barreras administrativas, comunicacionales y culturales son universales y reflejan inequidades estructurales que exigen sistemas de salud más inclusivos, accesibles y culturalmente competentes.

La literatura internacional evidencia que los programas de acompañamiento en salud y los espacios de acogida intercultural son estrategias efectivas para reducir las barreras de acceso en población migrante. Estas iniciativas, aplicadas en países de Europa y Asia, han mejorado la adherencia a controles, la comprensión del sistema sanitario y la confianza en los servicios mediante la orientación y el apoyo continuo a los usuarios (Lebano et al., 2020; Loganathan et al., 2020; Khin et al., 2024). En el contexto chileno, su implementación podría permitir ofrecer acompañamiento personalizado y apoyo psicosocial desde la atención primaria, promoviendo una atención más inclusiva sin requerir grandes recursos estructurales.

Asimismo, se propone avanzar hacia la formación intercultural obligatoria en los equipos de APS, medida que ha mostrado resultados positivos en países latinoamericanos como México y Perú, al fortalecer el trato digno, reducir la discriminación y mejorar el conocimiento de derechos en la atención sanitaria (Carreño-Calderón, Cabieses & Correa-Matus, 2020). Esta acción puede complementarse con el uso de herramientas digitales de apoyo informativo y autoorientación sanitaria, como tótems de información en distintos idiomas, que, según evidencia reciente en Japón, han facilitado la comprensión del sistema y la continuidad del

cuidado en personas migrantes (Khin et al., 2024; Loganathan et al., 2019). En conjunto, estas medidas fortalecerían la capacidad del sistema chileno para ofrecer una atención primaria más equitativa y sensible a la diversidad cultural.

Una de las principales fortalezas de este estudio radica en su enfoque comparativo y en la utilización de evidencia científica reciente, lo que permitió integrar resultados de distintos países y contextos socioculturales. El análisis estructurado de las barreras administrativas, culturales y comunicacionales entregó una comprensión parcial, pero actualizada sobre los factores que afectan el acceso de las personas migrantes a la APS.

Entre las principales limitaciones, se reconoce que el estudio se basó exclusivamente en investigaciones cuantitativas, sin incorporar estudios cualitativos que pudieran reflejar las experiencias, percepciones y significados atribuidos por las personas migrantes a su proceso de atención. La ausencia de este enfoque impidió profundizar en aspectos subjetivos como la confianza, el trato recibido o las estrategias personales para enfrentar las barreras de acceso. Otra limitación se deriva de la no incorporación de estudios cualitativos fue que la revisión no refleja lo que pasa en toda Latinoamérica, sino a un número reducido de estudios en países en Sudamérica, que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, lo que puede hacer que no se hayan considerado otros factores que podrían ser relevantes. La inclusión de metodologías cualitativas habría permitido complementar la evidencia numérica con una comprensión más cercana y contextualizada la vivencia del migrante dentro del sistema de salud.

En conjunto, la evidencia analizada revela que las barreras de acceso a la APS no solo responden a deficiencias estructurales, sino también a una falta de adecuación entre los sistemas sanitarios y las realidades socioculturales de la población migrante. Esta revisión contribuye a visibilizar la necesidad de pasar de un enfoque asistencial a uno transformador, donde la APS actúe como espacio de inclusión, reconocimiento y fortalecimiento comunitario, clave para avanzar hacia una salud verdaderamente equitativa en la región.

Conclusión

El objetivo general de identificar las principales barreras de acceso a la APS en población migrante en Latinoamérica se cumplió, evidenciando que estas barreras son múltiples, interdependientes y varían según el contexto nacional. No obstante, de manera transversal, persisten dificultades relacionadas con el estatus migratorio, la precariedad laboral, las limitaciones económicas, las barreras culturales y los déficits administrativos de los sistemas de salud. Este panorama refuerza que el acceso no depende solo de la existencia de políticas inclusivas, sino de su aplicación efectiva y culturalmente pertinente, por lo que se hace una necesidad imperativa que existan políticas públicas integrales que, desde un enfoque de DSS e interculturalidad, reduzcan las brechas de acceso y garanticen un ejercicio efectivo del derecho a la salud en la población migrante.

Para Chile, la integración de estas lecciones internacionales representa una oportunidad para fortalecer la equidad sanitaria mediante políticas basadas en la evidencia y la cooperación intersectorial. Desarrollar una APS sensible a la migración no solo contribuirá al cumplimiento de los compromisos internacionales de derechos humanos, sino que también mejorará la eficiencia del sistema al prevenir patologías evitables y reducir los costos asociados a la atención tardía.

