

Satisfacción del usuario migrante en servicios de salud chilenos: Adaptación del PSQ-III

MARÍA JOSÉ BAEZA-RIVERA^{1,2,a}, CAMILA SALAZAR-FERNÁNDEZ^{3,a},
DIEGO MANRÍQUEZ-ROBLES^{1,2,b}

Migrant User Satisfaction in Chilean Health Services: Adaptation of the PSQ-III

*Increased Latin American migrants in Chile pose challenges to healthcare services. These migrants report lower access and satisfaction with healthcare services than Chileans. Satisfaction with care is crucial, but there is a lack of psychometrically appropriate instruments to evaluate it. **Objectives:** 1) culturally adapt the PSQ-III for migrants in Chile; 2) obtain evidence of validity, internal consistency, and temporal stability, and 3) compare satisfaction scores at two different times. **Methods:** The PSQ-III was culturally adapted with the collaboration of expert judges and migrants. Then, 283 migrants completed the questionnaire twice (2021 and 2022). Factorial, reliability, test-retest, and related sample tests were performed. **Results:** The final version of the PSQ-III included 13 items grouped into "Satisfaction with healthcare staff" and "Aspects for improvement". Both factors showed excellent reliability and temporal stability. The second factor significantly decreased between times, while the first did not. **Conclusions:** User satisfaction is crucial in healthcare. The adapted version of the PSQ-III provides valid, reliable, stable, and culturally relevant measures over time. This instrument and its results can guide public policies focused on reducing health and access gaps in the migrant population.*

(Rev Med Chile 2023; 151: 1567-1575)

Key words: Transients and Migrants; Health Systems; Patient Satisfaction.

RESUMEN

*El aumento de migrantes latinoamericanos en Chile plantea desafíos en los servicios de salud. Estos migrantes reportan menor acceso y satisfacción con servicios de salud que los chilenos. La satisfacción con las atenciones es clave, pero faltan instrumentos cultural y psicométricamente adecuados que permitan su evaluación. **Objetivos:** 1) adaptar culturalmente el PSQ-III para migrantes en Chile; 2) obtener evidencia de validez, consistencia interna y estabilidad temporal y 3) comparar puntajes de satisfacción en dos tiempos distintos. **Métodos:** Se adaptó culturalmente el PSQ-III con la colaboración de jueces expertos y migrantes. Luego, 283 migrantes completaron el cuestionario en dos tiempos (2021 y 2022). Se realizaron análisis factoriales, de confiabilidad, test-retest y pruebas de muestras relacionadas. **Resultados:** La versión final del PSQ-III incluyó 13 ítems agrupados en dos factores: "Satisfacción*

¹Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Temuco, Chile.

²Laboratorio de Interacciones, Cultura y Salud.

³Departamento de Análisis de Datos, Universidad Autónoma de Chile.

^aPhD.

^bLicenciado en Psicología.

Financiamiento: Los autores declaran haber recibido apoyo financiero para la investigación de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) / FONDECYT Iniciación N° 11181020.

Recibido el 28 de abril de 2023, aceptado el 04 de abril de 2024.

Correspondencia a:

Dra. Camila Salazar-Fernández
Departamento de Análisis de Datos, Universidad Autónoma de Chile, Avenida Alemania 1090, Temuco, Chile.
camila.salazar@uautonoma.cl

con el personal de salud” y “Aspectos de mejora”. Ambos factores mostraron excelente confiabilidad y estabilidad temporal. El segundo factor presentó una disminución significativa entre tiempos, mientras que el primero no. **Conclusiones:** La satisfacción usuaria es crucial en la atención de salud. La versión adaptada del PSQ-III proporciona medidas válidas, confiables estables en el tiempo y culturalmente pertinentes. Este instrumento y sus resultados pueden guiar políticas públicas enfocadas en reducir las brechas de salud y acceso en la población migrante.

Palabras clave: Migrantes, Satisfacción del Paciente, Sistemas de Salud.

La migración internacional a nivel mundial supera los 281 millones de personas¹. En Latinoamérica, esta cifra se eleva a más de tres millones de migrantes que se desplazan dentro de la región, superando el número de sudamericanos que residen en países como Estados Unidos y España². Chile, se ha convertido en un destino atractivo al atraer a más de 1,6 millones de migrantes (9% de la población)¹.

