



Universidad de Concepción  
Dirección de Postgrado  
Programa de Magister en Salud Sexual y Reproductiva

**DETERMINANTES PARA LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE POBLACIÓN MIGRANTE EN LA  
PROVINCIA DE IQUIQUE.**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

JAVIERA CONSTABEL CALBUCOY  
CONCEPCIÓN-  
CHILE  
2025

Docentes Guía:

Dra. Mercedes Carrasco Portiño

Dpto. de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

Dra. Cecilia Bustos Ibarra

Dpto. de Trabajo Social, Facultad Ciencias Sociales, Universidad de Concepción

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	9
OBJETIVOS.....	17
MATERIAL Y MÉTODO.....	18
RESULTADOS.....	24
DISCUSIÓN.....	43
LIMITACIONES Y FORTALEZAS.....	49
CONCLUSION .....	50
PROYECCIONES.....	51
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	52
ANEXOS.....	58

## RESUMEN

**Introducción:** La migración ha aumentado en Chile y constituye un determinante social que impacta en el acceso a la salud. Dado que gran parte de la población migrante se encuentra en edad reproductiva, esta situación se refleja en los servicios de salud sexual y reproductiva, por lo que resulta relevante conocer las determinantes asociadas al acceso en su atención en el sistema sanitario.

**Objetivo:** Comprender los determinantes de la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva de población migrante en la provincia de Iquique.

**Material y método:** Estudio cualitativo exploratorio-descriptivo con perspectiva fenomenológica a través de los datos emanados del proyecto FONDECYT Regular 1220371. Con un muestreo teórico intencionado en bola de nieve se realizaron 23 entrevistas semiestructuradas a personas migrantes. Se utilizó la técnica de análisis de contenido a través de ATLAS Ti.

**Resultados:** Las experiencias recogidas evidencian que la búsqueda o postergación de la atención en salud sexual y reproductiva responde a una interacción dinámica de diversos factores interrelacionados que según su naturaleza pueden facilitar u obstaculizar tanto el acceso como la permanencia en los distintos niveles de atención.

**Conclusión:** Se evidencian características facilitadoras y obstaculizadoras para acceder a la atención en salud sexual y reproductiva, que dan cuenta de las complejidades del acceso, la calidad y la continuidad de la atención a la población migrante. Se propone un nuevo modelo de cinco niveles para comprender los factores que influyen en la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva y su permanencia en el sistema

**Palabras clave:** Migrante, Salud sexual y reproductiva, Acceso a servicios de salud.

## **ABSTRACT**

### **DETERMINANTS OF SEEKING SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE AMONG MIGRANT POPULATION IN THE PROVINCE OF IQUIQUE.**

**Introduction:** Migration has increased in Chile and is a social determinant that impacts access to healthcare. Since a large portion of the migrant population is of reproductive age, this situation is reflected in sexual and reproductive health services. Therefore, it is important to understand the determinants associated with access to care in the healthcare system.

**Objective:** To understand the determinants influencing the search for sexual and reproductive health care among the migrant population in the province of Iquique.

**Material and Methods:** An exploratory-descriptive qualitative study with a phenomenological perspective based on data from the FONDECYT Regular Project 1220371. Using snowball sampling, 23 semi-structured interviews were conducted with migrants. Content analysis was performed through ATLAS Ti software.

**Results:** The experiences gathered reveal that the search for or postponement of sexual and reproductive health care is influenced by a dynamic interaction of various interrelated factors, which, depending on their nature, can either facilitate or hinder both access and continuity of care at different levels.

**Conclusion:** Facilitating and hindering factors for accessing sexual and reproductive health care are evident, shedding light on the complexities of access, quality, and continuity of care for the migrant population. A new five-level model is proposed to understand the factors influencing the search for sexual and reproductive health care and its continuity within the system.

**Keywords:** Migrant, Sexual and reproductive health, Access to healthcare services.

## **Introducción**

La migración es un fenómeno dinámico y complejo que ha ido en aumento a nivel mundial, de lo que Chile no se encuentra exento, debido a que ha aumentado significativamente la población migrante. En los últimos años, la población migrante en el país ha crecido de manera significativa, siendo los principales países de origen, en orden ascendente, Bolivia, Haití, Colombia, Perú, Venezuela y Ecuador.

La mayor concentración de población migrante se encuentra en edad reproductiva por lo que el principal impacto en la salud pública se podrá ver reflejado en las prestaciones de salud sexual y reproductiva. La evidencia mundial señala que existe un retraso en el uso de estos servicios de salud y que incluso pudiese existir una subutilización de las prestaciones ligado a una desinformación sobre los servicios disponibles, además se señala discriminación y problemas de organización administrativa propios de establecimientos de salud donde el profesional no logra comprender las necesidades específicas de la población migrante.

El derecho a la salud para la población migrante en Chile se encuentra establecido bajo la Ley N°21.235 en su artículo 15 el cual menciona “Los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, tendrán acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los nacionales.” Con el objetivo de garantizar acceso a la salud de la población migrante es que en año 2016 en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) se crea un Número Identificador Provisorio (NIP), que permite que las personas migrantes en situación irregular, sin Rol Único Nacional (RUN) puedan acceder de forma gratuita a las prestaciones de la red pública de salud, cubiertos en FONASA mediante tramo A. Pese a lo señalado, la evidencia muestra desigualdades vinculadas al acceso oportuno, la falta de información y las dificultades para agilizar trámites de documentación, identificadas como barreras en mujeres migrantes de Santiago de Chile en un estudio cualitativo. En este contexto, se vuelve relevante profundizar en los factores que determinan el acceso y la permanencia de la población migrante en los servicios de salud sexual y reproductiva.

## **Marco teórico**

La Migración es un proceso dinámico definido por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) como un “movimiento fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de una frontera internacional o dentro de un país”(1).