La evidencia internacional respalda estas conclusiones, demostrando que la mediación cultural, la inclusión de tecnologías para los migrantes y la formación intercultural del personal sanitario son estrategias efectivas para mejorar el acceso. Chile y otros países de la región podrían fortalecer sus sistemas de APS mediante la adopción de estas buenas prácticas y una mayor coordinación intersectorial.

En síntesis, garantizar un acceso equitativo a la APS para la población migrante requiere políticas públicas integrales basadas en los DSS, la interculturalidad y los derechos humanos. Superar las barreras identificadas no sólo promoverá la equidad y la cohesión social, sino que también optimizará los recursos del sistema de salud.

Propuesta de innovación o mejora

A partir de las limitaciones identificadas en esta revisión y de los hallazgos obtenidos, se propone desarrollar líneas de mejora que fortalezcan la evidencia y orienten políticas públicas inclusivas en el ámbito de la APS. En primer lugar, es necesario ampliar futuras investigaciones hacia metodologías mixtas, incorporando enfoques cualitativos que permitan comprender las experiencias subjetivas de las personas migrantes y cómo las barreras se viven en la práctica cotidiana. Este tipo de estudios contribuiría a complementar los datos cuantitativos y ofrecer una visión más integral del fenómeno. Sumado a esto, sería de gran importancia generar futuras investigaciones que reflejen el acceso a sistemas de salud de los migrantes no solo en Latinoamérica; sino también en Europa, Asia y NorteAmérica, ya que en estas regiones las culturas se contraponen especialmente por ser países más desarrollados que los latinoamericanos, de esta forma podría tener una mayor claridad del impacto cultural en el acceso a la salud.

Asimismo, sería pertinente desarrollar investigaciones longitudinales que analicen la evolución del acceso a los servicios de APS en el tiempo, considerando el proceso de asentamiento, la regularización migratoria y los cambios en políticas nacionales. Esto permitiría identificar factores que facilitan o dificultan la integración sanitaria de los migrantes a mediano y largo plazo.

Por último, se identifica como línea emergente de investigación el estudio del rol de las redes de apoyo social y comunitario en el acceso y utilización de la APS por parte de la población migrante. Analizar cómo las redes familiares, vecinales, religiosas o institucionales influyen en la búsqueda y continuidad de la atención, esto permitiría comprender los mecanismos de resiliencia frente a las barreras estructurales y ofrecer evidencia útil para el diseño de políticas basadas en capital social y cohesión comunitaria.

Por otra parte, se propone avanzar hacia la formulación de una política pública que obligue a la implementación del Programa de reforzamiento a la APS (PRAPS) “Programa de acceso a la atención de salud a personas migrantes” en todas las comunas y los centros de APS del país. Esta medida, permitiría transformar las iniciativas del sistema de salud público y las locales comunales aisladas, en un estándar nacional, garantizando que la atención primaria incorpore de manera estructural criterios de equidad, interculturalidad y universalidad en salud. Resulta fundamental establecer un plan de fiscalización de la implementación del

marco normativo vigente, (Ministerio de Salud, 2016; Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2021) a través de la Superintendencia de Salud y del Ministerio de Salud, asegurando que ningún centro de APS del país quede exento de su cumplimiento.

La implementación y puesta en marcha de este plan de mejora debe estructurarse en fases progresivas que permitan a los centros de APS adaptarse a las nuevas exigencias. La primera fase estaría orientada a garantizar la inscripción de toda persona migrante, independientemente de su situación documental, disponer de intérpretes o mecanismos de traducción que aseguren la comunicación efectiva y/o facilitadores que orienten a los migrantes en el acceso al centro de salud según sea la necesidad local. Una segunda fase contemplaría la capacitación obligatoria de los equipos de salud en derechos humanos y mediación intercultural, junto con la generación de alianzas con el Servicio Nacional de Migraciones para articular respuestas integrales. Este proceso, además, deberá considerar las particularidades territoriales, permitiendo que cada comuna adapte la ejecución a su realidad local, pero siempre dentro del marco normativo vigente.