El aumento de la migración plantea desafíos en diversas áreas, incluyendo los servicios de salud³⁻⁹. Si bien la normativa legal chilena establece que los migrantes poseen derecho a la salud, independiente de su situación migratoria^{10,11}, en la práctica, se enfrentan a barreras que dificultan su acceso¹². En un estudio nacional sobre brechas, se encontró que el 16% de migrantes afirmaba no pertenecer a un sistema previsional de salud, un valor siete veces mayor al de las personas nacidas en Chile (2%). Además, los migrantes presentaron menor acceso, cobertura y satisfacción de necesidades a corto y largo plazo en comparación con chilenos¹³. En consecuencia, las investigaciones han demostrado que la población migrante tiene menor acceso y uso de los servicios de salud en comparación con la población local.

Resulta fundamental implementar políticas que promuevan el acceso, cobertura y evaluación de los servicios de salud mediante un marco legal culturalmente pertinente, conforme a la Ley 19.937¹⁴. En este sentido, un elemento clave en las prácticas sanitarias es la satisfacción usuaria, que se encuentra asociada a las percepciones sobre los diversos tipos de prestaciones¹⁵.

La satisfacción usuaria se refiere al grado en que se logran las expectativas sobre los servicios prestados por el sistema de salud, lo que se evalúa mediante el índice de utilización y calidad de la atención otorgada¹⁵. La satisfacción usuaria abar-

ca aspectos relacionados con la disponibilidad de servicios, calidad técnica del personal, capacidad resolutoria y aspectos no médicos, como las relaciones interpersonales entre usuarios y equipo de salud, tiempo de espera, acceso a la información, infraestructura, trato digno y respetuoso^{16,17}.

Desde el año 2013, el Ministerio de Salud realiza anualmente una encuesta para evaluar el trato hacia los usuarios¹⁸. Sin embargo, esta encuesta se suspendió entre 2019 y 2022 debido a la pandemia de SARS-CoV-2. Los resultados del 2018 revelaron que las actitudes del personal médico, como la disposición para escuchar y comprender, la seguridad brindada, la amabilidad y la cortesía ofrecidas, son los factores más influyentes en la evaluación de los servicios de salud. No obstante, una limitación de esta encuesta es su enfoque generalizado, que no distingue entre diferentes grupos de usuarios. En particular, no ofrece información diferenciada sobre la atención recibida por los migrantes comparada con la población chilena. Esto subraya la importancia de evaluar diferenciadamente y, además, contar con instrumento confiable, válido y culturalmente pertinente para evaluar específicamente la satisfacción de los migrantes¹⁹⁻²⁴.

El Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ, por sus siglas en inglés) es un instrumento utilizado internacionalmente para evaluar tanto las dimensiones objetivas como las subjetivas de la satisfacción usuaria en salud. Diversos estudios han revisado este instrumento^{25,26} y han ampliado la satisfacción general a la evaluación de otros aspectos de la atención, como la percepción usuaria sobre la competencia técnica del médico y/o profesionales de la salud, modales interpersonales, como amabilidad, cortesía, respeto y empatía, la comunicación, claridad, efectividad y disposición para escuchar y comprender las preocupaciones

del usuario, el tiempo transcurrido con el médico, dedicación en la atención, aspectos financieros, la relación entre costo y calidad de los servicios, y la facilidad de acceso a éstos, disponibilidad y tiempos de espera.

El estudio de la satisfacción usuaria en salud es relevante, pues está asociada con el comportamiento de los usuarios (e.g., adherencia terapéutica y seguimiento de controles médicos)²⁷⁻²⁹. Además, la satisfacción usuaria puede impulsar la recomendación del servicio, fomentando la utilización del mismo³⁰. Considerando lo anterior, los objetivos de este artículo son: a) adaptar culturalmente el PSQ-III para migrantes latinoamericanos; b) obtener evidencia de validez de constructo, consistencia interna y estabilidad temporal en dos tiempos y c) comparar longitudinalmente los puntajes de satisfacción usuaria. Este estudio se desarrolló en dos etapas, con muestras distintas de migrantes. La primera etapa consistió en la traducción, adaptación cultural y pilotaje del instrumento, mientras que, en la segunda, se evaluó la validez de constructo, consistencia interna, estabilidad temporal del instrumento y una comparación de puntajes entre los dos tiempos, utilizando un diseño de panel.