El Informe sobre migraciones en el mundo 2022 señaló que el número de migrantes internacionales ha tenido un crecimiento exponencial a nivel mundial, pese a la pandemia reciente, se estima que 1 de cada 30 personas pertenece a población migrante.(2)

La migración es un fenómeno complejo, el cual es necesario abordar teniendo en cuenta elementos claves debido que en algunos casos lleva a precarización de condiciones de vida de la población migrante. Un aspecto relevante es la salud debido a que ser migrante tendría un impacto en el acceso y la utilización de servicios de salud por lo que es reconocida como un determinante de salud para la Organización Mundial de Salud y para la OIM .(3) En una revisión sistemática se evidencia que las determinantes sociales de la salud resultan ser las principales responsables de las diferencias en el estado de salud y en la cual las condiciones sociodemográficas afectan con mayor impacto a la población migrante en comparación a la población nativa (4)

Una atención de salud accesible y de calidad para migrantes es de gran relevancia para la salud pública, la que puede verse condicionada por las barreras organizativas y administrativas de cada país o estado, no sólo en cuanto a la situación legal de la población migrante, pues pese a la accesibilidad legal disponible, la evidencia señala que siguen existiendo diferencias y desigualdades en el acceso a la atención médica.(4, 5)

La literatura científica señala que hay un retraso en el uso de estos servicios de salud y que incluso pudiese existir una subutilización de las prestaciones ligada a

una desinformación sobre los servicios disponibles y el acceso a éstos, además de barreras lingüísticas, limitaciones financieras, brechas culturales, temor a deportación por no contar con documentos legales y la barrera existente por parte del equipo de salud ligado a la actitud de dichos proveedores que interfiere con la capacidad de comprender las necesidades específicas de la población migrante. (5, 6)

La relación entre el uso de los servicios y sus determinantes puede comprenderse a través de modelos teóricos de comportamiento que expliquen el uso de los servicios de salud. Uno de los modelos más utilizados corresponde al modelo de Andersen desarrollado en 1968, el que posee una gran capacidad de utilidad en estudios y que tiene como finalidad de comprender los determinantes en la utilización de servicios de salud centrándose en determinantes contextuales e individuales, que incluyen factores predisponentes (predisposición al uso de servicio de salud), facilitadores (capacidad de obtener los servicios de salud) y de necesidad (nivel de enfermedad). (7, 8)

Se han desarrollado varias adaptaciones del modelo original, una de estas adaptaciones corresponde al modelo de comportamiento de Gelberg-Andersen, este modelo además de incorporar características propias del modelo de Andersen también incorpora dimensiones específicas de la población vulnerable como vivienda, acceso financiero, barrera de idioma, abuso de sustancias. (9, 10) Este modelo fue utilizado en una investigación que tenía como objetivo comprender las necesidades y comportamientos de adolescentes sirias en el Líbano, tuvo como resultado que las principales necesidades de salud de la población correspondían al embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual y la violencia de género, además identificó determinantes estructurales y socioculturales de la salud que influirán en su atención. (9)

En Chile, Bascur-Castillo en el año 2019 propone una adaptación que, además de integrar estos determinantes, organiza el acceso a los servicios de salud en distintos niveles (individual, del entorno, primario y secundario). Inicialmente aplicado

exclusivamente a disfunciones de piso pélvico, este modelo ofrece un marco útil para comprender el acceso a la salud sexual y reproductiva, dado que permite analizar de manera integrada las dimensiones individuales, socioculturales e institucionales que influyen en la búsqueda de atención y en la permanencia en el sistema.(11)

Una revisión sistemática realizada en Europa afirma que pese a la aspiración por garantizar igualdad en el acceso a atención médica a migrantes persiste desigualdad de atención y necesidades de salud insatisfechas particularmente en lo referido a salud materna.(4) Por tanto, la salud sexual y reproductiva abarca una atención oportuna y de calidad en materias de gestación, atención neonatal, planificación familiar, eliminación de aborto inseguro y de infecciones de transmisión sexual promoviendo una salud sexual que se encuentra fuertemente ligado a los derechos sexuales y reproductivos, pues para que la salud sexual se lleve a cabo los derechos sexuales deben ser respetados, protegidos y ejercidos. (12) La prestación de los servicios en salud sexual y reproductiva adquieren una especial importancia para la salud pública debido a que la mayor concentración de migrantes a nivel mundial se encuentra en edad reproductiva entre 14 y 49 años con un promedio de 39 años.(6) En este contexto el acceso y la utilización de estas prestaciones resultan fundamentales.

Un estudio realizado en Dinamarca a migrantes en cuanto a su salud sexual y reproductiva evidenció que en las mujeres migrantes aumenta el riesgo de morbimortalidad perinatal ligado a un mayor riesgo de trastornos mentales perinatales, parto prematuro, hijos pequeños para la edad gestacional, alta tasa de aborto, complicaciones de aborto y un aumento de violencia por el compañero íntimo. Asimismo, se señala que parecía haber una respuesta tardía en cuanto a signos de alarma en el embarazo de las mujeres migrantes lo que podría estar asociado a dificultad de comunicación y acceso con el establecimiento de salud para una atención adecuada.(6, 13).

En Suecia a través de un estudio cualitativo se investigó acerca de la percepción desde los prestadores de atención en salud sexual y reproductiva a migrantes del sur de este país, dentro de los principales elementos que se consideraron de mayor relevancia fue el tema cultural especialmente la opinión y conocimiento de la población migrante acerca de la sexualidad. Se estimaba que dichos migrantes carecían o poseían muy limitados conocimientos con respecto a la sexualidad de forma predominante al funcionamiento del cuerpo y al acceso a la atención. Además, se menciona un racismo encubierto en la atención sanitaria cargada con prejuicios y hostilidad como barrera en la atención a población migrante(14)

En Uganda se ha demostrado una subutilización de los servicios de salud de jóvenes migrantes en comparación a ugandeses, pese a que valoraban el servicio de salud tenían un distanciamiento de este mismo deliberando mayores necesidades de atención en salud al resto de la población hasta que su problema de salud fuera tal que le impidiera producir ingresos debido a que esta era su prioridad. Dada la dificultad económica con la que llegaban la mayoría obtenía trabajos extenuantes con patrones rígidos de trabajo, lo que le otorgaba una escasa flexibilidad horaria a la atención, por lo que valoraban positivamente la extensión horaria de los servicios de salud. Concluían en dicho estudio que “las situaciones de precariedad que viven los participantes moldean sus percepciones sobre la salud y los servicios de salud, ya que los problemas de salud tuvieron que ganarse su lugar en una escala de prioridades determinada por la urgencia.”(15)