Con relación al financiamiento, la política pública debiera contemplar un aumento presupuestario para implementar el PRAPS en todos los centros de APS del país y reforzar la inscripción de los migrantes al fondo nacional de salud para recibir el financiamiento correspondiente por cada persona atendida. El PRAPS debe cubrir los costos asociados a la mediación cultural, la traducción, la elaboración de materiales en diversos idiomas y la difusión de derechos de las personas migrantes. Los recursos financieros del PRAPS están vinculados al cumplimiento de indicadores sanitarios nacionales, asegurando que los recursos se traduzcan en mejoras reales en la disminución de brechas de acceso, oportunidad y calidad de la atención. De este modo, se establecería un equilibrio entre la autonomía municipal y la responsabilidad estatal, fortaleciendo la capacidad de los equipos locales sin dejar de lado la supervisión nacional.

Finalmente, para evaluar el nivel de implementación de la política, se propone integrar indicadores específicos en los sistemas de información sanitaria, como el porcentaje de personas migrantes inscritas en APS por comuna, los tiempos de espera para la primera atención, la disponibilidad de intérpretes y/o facilitadores en cada establecimiento, la satisfacción usuaria medida en personas migrantes y la incorporación de estos indicadores en un compromiso de gestión. Estos indicadores permitirán no solo dar seguimiento al

cumplimiento de la normativa, sino también identificar brechas territoriales y orientar ajustes a la política pública. Con ello, se establecería un mecanismo de monitoreo continuo que garantice que el acceso a la salud de las personas migrantes no sea una declaración de intenciones, sino una política activa y verificable en todos los centros de atención primaria del país.

Referencias

Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J. J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., Sawyer, S. M., … UCL–Lancet Commission on Migration and Health (2018). The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* (London, England), 392(10164), 2606–2654. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7

Agarwal-Harding, P., Ruscitti, B., Shepard, D. S., Harker Roa, A., & Bowser, D. M. (2024). Disparities in healthcare-seeking behaviors and associated costs between Venezuelan migrants and Colombians residing in Colombia. *International Journal for Equity in Health*, *23*, 202. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02289-y

Allegri, C., Barbiano di Belgiojoso, E., & Rimoldi, S. M. L. (2025). Immigrants self-perceived barriers to healthcare: A systematic review of quantitative evidence in European countries. *Health Policy*, 154, 105268. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105268

Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Maternal and child health journal*, 17(8), 1346–1354. https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x

Blukacz, A., Oyarte, M., & Cabieses, B. (2024). Adequate housing as a social determinant of the health of international migrants and locals in Chile between 2013 and 2022. *BMC public health*, 24(1), 2021. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19491-w

Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyre, A. M. (2017). La migración internacional: desafíos y oportunidades para Chile. *Universidad del Desarrollo*. https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Cabieses, B., Tunstall, H., Pickett, K. E., & Gideon, J. (2012). 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. *International journal for equity in health*, 11, 68. https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-68

Cardemil, M. (2022). Estado de la Atención Primaria de Salud en Chile (Serie Minutas N.º 34-22). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*.

Carneiro Junior, N., Aith, F., Silva, R. A., Wanderley, D. M. V., Luna, E. J., & Shikanai-Yasuda, M. A. (2022). Access and right to health for Bolivian migrants in a Brazilian metropolis. *Saúde e Sociedade, 31*(3), e210761en. https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210761en

Carreño-Calderón A, Cabieses B, Correa-Matus ME (2020) Barreras individuales y estructurales para el acceso de refugiados y solicitantes de asilo latinoamericanos a la atención primaria y la salud mental en Chile: Un estudio cualitativo. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241153

Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. Annual Review of Public Health, 36, 375–392. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419

Cecchini, S., & Martínez Pizarro, J. (2023). La migración internacional en América Latina y el Caribe: una perspectiva de desarrollo y derechos. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL*).https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/4124169a-d6db-4a62-9280-34517e2c8a57/content

Commission on Social Determinants of Health [CSDH] (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, *World Health Organization*.

Cruz-Riveros, C., Urzúa, A., Lagos, C., & Parada, E. (2024). Intention to Use Primary Healthcare Services among South–South Migrants. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 21*(9), 1258. https://doi.org/10.3390/ijerph21091258

Fitzgerald, J., Báscolo, E., de Almeida, G. R., Houghton, N., Jarboe, R., & Issa, J. (2024). Addressing migrant-specific barriers to accessing health services through primary health care in host countries in Latin American and the Caribbean. *Lancet regional health. Americas*, 40, 100957. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100957

Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk management and healthcare policy*, 8, 175–183. https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173

Juárez Herrera, L. A., Carrasco-Portiño, M., Cuba-Fuentes, M. S., Posenato García, L., Bermúdez-Tamayo, C., & Pérez-Muto, V. (2024). Reformas de atención primaria en