Material y Método

Etapa 1.1 Traducción y adaptación al español

En primer lugar, se tradujo y retro-tradujo el instrumento desde el inglés al español. Para ello, participaron dos expertos con dominio avanzado del idioma inglés y en temas de salud y migración, quienes de manera independiente tradujeron el instrumento. Las versiones fueron comparadas y, con un enfoque de comité, se discutieron aquellos elementos en disenso. Posteriormente, dos expertos idiomáticos retrotradujeron el instrumento, comprobando que la versión en español era equivalente semántica y conceptualmente a la versión en inglés³¹. El instrumento sometido a revisión fue el PSQ-III^{32,33}, que, en su versión original, consta de 50 ítems que abordan seis aspectos de la satisfacción usuaria con los servicios de salud: trato interpersonal (7 ítems), comunicación (5 ítems), competencia técnica (10 ítems), tiempo pasado con el médico (2 ítems), aspectos económicos (8 ítems) y acceso a los servicios (12 ítems),

así como satisfacción general (6 ítems). Los participantes debían indicar como se sentían respecto a la atención médica recibida, usando un formato Likert desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo). Estudios previos señalan que el PSQ-III reporta buenos niveles de confiabilidad ($\alpha > ,80$), así como validez de constructo³⁴.

Posteriormente, se seleccionaron nueve jueces expertos con base a sus conocimientos y experiencia en metodología y/o temáticas asociadas a migración. Los jueces, (5 mujeres y 4 hombres) poseían el grado académico de doctor y experiencia en temáticas de salud, quienes debieron evaluar la coherencia, suficiencia y claridad de cada ítem. Para ello, debían puntuar cada una de las dimensiones señaladas y con el puntaje otorgado se calculó la V de Aiken³⁵. Este análisis sugiere eliminar aquellos ítems en los cuales el acuerdo es menor a 0,6, por lo cual 18 ítems fueron descartados. Luego de esta evaluación, el instrumento pasó por una etapa de adaptación cultural y pilotaje.

Etapa 1.2. Adaptación cultural con personas migrantes

Previo a la aplicación, seis migrantes provenientes de Venezuela, Colombia y Haití (dos por país) revisaron la versión preliminar del PSQ-III adaptada y elaborada previamente. Mediante entrevistas cognitivas y empleando la técnica "think aloud"³⁶, se evaluó la idoneidad, el significado y la claridad de los 32 ítems resultantes, así como de las instrucciones del instrumento. Como resultado, se identificaron y eliminaron 10 ítems redundantes o que presentaban dificultades para la comprensión de los participantes. Además, se realizaron ajustes en la redacción de algunos ítems, sin modificar su sentido original. La versión final del cuestionario quedó conformada por 22 ítems. Este estudio preliminar y su siguiente etapa fueron aprobados por el Comité de Ética de la universidad patrocinante (Res. N° 21/18).

Etapa 2. Evaluación longitudinal de las propiedades psicométricas

Participantes

Mediante un muestreo intencionado tipo bola de nieve, se seleccionaron 283 migrantes en el tiempo 1 (marzo a septiembre de 2021). Des-

pués de 5 meses, se invitó a participar a la misma muestra en el tiempo 2, logrando una retención del 93% (conformada por 264 migrantes). Los criterios de inclusión fueron: (a) ser mayor de 18 años; (b) ser originario de Venezuela, Colombia o Haití; y (c) residir en la región de La Araucanía. Se excluyeron a turistas y haitianos que no tuviesen un dominio comprensivo del español. El 83% eran venezolanos, el 13% colombianos y el 4% haitianos (Tabla 1).

Instrumentos

Los participantes completaron un cuestionario de autorreporte que incluía variables sociodemográficas y el PSQ-III adaptado en la etapa anterior.