Una revisión sistemática exploratoria que incluyó 92 estudios señala que las personas que se ven forzadas a migrar transitan por lo general hacia países de medianos y bajos ingresos enfrentando múltiples barreras sociales y estructurales que limitan su acceso a la salud sexual y reproductiva. Entre las barreras destaca el estigma interseccional relacionado con la condición del migrante, el nivel socioeconómico, el género, la edad y la alfabetización limitada. Además, la revisión señala que una prestación inadecuada de servicios de salud sexual y reproductiva se asocia con riesgos elevados de VIH y otras Infecciones de transmisión sexual,

así como con embarazos no deseados y abortos inseguros.(16)

En cuanto al acceso de servicios prenatales una investigación cualitativa descriptiva realizada en el triángulo norte de Centroamérica reportó que las principales barreras de acceso fueron limitaciones financieras, falta de seguro médico, desafíos de transporte, estigma, preocupaciones culturales, cuestiones legales de inmigración y la actitud del personal de atención médica (17)

En conjunto la evidencia hace énfasis en que el estigma experimentado por migrantes presenta barreras para la prevención, acceso y atención en salud sexual y reproductiva. (16, 17).

Una prestación deficiente de estos servicios también se relaciona con un aumento de la violencia de género, exacerbado por dinámicas sociales, culturales y políticas como la inseguridad económica, el hacinamiento, desigualdades de género y dinámicas de poder desfavorables para las personas migrantes, quienes suelen ocupar posiciones de menor poder lo que conlleva a ser vulnerables de sufrir abuso sexual, físico y psicológico donde las principales víctimas de violencia corresponden a mujeres, minorías sexuales y personas transgénero.(16-19)

Un estudio realizado en Perú sobre los factores asociados al acceso de mujeres venezolanas a servicios de salud sexual y reproductiva evidenció que solo un 20% de mujeres migrantes residentes en 6 ciudades urbanas tenían acceso a anticonceptivos modernos y que dicho acceso estaba influenciado por variables como el estatus económico, el estado civil y la dinámica familiar. En particular, se observó que un menor nivel socioeconómico se asoció con una menor probabilidad de utilizar anticoncepción de emergencia, mientras que las mujeres casadas o convivientes presentaron mayor probabilidad de optar por anticonceptivos modernos o de emergencia. El panorama de acceso y necesidades de anticonceptivos se consideró complejo donde Perú se reconoce con deficiencias de infraestructura médica en algunas ciudades lo que se vincula con los resultados

observados .(20)Por otro lado, el estudio mencionado refiere que las mujeres venezolanas pudiesen presentar una mayor cantidad de necesidades sexuales y reproductivas porque probablemente ya en su país contaran con servicios limitados, sin embargo, debido a las características metodológicas de la investigación no logran evaluar en específico sus necesidades y brechas asociadas.(20, 21)

El fenómeno migratorio en Chile se ha destacado desde la década de 1990 en la que se caracterizaba por ser un país expulsor de la población hacia Argentina y Europa hasta convertirse en el 2010 en un país con un crecimiento exponencial de población migrante alcanzando cifras en dicho año del 4.9% anual, seguido de México (4,2%) y Brasil (3,8%).(22, 23) cifras que posteriormente se vieron incrementadas con la crisis humanitaria vivida en Haití y Venezuela que coincidió con periodos de estabilidad económica y política del país, por lo que ha sido escogido para la busca de oportunidades laborales y económicas. (24). Es así como Chile en la última década se ha convertido en el tercer país de América latina en recibir la mayor cantidad de venezolanos y en consecuencia se ha registrado un notable aumento en el corto plazo principalmente entre 2010 y 2019. (24)

En la Primera Encuesta Nacional de Migración 2022 se señala que los principales países de origen de la población migrante corresponden a: Colombia, Venezuela, Perú, Haití y Bolivia y, la edad promedio se centra en un 72% entre 18-39 años. Por lo que podríamos decir que la gran parte de migrantes se encuentra en edad reproductiva, esto sumado a que cerca de la mitad de migrantes corresponden a mujeres. (25)

Con el fin de lograr una migración ordenada, segura, regular y que fomente la integración de personas migrantes hacia el respeto de sus derechos se promulga el 23 de diciembre del 2023 la Política Nacional de Migración y Extranjería la primera política en dar orientaciones a largo plazo con objetivos claros de aplicación para materia migratoria.(26)

El derecho a la salud para la población migrante se encuentra establecido bajo la Ley N°21.235 en su artículo 15 el cual menciona “Los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, tendrán acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los nacionales.”(27). Con el objetivo de garantizar acceso a la salud de la población migrante es que en año 2016 en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) se crea un Número Identificador Provisorio (NIP), que permite que las personas migrantes en situación irregular, sin Rol Único Nacional (RUN) puedan acceder de forma gratuita a las prestaciones de la red pública de salud, cubiertos en FONASA mediante tramo A.(26, 28) pese a lo señalado anteriormente la matriz de monitoreo de desplazamiento hacia migrantes (DTM) en Chile el 2019 informó que el 57 % de los encuestados reportaron no tener seguro médico, y de no tener conocimiento de sus derechos de acceso a salud (29).

Las gestantes con situación migratoria irregular, tienen derecho a solicitar una visa por gestación en el Departamento de Extranjería y Migración (DEM) con un certificado médico que confirme su gestación, dicha visa tendrá vigencia hasta un año después del nacimiento del hijo(a). Una vez inscrita en el centro de salud, podrá acceder a los controles de salud, las vacunas respectivas y además tendrá derecho a todas las prestaciones del programa Chile Crece Más a partir del primer control prenatal que incluye atención personalizada del proceso de nacimiento, talleres prenatales, ajuar para el recién nacido material educativo y de estimulación.(24). Pese a los esfuerzos señalados un estudio cualitativo realizado a mujeres pertenecientes a población migrante en Santiago de Chile señaló la existencia de desigualdades asociadas al acceso, falta de información, dificultades para agilizar trámites de documentación (30)

