

# Barreras en acceso a control preventivo en padres migrantes de infantes en Santiago, Chile, 2018

## Barriers to preventive healthcare access in migrant parents of infants in Santiago, Chile, 2018

Andrea Méndez, Cecilia Toffoletto, Patricio Labra, Gonzalo Hidalgo y Sofía Pérez

Recibido 21 abril 2021 / Enviado para modificación 12 junio 2022 / Aceptado 20 junio 2022

### RESUMEN

**Objetivo** Identificar barreras en el acceso a control preventivo de la Atención Primaria en padres migrantes de lactantes y preescolares en Santiago, Chile, en el año 2018.

**Métodos** Estudio observacional, descriptivo, transversal, en una muestra no probabilística de 108 padres migrantes de lactantes y preescolares entre 0-4 años, 11 meses, 29 días, que asisten a jardines infantiles de la comuna de Santiago, en quienes se autoaplicó un cuestionario en español y creole, diseñado y validado en contenido y traducción de forma piloto, previa autorización de Comité de Ética, entre julio y octubre de 2018. Se midieron variables de caracterización sociodemográfica, asistencia a control preventivo y barreras.

**Resultados** Un 7,8% de padres manifestó que su hijo no asistía a control, y 48,5% de los padres indicó que tenía dificultades para asistir. Las barreras para asistir a control fueron en un 63% horario y tiempos de espera, en un 39,8% desconocimiento del funcionamiento del sistema y en un 11,1% transporte.

**Conclusiones** Son necesarias estrategias para mejorar el acceso a salud con una mirada desde los determinantes sociales de la salud.

**Palabras Clave:** Migrantes; accesibilidad a los servicios de salud; preescolar; atención primaria de salud; medicina preventiva (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To identify barriers to preventive healthcare access in migrant parents of infants and young children in Santiago, Chile, 2018.

**Methods** An observational, descriptive, cross-sectional study, in a non-probability sample from 108 migrant parents of 0-4 years old children, attending at pre-primary schools in Santiago was designed. A self-administered questionnaire was used to determine variables, which was designed and validated through pilot tested after approval by an Ethics Committee. Sociodemographic characterization, preventive healthcare attendance, and barriers were measured.

**Results** 7.8% of parents said their child was not attendant to healthcare and 48.5% of parents had difficulties to attend. The barriers were appointment and waiting time (63%), unknown (39.8%), and transport (11.1%).

**Conclusions** The design of strategies to improve access to preventive healthcare in children considering determinants of health is needed.

**Key Words:** Migrants; health services accessibility; child, preschool; primary health care; preventive medicine (*source: MeSH, NLM*).

La migración no es un fenómeno nuevo, sin embargo, ha aumentado su frecuencia en la última década. La movilidad de la población produce consecuencias en la salud y los derechos humanos. Los migrantes se enfrentan a graves obstáculos

AM: Klgo. Ph. D. Farmacología. Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de las Américas. Santiago, Chile. Centro de Investigación e Innovación Biopsicosocial en Enfermedades Crónicas, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de las Américas. Santiago, Chile.

*mmendezg@udla.cl*

CT: Enf. Ph. D. Enfermería en la Salud del Adulto. Escuela de Enfermería, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de las Américas. Santiago, Chile.

*mtoffoletto@udla.cl*

PL: Psc. M. Sc. Salud Pública. Centro de Salud Familiar Alberto Bachelet Martínez, Corporación Municipal de Salud. Santiago, Chile.

*plabra010@ug.uchile.cl*

GH: Klgo. Escuela de Kinesiología, Facultad de Salud y Ciencias Sociales, Universidad de las Américas. Santiago, Chile. Centro de Investigación e Innovación Biopsicosocial en Enfermedades Crónicas, Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de las Américas. Santiago, Chile. Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Santiago, Chile.

*kinegonzalo@gmail.com*

SP: Enf. Esp. Cuidados Críticos del Adulto. M. Sc. Enfermería Mención Gestión Sanitaria. Escuela de Enfermería, Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Universidad de las Américas. Santiago, Chile.

*sofia.perez.jc@gmail.com*

que amenazan su salud y bienestar debido a la discriminación, el idioma, las barreras culturales, la condición jurídica y otras dificultades económicas y sociales (1).