Recolección de datos

Se estableció contacto con organizaciones de migrantes en La Araucanía, quienes difundieron la invitación del estudio. La recolección de datos se realizó mediante una plataforma en línea. En

Tabla 1. Descriptivos de las muestras del estudio

Variable	Tiempo 1 (n = 283)	Tiempo 2 (n = 264)
Edad	34,4 (9,53)	46,4 (9,53)
Tiempo en Chile (meses)	32,12 (22,4)	58,9 (73,5)
Sexo		
Masculino	33% (94)	32% (81)
Femenino	67% (189)	68% (176)
Estado Civil		
Soltero	47% (135)	44% (117)
Casado	24% (69)	25% (67)
Divorciado	2% (7)	3% (8)
Separado de hecho	3% (8)	3% (8)
Conviviendo	23% (64)	25% (64)
Nivel educacional*		
Secundaria completa o inferior	30% (84)	29% (77)
Universitaria completa o incompleta	62% (177)	63% (166)
Posgrado	8% (22)	8% (22)
Nivel Socioeconómico		
Bajo, medio bajo	55% (158)	50% (133)
Medio	42% (120)	48% (126)
Alto, medio alto	3% (5)	2% (5)
Nacionalidad		
Colombia	13% (36)	12% (31)
Venezuela	83% (235)	85% (218)
Haití	4% (12)	8% (3)

Nota. Las variables que muestran una frecuencia que no alcanza el cien por ciento etienen datos perdidos.

*El análisis por país muestra que en Colombia, el 42% de los encuestados tienen como máximo la secundaria completa, el 47% cuenta con educación universitaria (completa o incompleta), y el 11% posee estudios de posgrado. En Venezuela, el 25% tiene secundaria completa o inferior, 67% ha alcanzado educación universitaria (completa o incompleta), y el 7% tiene estudios de posgrado. Por último, en Haití, el 83% de los participantes solo ha completado la secundaria o menos, menos del 17% ha cursado algún nivel de educación universitaria (sin llegar al 17% exacto para evitar ambigüedad y asegurar precisión), y no se reportan individuos con estudios de posgrado (0%).

el consentimiento informado se presentó el objetivo del estudio y los resguardos éticos. El tiempo promedio de respuesta fue de 20 minutos, compensando a los participantes con \$7.000 CLP en el tiempo 1 (alrededor de 8 dólares) y con \$10.000 CLP (aproximadamente 12 dólares) en el tiempo 2.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos de los datos del tiempo 1 utilizando SPSS versión 25.0³⁷. Para realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se utilizó el *software* Factor Analysis³⁸. Dada la naturaleza ordinal de los datos, se ejecutaron AFEs basados en matrices policóricas con una estimación robusta (RDWLS). Se utilizó el análisis paralelo para determinar la extracción de factores³⁹ y una rotación Normalized Varimax. La adecuación de la matriz de datos se evaluó con el indicador de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO > 0,60$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($p < 0,05$). La Medida de Adecuación Muestral (MSA) de los ítems fue inferior a 0,50, lo que indica que cada ítem no mide el mismo dominio que el resto. Luego, para confirmar la solución, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con los datos del tiempo 2 para proveer evidencia de validez de constructo. Este modelo fue ajustado usando el método DWLS, adecuado para variables ordinales y fueron evaluados de acuerdo con los siguientes índices de ajuste: CFI y $TLI > 0,95$ y, $SRMR$ y $RMSEA \leq 0,08$. Luego, se evaluó la consistencia interna con el coeficiente Alfa Ordinal (α)⁴⁰. Para evaluar la estabilidad temporal de la escala, entre tiempo 1 y 2, se usó el coeficiente de correlación r de Pearson. Finalmente, se usó la prueba t de muestras relacionadas para la comparación de puntajes entre tiempo 1 y 2.

Resultados

El AFE presentó 9 ítems problemáticos con comunalidades inferiores a 0,30. Estos ítems fueron eliminados, quedando el instrumento con 13 ítems. Este análisis reveló que la matriz de datos era factorizable ($KMO = ,904$, $\chi^2(210) = 3156,5$, $p < 0,001$). Los ítems se agruparon en dos factores que explicaban 72% de la varianza. Estos resultados fueron confirmados con el AFC, $\chi^2(64) = 171,85$, $p < 0,001$, $CFI = 0,99$, $TLI = 0,99$, $SRMR$