En la comuna de Iquique de Chile en el año 2020 se realizó un estudio cualitativo a migrantes y personal de salud, el objetivo era identificar la existencia de barreras de acceso a atención en salud sexual y reproductiva, por lo que se entrevistó a funcionarios de salud y migrantes. La investigación afirma la existencia de barreras incluyendo distintos tipos de violencia asociado a una diferenciación cultural y étnica

referida por el personal de salud, lo que genera vulneración de derechos sexuales y reproductivos. Por último, señala que a pesar de que se pueda estar exento de pago por normativa, existen problemas administrativos y de coordinación de los establecimientos de salud lo que dificulta aún más el acceso.(31)

La ciudad de Iquique concentra el 62,9% de la población migrante de la región de Tarapacá. No obstante, este porcentaje resulta esperable si se considera que aproximadamente el 64% de la población total de la región reside en dicha comuna. En cuanto a la solicitud de residencia el tramo de edad prevalente es entre 18 a 29 años, seguido de 30-44 años. El país de origen más prevalente es Bolivia (46,2%), seguido de Perú(20%), Venezuela (9,6%) y Colombia (9.2%)(32) .Considerando lo anterior es que resulta relevante indagar acerca de los factores determinantes en la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las determinantes de la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva de población migrante en la provincia de Iquique?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Comprender los determinantes de la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva de población migrante en la provincia de Iquique.

### **Objetivos Específicos**

1. Conocer las experiencias de migrantes en la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva en Iquique.
2. Identificar los factores facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva según la población migrante.

## **Material y Método**

**Tipo de estudio:** Estudio cualitativo

**Diseño del estudio:** Exploratorio-descriptivo con perspectiva fenomenológica

**Población y Muestra:** La muestra corresponde a la recogida de un estudio previo denominado “MIGRACIÓN Y ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CASO DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE”(33) Proyecto **FONDECYT Regular N\*1220371**, la cual estuvo conformada por profesionales de matronería de Atención primaria de salud, agentes comunitarios de las organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios de salud a la población migrante de la provincia de Iquique y personas migrantes provenientes de Bolivia, Perú, Colombia, Venezuela y Ecuador considerándose a la totalidad de este grupo en la muestra.

Se incluyeron a priori estas nacionalidades, ya que, según datos del Servicio de Migraciones, en la minuta de población migrante en la región de Tarapacá, Bolivia es el país con mayor prevalencia con un 46,4% del total de migrantes en la región, seguido de Perú y Colombia con el 23,9% y el 7,9%, respectivamente (32). Ahora bien, según la distribución de la población extranjera al 31 de diciembre de período 2018 – 2021 estimada por edad y sexo, extraída del Instituto Nacional de Estadísticas, los rangos etarios de la población migrante (ambos sexos) más prevalentes en la región de Tarapacá son 25-29 años, 30-34 y 35-39 años (con 11.239, 11.504 y 9.168 migrantes, respectivamente) (32). Considerando esto último, la prevalencia de estos grupos etarios evidenció la necesidad de acceso a servicios de salud sexual debido a la edad reproductiva en la que se encuentran.

La muestra de la población migrante inicialmente fue determinada por el criterio de factibilidad y de máxima variabilidad, por tanto, esta ascendía a aproximadamente 24 personas, sin embargo, durante el proceso de trabajo de campo hubo que realizar un ajuste en el perfil de los informantes migrantes considerando la factibilidad del estudio, los horarios laborales de la investigadora responsable y los

tiempos de permiso laboral que se le autorizaron para la realización de las entrevistas, se pudo acceder sólo a los informantes consultantes en Fundación Madre Josefa (FMJ) que acudieron los días en que se realizó el trabajo de campo, lo mismo para Asociación de Migrantes Residentes en Alto Hospicio (A.M.R.A.H), se accedió a un grupo focal con migrantes que fueron previamente citadas por su presidenta. En ambos casos, todas mujeres de diversas nacionalidades, heterosexuales. Se logró también acceder al relato de un hombre trans migrante residente en la provincia.

El número total de entrevistas realizadas durante el proceso de trabajo de campo consistió en 28 personas migrantes consistentes en 1 grupo focal con 5 mujeres migrantes y el restante en entrevistas individuales, por lo que los resultados de esta investigación están basados en los relatos de 13 mujeres migrantes, 1 hombre trans migrante

**Criterios de inclusión:**

**Personas migrantes:** Mujeres cis u hombres trans de 18 años o más de origen migrante, oriundos de Bolivia, Perú, Colombia, Venezuela o Ecuador.

**Criterios de exclusión:**

Personas, que presenten alguna disfunción cognitiva severa y/o dificultades en la comunicación o auditivas, que podrían afectar el proceso de intercambio comunicativo, impidiendo el desarrollo del método de recolección de la información.

**Tipo de muestreo:** Se realizó un muestreo teórico intencionado en bola de nieve.

**Categorías de análisis:** Estas se describen en el cuadro lógico (Tabla disponible en Anexo 1). El cuadro lógico contiene el objetivo general, los objetivos específicos que se desprenden de éste, las categorías de análisis de interés para el estudio

basadas en los determinantes de búsqueda de atención a salud sexual y reproductiva.

**Técnica de recogida de información:** El proyecto original utilizó entrevistas semiestructuradas basadas en una pauta-guía (Anexo 2) y grupos focales para explorar las experiencias de los participantes. Este estudio se desarrolló mediante un análisis secundario de la base de datos cualitativa generada, trabajando con las transcripciones originales del proyecto.

**Trabajo de campo:** El proceso de trabajo de campo del proyecto original se llevó a cabo a partir del mes de octubre del año 2023 en las comunas de Iquique y Alto Hospicio. Se coordinaron durante 3 días en jornada de mañana y tarde entrevistas a personas migrantes consultantes en Fundación Madre Josefa (FMJ). Luego de ello, en los mismos tres días, se coordinaron grupos focales con la Asociación de Migrantes Residentes en Alto Hospicio (A.M.R.A.H) posterior a la jornada en FMJ. Se concertó también entrevistas con Colectiva Manifiesta (CM) quienes son un centro disidente de atención a refugiadas y migrantes LGTBIQA+, considerando este nexos, se programó una entrevista con un Hombre venezolano de 50 años, Trans, quien accedió a acudir al mismo CESFAM en donde trabaja la Investigadora Responsable a entregar su percepción respecto al presente estudio.