Datos del año 2019 revelan que el número de migrantes internacionales alcanzó los 272 millones en todo el mundo, en comparación a los 258 millones de 2017. De estos, el 48% son mujeres y se estima que hay 38 millones de niños migrantes. Las cifras de la población migrante internacional, según los continentes, son un 31% en Asia, 30% en Europa, 26% en las Américas, 10% en África y 3% en Oceanía (2).

En cuanto a las Américas, el número total de migrantes en 2019 fue de 70,3 millones y, específicamente en América del Sur, un total de 27 millones; de estos, aproximadamente 10 millones inmigraron a los países Latinoamericanos (2). Entre ellos, Chile, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), presentó un número de personas extranjeras residentes de cerca de 1,5 millones al 31 de diciembre de 2019, de las cuales 150 mil correspondieron a niños y niñas entre 0 y 14 años (3).

A nivel mundial, la migración internacional ha sido ampliamente asociada a la vulnerabilidad biológica, social, psicológica, económica y cultural (4), y su impacto en la salud pública está principalmente relacionado con el problema del acceso a la salud. Si bien los países buscan el acceso equitativo a la salud (3), existe una brecha de acceso con relación a los migrantes, sobre todo, el grupo de la población migrante infantil (5).

A nivel internacional, una revisión reciente, en la que el 93% de los estudios provino de Europa y Norteamérica, encontró que el 50,4% de los estudios reportó menor utilización de los servicios de salud por niños migrantes comparado con no migrantes (6).

En Chile, el 62% de la población migrante pertenece al sistema público de salud en comparación a los chilenos con un 77,7%. Esta cifra llega a un 26,6% en niños y niñas de 0 a 14 años, hijos/as de mujeres migrantes. Esto significa que algunos de estos niños y niñas, hijos/as de migrantes internacionales, no estarían accediendo a programas, prestaciones y beneficios de la Atención Primaria de Salud en el contexto de un sistema de salud que tiene cobertura universal para niños y niñas menores de 9 años (7).

El control de salud infantil chileno busca promover la salud integral del niño y de la niña, detectar precoz y oportunamente cualquier enfermedad, acompañar el proceso de crecimiento y desarrollo y vincular familias vulnerables con la red de salud (8). Dadas las brechas en el acceso a salud de niños migrantes, es relevante conocer las barreras que experimentan las familias de migrantes para acceder a la atención de salud infantil, específicamente

en lo concerniente al control de salud infantil por su importancia en la condición de salud de esta población.

En Estados Unidos, las principales barreras en el acceso a atención de salud en niños migrantes africanos son un alto costo de la atención médica y tiempo de espera para una cita médica (9). En Australia, en hijos de madres que no hablan inglés y niños pertenecientes a alguna etnia, se observó un 15,3% y un 15,1%, respectivamente, con al menos una necesidad percibida por los padres como insatisfecha en servicios de salud infantiles, versus un 9,9% en niños australianos cuyas madres sí hablan inglés y las barreras para el acceso a servicios son costo, dificultades con el cuidado de los niños, distancia, problemas de transporte y razones familiares (10).

En Chile, un estudio acerca de las barreras en la atención materno-infantil en mujeres migrantes peruanas encontró que el acceso a la salud se ve limitado por trato discriminatorio, percepción de desinformación sobre el sistema de salud y situación migratoria irregular (11). Sin embargo, esta evidencia es aún insuficiente. No existen estudios a la fecha que hayan identificado barreras en el acceso a control de salud infantil de migrantes en Chile. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es identificar barreras en el acceso a control preventivo de la Atención Primaria en padres migrantes de lactantes y preescolares en Santiago, Chile, en el año 2018.

## MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal. La muestra no probabilística, por conveniencia, fue conformada por 108 padres migrantes de lactantes y preescolares entre 0-4 años, 11 meses, 29 días, asistentes a jardines de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), alfabetizados, que entendían español o creole y que vivían en la comuna de Santiago, Provincia de Santiago.