$= 0,05$, $RMSEA = 0,08$ [IC 95%: 0,026, 0,09]. Las cargas factoriales para AFE y AFC, así como las confiabilidades se encuentran en la Tabla 2. El factor 1, llamado "Satisfacción con el personal de salud" abarcó 10 ítems vinculados a aspectos favorables de la atención médica que hacen referencia a la competencia y habilidades del personal sanitario, su actitud, capacidad para mostrar empatía y un auténtico interés por el bienestar del usuario, la atención y el tiempo que dedican a cada usuario, su habilidad para escuchar y explicar de forma adecuada las indicaciones y tratamientos médicos, así como su experiencia y cercanía con el usuario. El factor 2, denominado "Aspectos de mejoras", agrupó 3 ítems que reflejan la actitud crítica y constructiva del usuario hacia la atención médica y el sistema de salud en general. Esta categoría se enfoca en la percepción de mejoras y puede ser utilizada para identificar oportunidades de desarrollo en la calidad de la atención médica y el sistema de salud en general.

Los resultados test-retest revelaron estabilidad temporal para el factor 1 ($r = 0,676$, $p < 0,001$) y para el factor 2 ($r = 0,527$, $p < 0,001$). Finalmente, al comparar longitudinalmente, los puntajes de cada factor encontraron diferencias significativas en las medias del factor 2 ($t = 2,60$, $gl = 263$, $p < 0,05$, $d = 0,159$). Específicamente, en el factor aspectos de mejora, se encontraron puntajes menores en el tiempo 2 ($M = 2,03$, $DE = 0,772$) que en el tiempo 1 ($M = 2,18$, $DE = 0,903$), en las áreas de mejora; mientras que no se reportaron diferencias significativas en la experiencia positiva en la atención ($t = 1,18$, $gl = 263$, $p = 0,239$).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue adaptar culturalmente y estimar las propiedades psicométricas de un instrumento que mide satisfacción usuaria de migrantes en la atención sanitaria en Chile. Esta versión del PSQ-III reveló una estructura de dos factores que explicaba, conjuntamente, el 72% de la varianza, con una confiabilidad y estabilidad temporal excelentes.

Disponer de instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas es esencial para garantizar mediciones válidas, confiables y precisas. Esto cobra especial relevancia dado que la Ley 19.937 establece la obligación de medir la satisfacción

Tabla 2. Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio del Cuestionario de Satisfacción del Paciente

	AFE (n = 283)						AFC (n = 264)					
	Descriptivos		Carga Factorial		Descriptivos		Carga Factorial		Error Típico			
	M	DE	Factor 1	Factor 2	M	DE	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2		
1. Tengo confianza en el personal de salud que me atiende	3.534	1.071	0,816		3.451	0,978	0,884		0,014			
2. El personal de salud que me atiende es competente y está bien entrenado	3.670	1.047	0,824		3.598	0,840	0,827		0,015			
3. El personal de salud escucha con atención todo lo que quiero decir	3.455	1.163	0,776		3.417	0,952	0,817		0,015			
4. El personal de salud que me atiende tiene interés genuino en mí como persona	3.246	1.159	0,813		3.273	0,972	0,790		0,016			
5. Estoy satisfecho/a con los cuidados/ atención de salud que he recibido	3.527	1.028	0,834		3.462	1.005	0,788		0,016			
6. El personal de salud es amable y cortés	3.640	1.104	0,811		3.617	0,944	0,787		0,016			
7. El personal de salud que me atiende tiene gran experiencia	3.447	1.046	0,833		3.432	0,824	0,784		0,015			
8. El personal de salud usualmente me dedica suficiente tiempo	3.223	1.137	0,834		3.095	1.083	0,726		0,017			
9. El personal de salud me explica adecuadamente las indicaciones y los motivos para los exámenes o tratamientos	3.492	1.086	0,749		3.409	0,990	0,696		0,016			
10. El personal de salud es cercano	3.072	1.203	0,682		2.977	0,986	0,609		0,019			
11. Hay algunas cosas sobre la atención de salud que recibo que podrían ser mejores	2.258	1.134		0,805	2.008	0,872	0,938		0,050			
12. Hay cosas del sistema de salud que deberían mejorar	2.076	1.047		0,914	1.898	0,919	0,818		0,044			
13. Los médicos deberían ser más minuciosos al tratarme y examinarme	2.212	1.061		0,635	2.186	1.006	0,636		0,036			
α Ordinal			0,974	0,959								
Varianza explicada (%)			53,35	18,82								