La toma de contacto con los informantes se llevó a cabo primeramente en el mes de diciembre del año 2022, inicialmente con la ONG World Vision, quienes luego de reiterados intentos de contacto, envío de documentos requeridos y tiempo de espera, desestimaron la participación en el proyecto en enero de 2023.

Luego de ello, en el mismo mes de enero, se comenzó con una búsqueda exhaustiva de organizaciones que se interesaran en la participación. Se tomó contacto con la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), de las cuales no se obtuvo respuesta. En el mismo periodo se tomó contacto vía correo electrónico con la presidenta de A.M.R.A.H y con la directora regional de FMJ, a quienes se les

enviaron los documentos requeridos y cartas de apoyo. Ambas agrupaciones decidieron acceder, y con ello remiten las cartas las de apoyo firmadas, con lo que confirman su participación en la presente investigación.

Posterior a la aprobación del proyecto el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción (CEC 4/2023) y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (CEBB 1523-2023), en el mes de septiembre de 2023 se retoma el contacto previamente establecido con FMJ y A.M.R.A.H vía correo electrónico a través de su directora y presidenta respectivamente, quienes al conocer el estado de aprobación inmediatamente acceden a la coordinación de las fechas del trabajo de campo. Las reuniones para llegar a los acuerdos anteriormente mencionados se llevaron a cabo durante el mismo mes.

Durante el trabajo de campo en FMJ, su directora, ya en total conocimiento los lineamientos de la presente investigación, tomó contacto con la Coordinadora Regional de la Oficina Tarapacá de la Fundación Colectiva Manifiesta.

Posterior a que ellas hablaran internamente y comentaran las implicancias del presente estudio, se tomó contacto con Colectiva Manifiesta (CM) en el mes de septiembre de 2023 y finalmente en el mes de octubre se dio respuesta favorable de su participación, concretando las entrevistas previamente mencionadas en el mismo mes.

Dentro de las dificultades que se presentaron en el proceso de trabajo de campo, y que representaron ajustes en el diseño metodológico, inicialmente se planteó la realización sólo de entrevistas en profundidad individuales, lo que no se pudo llevar a cabo con A.M.R.A.H, ya que, considerando el horario laboral de su presidenta, de las personas que conforman la asociación y de las personas migrantes, ella misma solicitó realizarlas en modalidad grupal (grupo focal). Su presidenta expuso en la reunión de coordinación que se tuvo previo al trabajo de campo que sería complejo

poder entrevistar a las personas una por una al menos para el caso de su agrupación, por la realidad y cotidianeidad en que las personas se encuentran inmersas. El grupo focal de personas migrantes estuvo compuesto por 5 mujeres migrantes (2 peruanas, 1 boliviana, 1 ecuatoriana, y 1 colombiana). La dinámica en la que se realizaron bajo la misma pauta-guía de entrevista fue la siguiente: la pregunta se realizaba, y luego cada persona en orden se identificaba y emitía su relato, esto para efectos de mayor claridad en la obtención de la información.

Además de lo anterior, con las profesoras guía se realizaron algunos ajustes a las preguntas del guion del cuadro lógico, y por ende estos ajustes modificaron la pauta-guía de entrevistas, considerando la realidad local, esto con la finalidad de orientarlas a obtener respuestas que aportaran información relevante tomando en cuenta los objetivos de la presente investigación.

Para finalizar, dentro de las dificultades del proceso, el último día programado para entrevistas se acude a la sede de A.M.R.A.H, en donde su presidenta informa que lamentablemente por una descoordinación entre los miembros de la directiva, no pudo concretar la citación de mujeres migrantes para ese día, por lo que no se llevó a cabo. En el mismo momento, esta reunión se reprogramó con su presidenta, sin embargo, al llegar el día concertado, su presidenta informa previo a la hora acordada vía mensajería whatsapp que nuevamente no se pudo coordinar la asistencia de las informantes, razón por la cual se suspende. Considerando que hasta ese momento ya se contaba con un número suficiente de personas entrevistadas, es que se le agradece su participación y se suspende definitivamente la segunda sesión.

**Tratamiento y análisis de Datos:** Cada entrevista fue grabada y posteriormente transcrita. Se procuró anonimizar las intervenciones de audio de las personas involucradas. La investigadora responsable fue señalada como “IR”, las personas migrantes participantes de les identificó con una letra M y la inicial del país de origen y un número correlativo según entrevista. Se utilizó como metodología el análisis de

contenido, con el fin de recolectar la información a través de las experiencias y los relatos de los/las participantes en cada entrevista, quienes atribuyen ciertos sentidos a su propia experiencia considerando sus expectativas y valores en cuanto al tema estudiado. Posterior a la transcripción de cada una de ellas se leyó y organizó cada una de las transcripciones realizadas agrupándose en las categorías propuestas según temática tratada, destacando ciertos momentos de la entrevista en los que se tocaron temas o los/las participantes emitieron relatos relacionados a las categorías y subcategorías de análisis. Para facilitar el análisis se utilizó el software de análisis cualitativo ATLAS Ti para organizar la información en concordancia con los objetivos de ésta.

**Consideraciones éticas:** Se solicitó autorización a cada uno de los/las participantes del estudio, esto mediante autorización expresa por parte de ellos, previo informe favorable tanto del Comité ético científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción (anexo 3) como del comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (anexo 4). Posterior a ello, se realizó entrega de una ficha informativa y consentimiento informado a cada uno de los/las participantes del estudio. En ellos, se explicitó de manera sencilla y breve en qué consistía el estudio, los objetivos y se dejó en claro que la participación en la investigación era de carácter voluntario y que podían dejar de ser parte de ella en cualquier momento si así lo consideraran. Además, se dejó en claro en estos documentos la confidencialidad y anonimato de la información entregada, mencionando de igual manera los beneficios y eventuales riesgos de su participación en la investigación.

## **Resultados**

En este estudio participaron 28 personas migrantes, con edades que oscilan entre los 19 y 62 años. De ellas, 23 participaron en entrevistas individuales, mientras que 5 fueron parte de un grupo focal. La muestra está compuesta por 27 mujeres cis y 1 hombre trans. En relación a sus nacionalidades, 11 provienen de Bolivia, 8 de Venezuela, 6 de Perú, 2 de Ecuador y 2 de Colombia.