Las variables recolectadas fueron: sexo (masculino, femenino), edad (0-20 años, 21-30 años, 31-39 años y  $\geq 40$  años), nacionalidad, país de nacimiento, situación migratoria (regular, irregular), situación laboral padre/madre (empleado independiente, empleado dependiente y cesante), nivel educacional ( $< 12$  años de estudio,  $\geq 12$  años de estudio), número de hijos menores de 4 años, previsión de salud del hijo (sí, no, no sabe), inscripción en centro de salud (sí, no, no sabe) y asistencia a control de salud (sí, no, no sabe). Además, se preguntó a los padres sobre la percepción de barreras al acceso al control de salud de su hijo (sí, no) y los tipos de barreras, con categorías definidas siguiendo lo reportado en la literatura (10,11) —desconocimiento del funcionamiento del sistema, horario y tiempos de espera, redes de apoyo,

estado de salud de padres, transporte, actitudes del personal y aspectos culturales y lingüísticos—.

El instrumento utilizado fue un cuestionario en español y creole, autoaplicado, diseñado por los investigadores, validado en aspectos relacionados a contenido en 7 enfermeras de la Universidad Central de Chile y 10 individuos adultos (12) de forma piloto y validado en su versión en creole por un traductor intercultural.

La recolección de los datos se realizó en el periodo julio-octubre de 2018. Luego de la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Central de Chile, se obtuvo la autorización de cada jardín infantil luego de una primera reunión donde se presentó el estudio a los directivos. Posteriormente, los investigadores asistieron a reunión de apoderados para invitar a participar a padres y madres. Luego, se realizó el reclutamiento de los participantes y proceso de toma de conocimiento y firma del consentimiento informado. Una vez firmado el consentimiento, se llevó a cabo la recolección de datos mediante autoaplicación del instrumento.

El análisis se realizó mediante distribución de frecuencias absolutas y relativas en software SPSS 22 (IBM Corporation, versión 2010). A su vez, el estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Central de Chile con el número de folio 08R/2018. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y se resguardó la confidencialidad de los datos.

## RESULTADOS

De un total de 108 padres encuestados, 82,4% eran mujeres, 53,3% tenían entre 31-39 años, 39,8% eran peruanos, 10,2% presentaba situación migratoria irregular, 63,3% de madres y 71,4% de padres eran empleada/o dependiente, aunque en el caso de la madre un mayor porcentaje se encontró en situación cesante en comparación al padre (20,4% vs. 4,8%, respectivamente). Asimismo, 77,6% de madres y 78,3% de padres tenían  $\geq 12$  años de estudio y 85,7% declaró tener solo 1 hijo menor de 4 años (Tabla 1).

**Tabla 1.** Caracterización de padres migrantes, cuyos hijos asisten a jardines de la comuna de Santiago, año 2018

Variable	Categoría	Nº (%)
Sexo	Femenino	89 (82,4)
	Masculino	19 (17,6)
Edad (años)	0-20	5 (4,7)
	21-30	33 (30,8)
	31-39	57 (53,3)
	$\geq 40$	12 (11,2)
Apreciado Dr. Chaparro:	Apreciado Dr. Chaparro:	Apreciado Dr. Chaparro:
	Colombiana	12 (11,1)
	Haitiana	8 (7,4)
	Peruana	43 (39,8)
	Venezolana	36 (33,3)
	Otras	7 (6,5)
País de nacimiento	Boliviana	2 (1,9)
	Colombiana	12 (11,1)
	Haitiana	8 (7,4)
	Peruana	43 (39,8)
	Venezolana	36 (33,3)
Situación migratoria	Otras	7 (6,5)
	Regular	97 (89,8)
Situación laboral madre	Irregular	11 (10,2)
	Empleada independiente	16 (16,3)
	Empleada dependiente	62 (63,3)
Situación laboral padre	Cesante	20 (20,4)
	Empleado independiente	15 (23,8)
	Empleado dependiente	45 (71,4)
Nivel educacional madre	Cesante	3 (4,8)
	<12 años de estudio	22 (22,4)
Nivel educacional padre	$\geq 12$ de estudio	76 (77,6)
	<12 años de estudio	13 (21,7)
Hijos menores de 4 años	$\geq 12$ de estudio	47 (78,3)
	1	90 (85,7)
	2	12 (11,4)
	3	1 (1,0)
	$\geq 4$	2 (1,9)

En cuanto al acceso a servicios o prestaciones de salud del hijo, un 9,7% señaló que su hijo no poseía previsión de salud, sumado a un 3,9% que no sabía. Un 6,5% señaló que su hijo no se encontraba inscrito en ningún Centro de Salud Familiar y un 7,5%, que no sabía. Un 7,8% contestó que su hijo no asistía al control de salud infantil y un 2,9%, que no sabía. Un 48,5% de los padres indicó que tenía dificultades para llevar a su hijo a control de salud infantil (Tabla 2).