usuaria en los centros de salud. Sin embargo, desde el año 2018 no hay datos públicos disponibles. Los datos obtenidos mediante transparencia revelaron que la encuesta empleada para evaluar la satisfacción no reporta propiedades psicométricas que permitan asegurar la calidad de los datos recabados y, no diferencia entre las percepciones de distintos tipos de usuario (e.g., según nacionalidad). Por lo tanto, el aporte de este estudio es proporcionar un instrumento de aplicación breve y con propiedades psicométricas adecuadas que cumpla con los objetivos de la normativa legal, y que contribuya a mejorar la accesibilidad y calidad de los servicios de salud para migrantes, promoviendo la equidad en estos contextos¹⁵.

Es crucial señalar que la Estrategia Nacional de Salud al 2030 contempla como eje estratégico asegurar la calidad de la atención en aspectos como la gestión, calidad e innovación de los sistemas de salud¹⁵. No obstante, aún persisten barreras que dificultan el acceso a la salud tanto para la población local como para la migrante^{12,41,42}. Estas barreras incluyen aspectos legales, idiomáticos, culturales, falta de información, discriminación, estigmatización y reticencia para acudir a los centros de salud¹⁴. Esta situación complica la evaluación de la calidad de la atención y afecta negativamente la salud, capacidad laboral y la calidad de vida las personas, especialmente en el caso de los migrantes. Por lo tanto, es fundamental abordar estas barreras para garantizar una atención sanitaria de calidad e inclusiva.

Un aspecto relevante de los resultados, es que se encontró que el factor 1 de "Satisfacción con el personal de salud" no mostró cambios significativos al cabo de 5 meses, manteniéndose un puntaje alto. Aunque esto es positivo, es relevante contrastarlo con datos obtenidos en este mismo estudio que muestran que más del 50% nunca o rara vez ha utilizado los servicios de salud. Futuras investigaciones deberán explorar las razones del no uso, ya sea porque existen barreras en el acceso o porque no han requerido atenciones de salud en los servicios de salud. De esta manera, se podría contar con información que permita fomentar la consulta y acceso oportuno en los centros de salud en caso de requerirlo¹³. Al respecto, futuros estudios deberán indagar en las motivaciones y barreras reportadas por aquellos que utilizan los servicios para focalizar los esfuerzos que permitan generar fomentar la consulta oportuna a los

centros de salud^{13,43,44}.

Para finalizar, es necesario plantear que la recolección de datos en línea, debido a la pandemia por SARS-CoV-2, representa una limitación en este estudio. Dicho procedimiento restringió la cantidad de participantes e introdujo sesgos al excluir a migrantes sin acceso a internet. Además, muchos migrantes manifestaron desconfianza al proporcionar información en línea, temiendo un uso indebido de la misma, lo que generó un sesgo de autoselección. Futuros estudios deberán abordar estos problemas e implementar estrategias para obtener muestras más heterogéneas. Adicionalmente, se sugiere que futuros estudios evalúen posibles diferencias en los significados que distintos grupos de migrantes le dan a los conceptos de salud/enfermedad, pues este aspecto podría influir tanto en el acceso como en la percepción que realizan los usuarios de su atención en salud.

En conclusión, la satisfacción usuaria es un aspecto clave en la atención de salud y, para evaluarla es necesario contar con instrumentos pertinentes. Así, con datos confiables y válidos se podrán dirigir los esfuerzos en política pública para reducir las brechas en salud y acceso a los servicios para migrantes y población local.

Agradecimientos

Los autores de este trabajo agradecen a Leslie Araneda Leal por los comentarios realizados al borrador del manuscrito.

Referencias

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs. International migrant stock [Internet]. Population Division. 2021. Available from: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
2. Cerrutti M, Parrado E. Intraregional Migration in South America: Trends and a Research Agenda. *Annu Rev Sociol*. 2015 Aug 14;41(1):399–421.
3. Baeza-Rivera MJ, Salinas-Oñate N, Larenas J. Y verás como quieren en Chile al amigo cuando es forastero: El caso de los colombianos en Temuco, Chile. In: Bustos V, Mayor D, editors. *Desplazamiento: perspectivas y estrategias de intervención desde el Caribe colombiano*.