Según el modelo de Bascur-Castillo(2019) que ofrece una propuesta para comprender el acceso a la atención sanitaria, específicamente aplicado a una alteración ginecológica en el contexto nacional, se identifican factores facilitadores y obstaculizadores de la atención en los siguientes niveles: 1. características personales, 2. del entorno, 3. de la atención primaria de salud y 4. de la atención secundaria. A partir de esta investigación, se amplía el foco de la problemática de salud, abarcando las necesidades en salud sexual y reproductiva de población migrante en Chile, y se reconocen los cuatro niveles antes mencionados, y se añade un quinto nivel que corresponde a las características de la atención terciaria, tanto del sector público como privado.

A continuación, se presentan los resultados organizados según los cinco niveles antes mencionados, distinguiendo que en algunos casos estas características tienen un rol facilitador del acceso, en otras obstaculizador y en otros casos, las características identificadas actúan en ambos sentidos.

### **NIVEL 1**

#### **Características personales que facilitan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.**

Dentro de los factores individuales se encuentra la responsabilidad individual de las mujeres para garantizar el acceso a la salud de éstas y sus hijos/as en Chile.

*“Lo que pasa es que yo ingresé hace casi como 5 o 6 años al país, ingresé de forma regular, o sea legalmente, ya y de una vez yo comencé con mis papeles, comencé a tramitar Y bueno, igual ya tengo mi carnet” (Mujer Venezolana 28 años)*

*“...Y ya son 2 años que están acá, fui con mi hijo a hacer lo mismo hacernos registrar porque yo dije, oye, nadie sabe la salud en cualquier momento puede caer y es lo primero, siempre fue mi pensamiento ese, así que fui y los registré a ellos, por si acaso dije y ya están registradas y no dijeron nada, los recibieron, los registraron y a mi hija, ya aquí ya tuvo su primer control. (Mujer Boliviana 35 años)*

El haber tenido experiencias previas de atenciones en salud sexual y reproductiva en su país de origen favorece el conocimiento de prestaciones en este ámbito como, por ejemplo: la toma de citología o Papanicolaou, controles prenatales, entre otras.

*“En Colombia la atención también es muy buena, o sea, la gente te trata súper bien, pero igual hay harta gente que tienes que esperar, ¿verdad?, en Ecuador la gran bendición, también como acá, como en Chile, la gente se preocupa para que te buscaran en la casa, si te salió ese PAP, así como le salió mi esposa, que había aparecido el tipo, ese papiloma, la fueron a buscar a la casa, uy no nos asustamos, así también es en Ecuador”. (Trans masculino 50 años venezolano).*

*“Eh, Bueno, yo llevo poquito tiempo y yo antes de viajar, pues yo siempre iba a mi consulta ginecológica, pues por lo menos lo de la citología mensual, eh tengo que volver a retomar, pero pues la verdad no lo he hecho porque tengo entendido como yo todavía no tengo papeles, estoy con visa de turista, entonces por eso no” (Mujer Colombiana 36 años).*

*“Por mientras, no, y bueno, en Bolivia el preservativo desde que yo soy chica, desde que tengo 7 años se regala a los consultorios, hacen campaña en cada esquina, se regalan para las fiestas, para los carnavales, en las plazas, se regalan hace como Viejito Pascuero y tiran condón de no sé, pero acá en Chile no, yo pensé que quizás Chile, en ese sentido hacia la sexualidad era como más abierto, pero es como más conservador, y claro, no, no le podemos entregar preservativo, si quiere compre, fui a la farmacia y en ese entonces tampoco existían estos de creo que ahora cuesta 3 por 5 lucas, estos más económico en la farmacia, no sé, pero en ese entonces cada preservativo costaba 5000 pesos” (Mujer Colombiana 20 años).*

### **Características personales que obstaculizan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.**

Al profundizar en las experiencias de personas migrantes que no han recurrido a servicios de salud sexual y reproductiva, se identifican narrativas que evidencian

que esta decisión se relaciona con no haber sentido la necesidad de hacerlo, ya que no han presentado problemas de salud que motiven la búsqueda de atención.

*“Porque quizás no lo he buscado, no lo he necesitado hasta el momento”* (Mujer Boliviana 49 años).

*“Porque nunca he tenido, así, algún problema de... no, no lo he necesitado”* (Mujer Boliviana 55 años).

A partir de los resultados obtenidos, la población migrante percibe que la consulta con matrona se asocia exclusivamente a controles de salud reproductiva, infiriendo que desconocen las prestaciones preventivas como la pesquisa de cáncer cervicouterino y de mama.

*“No, porque la verdad de que bueno, como yo estoy sola acá, entonces no, no veo, no, no utilizo ningún tipo de anticonceptivo y otro porque bueno, la verdad que visitamos el consultorio cuando creo que estamos con alguna enfermedad, sino no, entonces ninguna”* (Mujer Boliviana 40 años)

*“Porque yo ya estoy ligada y es, ya veo no es necesario, eso.”* (Mujer Ecuatoriana 42 años)

*“Mire señorita yo soy una mujer bien sana, ahora me dieron la charla, ahora sí”* (Mujer Boliviana 67 años)

Asimismo, se identifican relatos que dan cuenta de la priorización de otras necesidades, e incluso del rol de cuidado hacia otras personas, lo que dificulta la continuidad en los controles de salud.

*“Bueno, yo estoy en el consultorio, pero más que todo, yo llevo a mis hijas, pero yo no.... la verdad sí me he descuidado”* (Mujer Peruana 31 años)

Se identifica como un factor individual en la población migrante la percepción de encontrarse en situación migratoria irregular, lo que representa una barrera adicional para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

*“Eh, Bueno, yo llevo poquito tiempo y yo antes de viajar, pues yo siempre iba a mi consulta ginecológica, pues por lo menos lo de la citología mensual, eh tengo que volver a retomar, pero pues la verdad no lo he hecho porque tengo entendido como yo todavía no tengo papeles, estoy con visa de turista, entonces por eso no”. (Mujer Colombiana 36 años)*

*“Sí, al comienzo me da miedo cuando llegué al País, porque como yo estaba ilegal, este me daba miedo ir al consultorio, ya fue que tuve, ya me embaracé, me embaracé y ahí aprendí”. (Mujer Boliviana 35 años)”*

Se evidencia la percepción, por parte de las usuarias, de que podrían ser discriminadas al momento de acceder a la atención sanitaria debido a su condición de migrantes. Si bien estos temores no siempre se materializan en la práctica, pueden generar un distanciamiento del sistema de salud, limitando así el acceso oportuno a prestaciones en salud sexual y reproductiva.