**Tabla 2.** Caracterización del acceso a servicios o prestaciones de salud relacionadas al control de salud infantil, y percepción de barreras en el acceso de padres migrantes, cuyos hijos asisten a jardines de la comuna de Santiago, año 2018

Pregunta	Categoría de respuesta	Nº (%)
¿Su(s) hijo(s) cuenta(n) con previsión de salud?	Sí	89 (86,4)
	No	10 (9,7)
	No sabe	4 (3,9)
¿Su(s) hijo(s) se encuentra(n) inscrito(s) en algún Centro de Salud Familiar?	Sí	80 (86,0)
	No	6 (6,5)
	No sabe	7 (7,5)
¿Su(s) hijo(s) asisten al control de salud de niño sano?	Sí	92 (89,3)
	No	8 (7,8)
	No sabe	3 (2,9)
¿Ha experimentado usted dificultades para llevar a su(s) hijo(s) al control de salud de niño sano?	Sí	49 (48,5)
	No	52 (51,5)

Al consultar por las dificultades para acceder al control de salud infantil, las barreras más frecuentemente encontradas fueron: horario y tiempos de espera (63%), desconocimiento del funcionamiento del sistema (39,8%) y transporte (11,1%) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de padres migrantes cuyos hijos asisten a jardines de la comuna de Santiago, según barreras experimentadas para acceder al control de salud infantil, año 2018

Tipo de barrera	Nº (%)
Desconocimiento del funcionamiento del sistema	43 (39,8)
Horario y tiempos de espera	68 (63,0)
Redes de apoyo	11 (10,2)
Estado de salud de padres	3 (2,8)
Transporte	12 (11,1)
Actitudes del personal	9 (8,3)
Aspectos culturales y lingüísticos	10 (9,3)

## DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de la muestra en cuanto a sexo y edad reflejan el perfil de la muestra estudiada: padres jóvenes con edad entre 31 y 39 años y en su mayoría mujeres. Sin embargo, la proporción de mujeres es superior al porcentaje que representan las mujeres en la población migrante chilena (3), lo cual probablemente se relaciona al rol de la madre en el cuidado de los hijos. El hecho de haber recolectado los datos en jardines infantiles justifica este perfil.

En cuanto a la nacionalidad, la mayoría de los migrantes eran peruanos y venezolanos. La inmigración peruana en Chile es de larga data, mientras que los venezolanos se han situado como el grupo extranjero más numeroso en Chile entre 2018 y 2019, conformando el 30,5% del total de inmigrantes extranjeros (3).

Entre padres y madres, la cesantía encontrada en el presente estudio fue un 21,3%. En Chile, la tasa de desempleo en el año 2016 fue de 6,8% y, de esta cifra, el 1,8% eran extranjeros (13). A pesar de mayor representatividad de mujeres en la muestra, la cesantía, encontrada en las madres, sugiere mayor grado de vulnerabilidad en las mujeres que, además, son el principal cuidador, tal como se infiere del hecho de que una amplia mayoría de los encuestados fueran mujeres. Si bien la situación laboral consultada no incorporó la alternativa “dueña de casa”, se consideró la ausencia de ingreso en las madres como un factor de vulnerabilidad (14).

Cabe resaltar que casi un 8% de los padres señala que su hijo no asiste al control de salud infantil, sumado a un 3% que no sabe, en un contexto en el que Chile asume el compromiso de asegurar la protección integral de la infancia, según la ratificación de la “Convención sobre los Derechos del Niño” (15). Más aún, casi la mitad de los padres dijo haber experimentado dificultades para asistir al control con su hijo. Si bien el presente estudio no comparó las dificultades experimentadas por la población migrante con la población nacida en Chile, existe reporte en la literatura internacional que indica menor utilización de los servicios de salud por niños migrantes y mayor percepción de necesidades insatisfechas por padres de niños migrantes (6,10).