- Editorial Universidad del Norte.; 2022. p. 225–49.
- Urzúa A, Baeza-Rivera MJ, Caqueo-Urizar A, Henríquez D. Optimism and Intolerance to Uncertainty May Mediate the Negative Effect of Discrimination on Mental Health in Migrant Population. *Healthcare*. 2023 Feb 8;11(4):503.
 - Baeza-Rivera MJ, Salazar-Fernández C, Manríquez-Robles D. Salud mental en migrantes: Evidencia transversal y longitudinal desde Chile. In: VIII Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Concepción, Chile. Sociedad Interamericana de Psicología; 2022.
 - Barrera-Herrera A, Baeza-Rivera MJ, Salazar-Fernández C, Manríquez-Robles D. Analysis of the Mental and Physical Health Symptomatology Scale in a Sample of Emerging and Migrant Adults in Chile. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar 7;20(6):4684.
 - Baeza-Rivera MJ, Salinas-Oñate N, Salazar-Fernández C, Larenas Said J, Araneda Leal L. Inmigración en La Araucanía, ¿cómo viven este proceso haitianos, colombianos y venezolanos? *Revista de Psicología*. 2022 Jul 29;31(1):42–53.
 - Baeza-Rivera MJ, Salazar-Fernández C, Manríquez-Robles D, Salinas-Oñate N, Smith-Castro V. Acculturative Stress, Perceived Social Support, and Mental Health: The Mediating Effect of Negative Emotions Associated with Discrimination. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 9;19(24):16522.
 - Manríquez-Robles D. El derecho a la salud mental en la nueva constitución. Una discusión inmediata. In: Carrasco C, Quiroz C, editors. *Una nueva constitución Una propuesta desde La Araucanía*. 1st ed. Temuco: Ediciones UC Temuco; 2021. p. 237–45.
 - Ministerio de Salud de Chile. Política de salud de migrantes internacionales. Santiago; 2018.
 - Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. International migration as a social determinant of health in Chile: Evidence and recommendations for public policies. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2017. 71 p.
 - Cabieses B, Bustos P. Vulnerabilidad social en salud por parte de migrantes internacionales en Chile. In: Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V, editors. *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. 1st ed. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2016. p. 318–48.
 - Cabieses B, Oyarte M. Acceso a salud en inmigrantes: identificando brechas para la protección social en salud. *Revista de Saúde Pública*. 2020;54:1–20.
 - Cabieses B, Obach A, Urrutia C. Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo; 2021.
 - Subsecretaría de Salud Pública. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. Santiago de Chile; 2022 [cited 2022 Nov 5]. Available from: <https://www.minsal.cl/>
 - Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del Servqhos: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista de Calidad Asistencial*. 2003 Jan;18(5):263–7.
 - Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:11–27.
 - Consultores Asociados de Marketing. Informe Final de Resultados de Medición de la Calidad de Trato Usuario 2018, para Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud y Establecimientos Dependientes de los SS. Santiago; 2018.
 - Salinas-Oñate N, Betancourt H, Flynn P, Baeza-Rivera MJ, Ortiz M. Investigating psychological service utilization employing an integrative sociostructural, cultural, and behavioral framework. *Prof Psychol Res Pr*. 2022 May 12;
 - Baeza-Rivera MJ, Betancourt H, Salinas-Oñate N, Ortiz M, Marín O, Valle G. Identificación y medición de creencias culturales sobre los médicos: construcción y validación de un instrumento. *Rev Med Chil*. 2018;146(3):308–14.
 - Baeza-Rivera MJ, Salinas-Oñate N, Escandón-Nagel N, Caamaño Mardones E. Validación de la Escala de Reacciones ante Experiencias de Trato Desigual en Salud. *Revista Ciencias de la Salud*. 2020 Oct 31;18(3).
 - Baeza-Rivera MJ, Salinas-Oñate N, Gómez-Pérez D, Díaz-Loving R, Ortiz M. Model to Predict Healthcare Behaviors: Comparison of a Chilean and Mexican Sample. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 15;19(16):10067.
 - Baeza-Rivera MJ, Betancourt H, Salinas-Oñate N, Ortiz MS. Creencias culturales sobre los médicos y percepción de discriminación: El impacto en la continuidad de la atención. *Rev Med Chile* 2019 Feb;147(2):161–7.
 - Baeza-Rivera MJ, Salinas-Oñate N, Ortiz MS, Villanueva M, Díaz-Loving R. Escala para Medir Creencias sobre Médicos: Adaptación y Evidencias de Validez y Confiabilidad en Adultos Mexicanos. *Acta Investig Psicol* [Internet]. 2021 Apr 1;11(1):40–8. Available from: https://revista-psicologia.unam.mx/revista_aip/index.php/aip/article/view/372
 - Ware Jr JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care*. 1988;26(4):393–402.
 - Ware Jr JE, Manning Jr WG, Wells KB, Duan N, Newhouse JP. Health status and the use of outpa-