América Latina: avances en Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. *Gaceta Sanitaria*, *38*, 102430. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102430

Khin, Y. P., Owusu, F. M., Nawa, N., Surkan, P. J., & Fujiwara, T. (2024). Barriers and facilitators for healthcare access among immigrants in Japan: A mixed methods systematic review and meta-synthesis. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 38, 101276. https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2024.101276

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., & Linos, A. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: A scoping literature review. *BMC Public Health*, 20, 1039. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8

Loganathan, T., Rui, D., & Pocock, N. S. (2020). Healthcare for migrant workers in destination countries: A comparative qualitative study of China and Malaysia. *BMJ Open*, 10(11), e039800. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039800

Loganathan, T., Rui, D., Ng, C.-W., & Pocock, N. S. (2019). Breaking down the barriers: Understanding migrant workers' access to healthcare in Malaysia. *PLOS ONE*, 14(7), e0218669. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218669

Marinho, M. L., Dahuabe, A., & Arenas de Mesa, A. (2023). Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL).

Martinez-Donate, A. P., Ejebe, I., Zhang, X., Guendelman, S., Lê-Scherban, F., Rangel, G., Gonzalez-Fagoaga, E., Hovell, M. F., & Amuedo-Dorantes, C. (2017). Access to Health Care among Mexican Migrants and Immigrants: A Comparison across Migration Phases. *Journal of health care for the poor and underserved*, 28(4), 1314–1326. https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0116

Méndez, A., Toffoletto, C., Labra, P., Hidalgo, G., & Pérez, S. (2022). Barreras en acceso a control preventivo en padres migrantes de infantes en Santiago, Chile, 2018. *Revista de Salud Pública*, *24*(4), 1–6. https://doi.org/10.15446/rsap.V24n4.95206

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2021). Ley N.º 21.325: Establece la Ley de Migración y Extranjería. *Diario Oficial de la República de Chile*. Extraído de https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1156291

Ministerio de Salud. (2018). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2016). Decreto N.º 67: Modifica Decreto N.º 110 de 2004, que fija circunstancias y mecanismos para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes. *Diario Oficial de la República de Chile*. Extraído de https://bcn.cl/2utxb

Mixed Migration Centre. (2024). Migration drivers and onward movement among migrants in South America. https://mixedmigration.org/resource/migration-drivers-and-onward-movement-among-migrants-in-south-america/

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. (s.f.). International migrant stock. Recuperado el 25 de julio de 2025, de https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (s. f.). Términos fundamentales sobre migración. Recuperado el 14 de julio de 2025, de https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion#migracion

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2024). Existencias de migrantes internacionales como porcentaje de la población total. *Migration Data Portal*. Recuperado el 25 de julio de 2025, de https://www.migrationdataportal.org/es/international-data?i=stock_abs_&t=2024&m=2

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Primary health care* [Hoja informativa]. Recuperado el 25 de julio de 2025, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). Plan de acción mundial de la OMS sobre la promoción de la salud de refugiados y migrantes, *2019–2030*. OMS. https://iris.who.int/handle/10665/376228

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.). Determinantes sociales de la salud. PAHO. Recuperado el 24 de julio de 2025, de https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLOS Medicine, 18*(3), e1003583. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583

Rocha-Jiménez, T., Torres, I., Cabieses, B., López-Cevallos, D. F., & Mercado-Órdenes, M. (2025). Intersectionality, racism, and mental health of migrants arriving at borders in

Latin America: a qualitative study based on in-depth interviews with key informants of the cases of Ecuador and Chile. *Lancet regional health. Americas*, 44, 101040. https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101040

Servicio Nacional de Migraciones. (2024). Estimaciones de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre de 2023. *Gobierno de Chile.* https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/estimaciones-de-extranjeros/

Williams, M. R., Alsina, M. R., Ripoli, M., & Schon, A. (2018). Características de la atención pediátrica ambulatoria de familias nativas y migrantes. *Medicina Infantil, 25*(3), 233–239.