*“O sea, la atención es un siete con la matrona, como que, bueno, de mi parte, como que uno tiene miedo, no sé por, no sé por... Eh, quizá uno se siente como discriminada, es decir, uno, o sea, yo me paso el rollo así, pero al final, estando presente con la matrona eh bien”* (Mujer Peruana 62 años)

### **Características personales que actúan como factores facilitadores y obstaculizadores en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.**

Si bien las personas migrantes reconocen que existe una barrera cultural relacionada con la comunicación, hay algunas que muestran una disposición y esfuerzo para superar esta dificultad.

*“Sí, el idioma muy rápido, pero siempre traté de darme a entender, y yo de entender también”.* (Mujer Boliviana 38 años)

Del mismo modo, esta característica puede constituirse como un factor obstaculizador, debido a que, si bien no impide necesariamente el acceso a la atención sí puede afectar la continuidad de esta, al dificultar la comprensión del diagnóstico, del estado de salud y de las indicaciones entregadas por el profesional, lo que puede generar frustración e incompreensión en la persona migrante, sumado a una falta de confianza por parte de la usuaria para formular preguntas y resolver dudas durante la atención.

*“Entonces yo le decía, es que me dijo, porque como le digo, te hablan muy rápido, no entendí, vamos, vamos, porque o sea no, no, no les entendía, muy rapidito, entonces, yo decía, hoy me quedé en las mismas, no sé lo que tengo”.* (Mujer Ecuatoriana 42 años)

*“Sí. Era diferente (en Venezuela) porque ahí sí le explicaban a uno, y también lo que pasa que nosotros nos confundimos también es porque ellos hablan rápido y no nos entienden a nosotros ni nosotros a ellos”.* (Mujer Venezolana 19 años)

## **NIVEL 2**

### **Características del entorno que facilitan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.**

Un enfoque comunitario de instituciones públicas podría facilitar el acceso a la atención en salud entregando información y empoderando a las personas sobre sus derechos en salud.

*“Gracias a un carabiniero también lo tengo eso, él me dijo puedes ir a FONASA, así poco a poco he tratado de hablar con los carabineros, pero en aquí son bien respetuosos los carabineros, él me dijo, anda ahí, tienes derecho y fui y he sacado para todos mis hijos” (Mujer Boliviana 42 años)*

Se reconoce que contar con redes de apoyo constituye un elemento facilitador en la búsqueda, acceso y comprensión de las indicaciones entregadas durante la atención en salud.

*“Con el carnet de Bolivia y una boleta de agua, porque otra amiga me dijo, si vamos con eso ya, con eso fue que fui y como le digo que, de aquí entre bolivianos extranjeros, casi nadie te da información así por así, así que después ya llegué al Consultorio, me atendieron, me registraron” (Mujer Boliviana 35 años)*

*“Si, he ido con mi nieta, que le entendía más a ella, primero, no entendía yo. Tengo una nuera de aquí, ella me ha inscrito, ella me atendió harto” (Mujer Boliviana 67 años)*

### **Características del entorno que obstaculizan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.**

Las condiciones laborales de la población migrante afectan directamente el acceso a la atención en salud, principalmente debido a la falta de tiempo, las jornadas laborales extensas y la falta de flexibilidad laboral en términos de horario. Estas circunstancias dificultan la asistencia regular a los controles de salud, generando una disyuntiva entre la necesidad de atención en salud y la obligación de mantener el empleo. Además, en algunos centros de salud es necesario solicitar hora de manera presencial, lo que implica un gasto adicional de tiempo que muchas veces

no está disponible. Como resultado, se limita el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y se ve afectada tanto la continuidad de la atención como la adopción de prácticas preventivas.

*“Porque a veces uno no tiene mucho tiempo para estar yendo, viniendo, yendo, viniendo, a veces el trabajo y todo eso.” (Mujer Boliviana 53 años)*

*“Uy, qué terrible y yo pedía permiso y ya tanto pedir permiso en el trabajo, me decía: ¡Oye, usted viene a trabajar o a pedirme permiso si no usted no tiene, la consigue, yo la voy a despedir y está a punto de perder mi trabajo, claro, y le dije a la jefa del SOME, le dije, yo he pedido permiso, ahora tengo que reponer 2 horas que estoy acá...” (Mujer Peruana 60 años)*

### **Características del entorno que facilitan y obstaculizan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva**

Los comentarios dentro del colectivo migrante pueden desempeñar un papel facilitador en el acceso a la atención en salud, ya que, en ocasiones, funcionan como redes de apoyo que orientan a las personas en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. No obstante, este mismo colectivo también puede generar temor social, que, si bien inicialmente actúa como una barrera de acceso, puede convertirse en un catalizador para la búsqueda de atención, especialmente cuando las personas perciben que, de no acceder, podrían enfrentar consecuencias graves.

*“Sí, al comienzo me da miedo cuando llegué al País, porque como yo estaba ilegal, este me daba miedo ir al consultorio, ya fue que tuve, ya me embaracé, me embaracé y ahí aprendí... porque yo veía que iban todas y, y ahí yo estaba de 5 meses y no había ido a ningún control, así que tuve que preguntar y dije, ya voy este, me dijeron no, si no va, te pueden hasta quitar al bebé, me dijeron, ay, madre, agarré, me fui al consultorio que queda como de ida bajando pasando pa zofri” ”.(Mujer Boliviana 35 años)*

A su vez, estos comentarios pueden actuar como un obstáculo para el acceso, ya que, en algunos casos, los discursos atemorizantes provenientes de compatriotas generan miedo social, lo que aleja a las personas del sistema. Además, se observan situaciones en las que, dentro de la misma comunidad migrante, no existe apoyo ni circulación de información, lo que dificulta aún más el acceso a los servicios de salud.