- tient mental health services. *American psychologist*. 1984;39(10):1090.
27. Ortiz MS, Baeza-Rivera MJ, Salinas-Oñate N, Flynn P, Betancourt H. Atribución de malos tratos en servicios de salud a discriminación y sus consecuencias en pacientes diabéticos mapuche. *Rev Med Chile* 2016 Oct;144(10):1270–6.
 28. Smedley BD, Myers HF. Conceptual and Methodological Challenges for Health Disparities Research and Their Policy Implications. *Journal of Social Issues* [Internet]. 2014 Jun;70(2):382–91. Available from: <https://online-library.wiley.com/doi/10.1111/josi.12065>
 29. Bird ST, Bogart LM, Delahanty DL. Health-Related Correlates of Perceived Discrimination in HIV Care. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2004 Jan;18(1):19–26. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/108729104322740884>
 30. Peyrot M, Cooper PD, Schnapf DJ. Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. *J Health Care Mark*. 1993;13 1:24–33.
 31. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):57–66.
 32. Ware JE, Snyder MK, Wright WR. Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol. I, Part B: Results Regarding Scales Constructed from the Patient Satisfaction Questionnaire and Measure of Other Health Care Perceptions. (NTIS Publ. No. PB 288-330). National Technical Information Service: Springfield VA. Springfield; 1976.
 33. Ware JE, Snyder MK, Wright WR. Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol. I, Part A: Review of Literature, Overview of Methods, and Results Regarding Construction of Scales. (NTIS Publ. No. PB 288-329). National Technical Information Service: Springfield VA. Springfield; 1976.
 34. Marshall GN, Hays RD, Sherbourne CD, Wells KB. The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychol Assess*. 1993 Dec;5(4):477–83.
 35. Aiken L. Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educ Psychol Meas*. 1985;45(1):131–42.
 36. Miller K, Willson S, Chepp V, Padilla JL. *Cognitive interviewing methodology*. New Jersey: Wiley; 2014.
 37. International Business Machines. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows [Internet]. Armonk: IBM Corp; 2017 [cited 2022 Aug 15]. Available from: <https://www.ibm.com/cl-es>
 38. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*. 2017;29(2):236–41.
 39. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods*. 2011 Jun;16(2):209–20.
 40. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. A note on improving EAP trait estimation in oblique factor-analytic and item response theory models. *Psicológica*. 2016;37(2):235–47.
 41. Avaria A, Cabieses B, Obach A. *Salud y migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy*. 1st ed. Santiago: RIL Editores; 2021.
 42. Manríquez-Robles D. Los desafíos en la cobertura, acceso y calidad de la atención en salud mental durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2022;25(2):257–8.
 43. Baeza-Rivera MJ, Salazar-Fernández C, Aranera-Leal L, Manríquez-Robles D. Aculturación y salud mental en población migrante de la región de La Araucanía, el rol de los mediadores y moderadores. Resultados preliminares proyecto FONDECYT Iniciación 11181020. Reporte técnico 1. Temuco; 2022.
 44. Baeza-Rivera MJ, Salazar-Fernández C, Manríquez-Robles D. Aculturación y salud mental en población migrante de la región de La Araucanía, el rol de los mediadores y moderadores. Resultados preliminares proyecto FONDECYT Iniciación 11181020. Reporte técnico 2. Temuco; 2022.