Anexos

Anexo 1. Criterios para identificar la oportunidad de evaluación por parte de CEC

Seres humanos	**SI**	**NO**
1. ¿Implica la participación de seres humanos?		**x**
2. ¿Son voluntarios en el ámbito de las ciencias sociales o las humanidades?		**x**
3. ¿Son personas incapacitadas para dar su consentimiento informado?		**x**
4. ¿Son individuos o grupos vulnerables?		**x**
5. ¿Son menores de edad?		**x**
6. ¿Son pacientes?		**x**
7. ¿Son voluntarios sanos para estudios epidemiológicos?		**x**
8. ¿Implica intervenciones físicas en los participantes?		**x**
Datos de carácter personal y privacidad		
1. ¿Implica la recogida y/o tratamiento de datos personales?		**x**
2. ¿Implica la recogida y/o tratamiento de datos personales sensibles como, por ejemplo, salud, vida sexual, raza, opinión política, convicciones religiosas o filosóficas?		**x**
3. ¿Implica el seguimiento u observación tecnológica de los participantes?		**x**
4. ¿Implica un tratamiento de datos personales recopilados previamente a este proyecto/tesis (uso secundario)?		**x**

* Si usted marca que si en alguna de las filas achuradas, usted debe pasar por Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Medicina de la Universidad Andrés Bello o Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud correspondiente.

Por tanto:

Este proyecto: No Requeriría ser evaluado por comité de ética

En el caso que, si requiera, el proyecto se presentará al comité de ética: Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Anexo 2. Matriz de resultados

N°	Título del estudio	Autores	Año de publicación	País donde se realizó el estudio	Población o muestra
1	Barreras en acceso a control preventivo en padres migrantes de infantes en Santiago, Chile, 2018	Méndez, A., Toffoletto, C., Labra, P., Hidalgo, G., & Pérez, S.	2022	Chile	108 padres migrantes de lactantes y preescolares
2	Intention to Use Primary Healthcare Services among South-South Migrants	Cruz-Riveros, C., Urzúa, A., Lagos, C., & Parada, E.	2024	Chile	499 migrantes internacionales
3	Características de la atención pediátrica ambulatoria de las familias nativas y migrantes	Williams, M. R., Alsina, M. R., Ripoli, M., & Schon, A.	2018	Argentina	287 familias, 149 nativas y 138 migrantes extranjeras (77 de origen paraguayo, 57 boliviano, 5 peruano y 1 uruguayo
4	Access and right to health for Bolivian migrants in a Brazilian metropolis	Carneiro Junior, N., Aith, F., Silva, R. A., Wanderley, D. M. V., Luna, E. J., & Shikanai-Yasuda, M. A.	2022	Brasil	633 migrantes bolivianos, 111 niños menores de 10 años, 50 adolescentes mayores de 10 años y 472 adultos
5	Disparities in healthcare-seeking behaviors and associated costs between Venezuelan migrants and Colombians residing in Colombia	Agarwal-Harding, P., Ruscitti, B., Shepard, D. S., Harker Roa, A., & Bowser, D. M.	2024	Colombia	5159 migrantes venezolanos de 60 comunidades colombianas con más migración del país

(continuación)

N°	Sexo	Edad	País de Origen	Estatus migratorio
1	Hombres: 17,6% Mujeres: 82,4%	0–20 años (4,7%), 21–30 años (30,8%), 31–39 años (53,3%), ≥40 años (11,2%).	Bolivia 1,9%. Colombia 11,1 %. Haití 7,4%. Perú 39,8% Venezuela 33,3%. Otras 6,6%	Regular 89,8% Irregular 10,2%
2	Hombres: 39,7% Mujeres: 59,7%	Edad media 37,65 años	Venezuela: 38.1%. Colombia: 26.7%. Perú: 16.4%. Bolivia: 10.2%. Haití: 5.2%. Argentina: 1.2%. Ecuador: 0.6%. Cuba: 0.6%. México: 0.2%. Rumania: 0.4%	Regular 76.2% Irregular 21.2%
3	N/A	N/A	Paraguay: 55%. Bolivia: 41,3%. Perú: 3,6%. Uruguay: 0,7%	94% con DNI y 6% sin DNI.
4	Hombres: 46,3% Mujeres: 53,7%	1-9 años: 16,6%,10-19 años: 13,4%, 20-29 años: 35,1%, 30-39 años: 24,3%, 40 años y más: 10,6%	Bolivia	N/A
5	Mujeres 62,3%, Hombres 37,7%	Edad media 32,7 años	Venezuela	N/A

(continuación)