Las barreras en el acceso se definen como una serie de factores que obstaculizan a los usuarios el acceso libre a una atención de salud. Pueden presentarse en la “oferta”, es decir, aquello asociado con la prestación y la organización, y/o en la “demanda”, es decir, aspectos relacionados con los usuarios (5). La identificación de las barreras, y dónde se producen, podría ser información relevante para las acciones de salud que buscan mejorar el acceso a servicios y prestaciones de salud. Las barreras encontradas en el presente estudio estuvieron relacionadas, sobre todo, con aspectos de horarios de atención y tiempos de espera, es decir, la “oferta” o barreras organizacionales.

Otra barrera frecuentemente observada, aunque en menor magnitud, fue desconocimiento del funcionamiento del sistema que, aunque es una barrera de la “demanda” o personal, también depende de las acciones del sistema de salud para reducirlas. Estos resultados muestran algunas similitudes con lo reportado por la literatura. En Estados Unidos, las principales barreras en el acceso a atención de salud en niños migrantes africanos

son alto costo de la atención médica y tiempo de espera para una cita médica, es decir, barreras de la oferta (9). Otros estudios sobre la utilización del sistema de salud en Estados Unidos por los migrantes reportan como principales barreras conocimientos limitados sobre el sistema de salud, costo de los servicios, débil manejo del idioma inglés, miedo a la deportación y exposición de su estatus migratorio (16-19).

En Australia, las barreras fueron costo, dificultades con el cuidado de los niños, distancia, problemas de transporte y razones familiares (10), las cuales difieren de las encontradas en Chile.

Por su parte, un estudio cualitativo determinó que las barreras manifestadas por la población ecuatoriana que vive en Barcelona son conocimiento insuficiente del sistema, problemas con la documentación, condiciones de trabajo, disponibilidad de información, recursos, organización y actitud del personal (20). Y un estudio cualitativo chileno reportó que el acceso a salud materno-infantil se ve limitado por trato discriminatorio, percepción de desinformación sobre el sistema de salud y situación migratoria irregular (11). Estos dos últimos casos, que reportan barreras experimentadas por migrantes latinos, coinciden con los resultados del presente estudio en lo referente a percepción de desinformación sobre el sistema de salud.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, dado que el universo estaba representado por hijos de padres migrantes que asisten a jardines infantiles, no es posible establecer presencia y tipo de barreras en aquellos hijos de migrantes que no están inscritos en el sistema preescolar y que son de menor facilidad de contacto. Sin embargo, este estudio permitió identificar de manera efectiva a aquellos padres con dificultades para asistir a control de salud infantil e identificar barreras en el acceso, puesto que los resultados muestran similitudes con lo reportado en estudios previos.

Una ventaja de este estudio es que se incorporó al cuestionario una sección de preguntas relacionadas con la asistencia al control de salud infantil, lo que entrega información relevante sobre la necesidad de fortalecer las medidas destinadas a mejorar la asistencia regular a los controles, adicional a la presencia y el tipo de barreras, que tendrían un impacto en la pesquisa de factores de riesgo psicosocial y ambiental, factores protectores y variables que afectan el crecimiento y desarrollo del niño.

En conclusión, la información obtenida en el presente estudio podría contribuir con el abordaje de los problemas de salud desde un punto de vista no solo científico, sino también humanista y cultural, que impacte la entrega de cuidados culturalmente congruentes y que tengan sentido con lo percibido por ellos como necesidades insatisfechas. Los resultados orientan hacia la importancia de la identificación de las necesidades de población específica, en este

caso migrantes, y entrega información que podría servir de base para el diseño de estrategias de salud dirigidas a mejorar el acceso a salud en este grupo con una mirada desde los determinantes sociales de la salud ♠

**Agradecimientos:** A las directoras y profesoras de jardines infantiles por permitir y facilitar el desarrollo de este estudio y a Báltica Cabieses, investigadora en Universidad del Desarrollo, por la revisión crítica de este trabajo.

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. migración internacional, salud y derechos humanos [Internet]. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos No.4. Ginebra: OMS; 2003 [cited 2020 Oct 5]. <https://bit.ly/3tbfLbo>.
2. Portal de Datos Mundiales sobre la Migración: Una perspectiva global. Número total de migrantes internacionales (mediados de año) 2019 [Internet]. Grand-Saconnex: Organización Internacional para las Migraciones; 2019 [cited 2020 Oct 2]. <https://bit.ly/3TfSHTn>.
3. Chile. Instituto Nacional de Estadísticas, Departamento de Extranjería y Migración. Estimación de personas extranjeras residentes habituales en Chile al 31 de diciembre 2019. Informe Técnico. Santiago: INE, DEM; 2020 [cited 2020 Oct 2]. <https://bit.ly/3WOGwEM>.
4. Cabieses B, Bernales M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017.
5. Cabieses B, Bird P. Glossary of Access to health care and related concepts for low- and middle-income countries (LMICs): a critical review of international literature. *Int J Health Serv.* 2014; 44(4):845-61. <https://doi.org/10.2190/hs.44.4.j>.
6. Markkula N, Cabieses B, Lehti V, Uphoff E, Astorga S, Stutzin F. Use of health services among international migrant children - a systematic review. *Global Health.* 2018; 14(1):52. <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0370-9>.
7. Chile. Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Superintendencia de Salud. Política de salud de migrantes internacionales. Santiago: Ministerio de Salud, FONASA, Superintendencia de Salud; 2015 [cited 2020 Oct 2]. <https://bit.ly/3UCCOwe>.
8. Chile. Ministerio de Salud. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud. Santiago: Ministerio de Salud; 2014 [cited 2020 Oct 3] <https://bit.ly/2OPR9yl>.
9. Adekeye OA, Adesuyi BF, Takon JG. Barriers to Healthcare among African Immigrants in Georgia, USA. *J Immigr Minor Health.* 2018; 20(1):188-93. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0549-9>.
10. Ou L, Chen J, Garrett P, Hillman K. Ethnic and Indigenous access to early childhood healthcare services in Australia: parents' perceived unmet needs and related barriers. *Aust N Z J Public Health.* 2011; 35(1):30-7. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00633.x>.
11. Scozia C, Leiva C, Garrido N, Álvarez A. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Sociedad y Equidad.* 2014;(6):6-33. <https://doi.org/10.5354/rse.v0i6.27213>.
12. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra [Internet].* 2011 [cited 2022 May 8]; 34(1):63-72. <https://bit.ly/3Uy2Dji>.
13. Bravo J. Análisis del empleo inmigrante en Chile. Informe [Internet]. Santiago: Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales; 2016 [cited 2020 Oct 19]. <https://bit.ly/3DPdZlm>.
14. Caamaño Rojo E. Mujer y trabajo: origen y ocaso del modelo del padre proveedor y la madre cuidadora. *Revista de derecho (Valparaíso).* 2010; (34):179-209. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512010000100005>.

15. Chile. Ministerio de Justicia, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Derechos niños y adolescentes. Santiago: Ministerio de Justicia, UNICEF; 2015 [cited 2020 Oct 19]. <https://bit.ly/3ho97Mk>.
16. Hoerster KD, Mayer JA, Gabbard S, Kronick RG, Roesch SC, Malcarne VL, et al. Impact of individual-, environmental-, and policy-level factors on health care utilization among US farmworkers. *Am J Public Health*. 2011; 101(4):685-92. <https://doi.org/10.2105/ajph.2009.190892>.
17. White K, Yeager VA, Menachemi N, Scarinci IC. Impact of Alabama's immigration law on access to health care among Latina immigrants and children: implications for national reform. *Am J Public Health*. 2014; 104(3):397-405. <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301560>.
18. López-Cevallos D. Are Latino immigrants a burden to safety net services in nontraditional immigrant states? Lessons from Oregon. *Am J Public Health*. 2014; 104(5):781-6. <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301862>.
19. Toomey RB, Umaña-Taylor AJ, Williams DR, Harvey-Mendoza E, Jahromi LB, Updegraff KA. Impact of Arizona's SB 1070 immigration law on utilization of health care and public assistance among Mexican-origin adolescent mothers and their mother figures. *Am J Public Health*. 2014; 104(Suppl 1):28-34. <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301655>.
20. Terraza-Núñez R, Toledo D, Vargas I, Vázquez ML. Perception of the Ecuadorian population living in Barcelona regarding access to health services. *Int J Public Health*. 2010; 55(5):381-90. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0180-1>.