N°	Situación laboral	Nivel de ingresos económicos	Nivel educacional
1	Madres: dependiente (63,3%), independiente (16,3%), cesante (20,4%) Padres: dependiente (71,4%), independiente (23,8%), cesante (4,8%).	N/A	≥12 años de estudio (77,6% madres; 78,3% padres)
2	Dependiente/contratado: 63.1% Independiente: 16.8% Dueña/o de casa: 7.4% Desempleado/buscando trabajo: 6.6% Jubilado/pensionado: 2.8% Estudiante: 2%	< 100,000 CLP: 12.6% 100,000–300,000 CLP: 27.9% 300,000–600,000 CLP: 51.3% 600,000–1,000,000 CLP: 6.8% ≥ 1,000,000 CLP: 0.6%	Sin educación / primaria incompleta: 2% Primaria completa: 10% Secundaria completa: 48.3% Educación técnica incompleta: 13.6% Educación técnica completa: 16.8% Universidad incompleta: 1.8% Universidad completa: 7.4%
3	58% de nativos con trabajo (37% formal), 65% de migrantes con trabajo (26% formal).	N/A	Adultos Nativos 97%, adultos migrantes 92%, Niños nativos 98%, niños migrantes 95%
4	De los 472 adultos el 90,9% trabajan en costura y el 9,1% en otras ocupaciones. El 100% estaba con trabajo	<1 salario mínimo:11,7%. 1–2 salarios mínimos: 63% . ≥3 salarios mínimos: 25,3%.	En los mayores de 18 años: educación primaria 14,4%, educación secundaria 81,1%, educación superior 4,5%
5	7,4% con empleo formal, 52,3% con empleo, 40,3% sin empleo	$0,82 dólares diarios SD= $0,32 todos los encuestados pertenecían a estratos 1-3 y no hubo diferencia en el registro de ingreso vs los colombianos	N/A

(continuación)

N°	Barrera de acceso Identificada	Conclusiones Principales
1	Horario y tiempos de espera 63%. Desconocimiento del funcionamiento del sistema 39,8%. Transporte 11,1%. Redes de apoyo 10,2%. Aspectos culturales y lingüísticos 9,3%. Actitudes del personal 8,3%. Estado de salud de padres 2,8%.	(1)48,5% de los padres reportó dificultades para asistir a controles preventivos. (2) Las principales barreras fueron organizacionales (horarios, tiempos de espera). (3) También se identificó desconocimiento del sistema como factor de la demanda. (4) Se requieren estrategias con enfoque en determinantes sociales y culturalmente pertinentes para mejorar el acceso de la población migrante.
2	Disponibilidad: media = 3.11, SD = 0.62 Accesibilidad: media = 3.29, SD = 0.67 Aceptabilidad (cultural): media = 3.21, SD = 0.62 Calidad: media = 3.23, SD = 0.61	(1) La intención futura de usar la APS está positivamente asociada a disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios. (2) La discriminación racial y étnica mostró asociación positiva inesperada con la intención de uso, interpretada como estrategia adaptativa ante la adversidad. (3) Educación e ingresos median parcialmente las relaciones, modificando la percepción de barreras y facilitando el acceso.
3	Acceso a trabajo formal 26% Dificultad para obtener atención 40%, Trato amable por parte personal solo 56% (vs 77%) No comprende explicaciones administrativas 11%	(1) El estudio muestra que las familias migrantes tienen altos niveles de alfabetización y escolarización, pero menor acceso a trabajo formal y mayores dificultades en trato institucional y adherencia a indicaciones médicas.
4	Barreras lingüísticas/comunicación 41.5% declararon ser entendidos, 42,6% no entendieron las indicaciones médicas, 59.7% necesitó ayuda durante la atención por problemas de comunicación	(1) El estudio evidencia que, si bien los migrantes bolivianos reconocen el SUS (sistema único de salud) como un derecho universal y lo utilizan con frecuencia, su acceso efectivo se ve limitado por: factores lingüísticos (dificultades de comunicación), legales (documentación irregular), económicos (bajos ingresos, dependencia del sector textil), laborales (jornadas extensas) y estructurales (déficit en atención especializada).
5	Falta de seguro de salud 75,2% Razones económicas 10,6% Percepción de no gravedad de la enfermedad 3,8%	(1) Aunque colombianos y venezolanos comparten perfiles de enfermedad similares, existen desigualdades claras en acceso, costos y comportamientos de búsqueda de atención. (2) La falta de seguro de salud y las barreras económicas son los principales factores que limitan la atención de los venezolanos. (3) Mejorar la afiliación de migrantes al sistema de salud y el acceso a la APS permitiría ahorros significativos en el gasto en salud colombiano y una mejor integración sanitaria.