*“...Cuando yo vine de allá, a mí me asustaban aquí, la gente misma, o sea que los bolivianos mismos me decían: ¡no puedes acceder a una salud!, ¡no puedes acceder aquí!, o sea que todo de miedo, miedo, todo era miedo, cuando andaba los carabineros te van a agarrar, te van a botar, todo eso, y eso sería un hablar, no sé cómo sacar, decir que no sea eso porque yo por ejemplo he andado casi dos años así, ocultándome, teniendo miedo, no puedo acceder, por eso es lo que yo no he accedido a este, a FONASA.” (Mujer Boliviana 42 años)*

*“Sí, yo creo, porque hay comentarios que lo atienden mal, porque uno es extranjero no sé, pero a mí yo no he pasado por eso... Ya, que ha habido como un maltrato o algo así, que han ido, que los miran, que van y los ven, y ni los atienden si siquiera, o sea, van y los ven no los revisan, mejor dicho.” (Mujer Boliviana 55 años)*

*“Con el carnet de Bolivia y una boleta de agua, porque otra amiga me dijo, si vamos con eso ya, con eso fue que fui y como le digo que, de aquí entre bolivianos extranjeros, casi nadie te da información así por así, así que después ya llegué al Consultorio, me atendieron, me registraron” (Mujer Boliviana 35 años)*

*“Si, sí, pero la falta de información por la misma gente que vive aquí, los extranjeros no, no son todos amables, pero ya una vez yo llegué a pisar ahí el consultorio, me dieron toda la información que quería”. (Mujer Boliviana 35 años)*

### **NIVEL 3**

#### **Características de la atención primaria que facilitan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva**

La posibilidad de cambiar de sector de residencia o de profesional facilita el acceso y la continuidad de la atención.

*“Entonces yo siempre sentía que la atención en este sector vamos a decir azul, era como pésima, como siempre, siempre sentía que me trataba mal la ginecóloga, entonces, como ya no quería ir, dije, me voy a cambiar de color y me cambié de color y ahí sentí que la atención era distinta” (Mujer Colombiana 20 años).*

Existe una valoración positiva en la población migrante respecto a la igualdad en la solicitud de horas en el sistema público, independientemente de su cargo o profesión, lo cual contrasta con las experiencias vividas en su país de origen.

*“También lo que quiero recalcar es, en todas las veces que yo me he ido al hospital y he formado una fila, he visto formar fila a las mismas enfermeras, a las mismas. O sea, no es porque es enfermera y yo voy primero, ¿no? también forma a su fila”. (Mujer Peruana 41 años)*

*“Eso es lo que también me agradaba acá, porque yo decía, en mi país no, yo soy enfermera y me voy y me atienden rápido, cierto, pero acá no, acá si eres enfermera, si eres técnico o, lo que sea que seas en el hospital, en el área que sea, si yo quiero sacar hora para mi mamá y soy enfermero, yo voy formo mi fila”. (Mujer Colombiana 20 años)*

Son positivamente reconocidas por la población migrante las actividades que acercan la comunidad a la atención en salud principalmente actividades de promoción y prevención en salud, así como también visitas domiciliarias.

*“Sí, en Bolivia es con ginecólogo, ¿no? Lo que uno va y no, no es, el cuidado pienso, no, no es tanto, no sé, es allá ir cada mes allá en Bolivia y mientras acá incluso iban a mi casa, ¿no? Ya matrona iba a mi casa, acá lo veo que es mejor ¿no? ..Es como más cuidado”(Mujer Peruana 35 años).*

La población migrante valora positivamente las iniciativas que acercan la información sobre salud sexual y reproductiva a través de campañas educativas. Estas acciones facilitan la toma de decisiones informadas por parte de las personas migrantes, promoviendo una salud sexual y reproductiva preventiva e integral, particularmente cuando se entrega esta información a jóvenes y adolescentes en centros educacionales.

*“... Hacen mucho hincapié en el tema en que uno se realice estudios, que por lo menos la mujer este pendiente de hacerse sus exámenes, el pap, lo que es el tema de la mamaria, esas cosas y eso es importante ¿que podría mejorar? Quizás yendo a los colegios a dar más charlas, hablar sobre más esos temas ya que eso viene desde los más pequeños” (Mujer Venezolana 32 años)*

*“Yo pienso que lo primero sería la orientación, empezando desde los menores, adolescentes y más adultos porque muchas veces llegamos a la adultez y desconocemos muchos temas en el área partiendo por ahí y también podrían ser quizás campañas que le faciliten a los jóvenes el cuidado que es lo de las relaciones sexuales.” (Mujer Venezolana 28 años)*

*“Yo creo que esa información deberían llevarla más seguido a las escuelas, más que todo, a los adolescentes, porque uno va y en los CESFAM si hay harta información, pero uno como mamá no lleva a los adolescentes al CESFAM a recibir esa información, entonces, a uno sí se la dan, siempre las matronas o los matrones, con el que a uno le toque, siempre le están hablando de estas cosas, pero me gustaría que lo lleven más a menudo a los colegios”. (Mujer Boliviana 48 años)*

La población migrante valora que además de la atención se garantice acceso gratuito a exámenes, medicamentos y alimentación.

*“Lo mejor para mí es que ayuda mucho. En el sentido de que, con respecto a los niños, le dan su leche. Igual a las mujeres le dan su ácido fólico, todo, Porque en Venezuela sí lo van a comprar. Ya. Al menos acá sí dan como que más ese beneficio de que ya tuvo su control, pase por la farmacia,*

*retire su ácido fólico, su vitamina o las vitaminas para el niño, etc. Eso sí es muy bueno". (Mujer Venezolana 19 años)*

*"Sí, evidentemente hay mucha diferencia actualmente pues Chile te brinda beneficios de salud, te das tus medicamentos eh tiene mucha facilidad de revisarse cualquier tipo de enfermedad, cosa que en Venezuela actualmente en mi país no se ve ese tipo de cosas por la situación que atraviesa el país, eh muchas veces no hay insumos, muchas veces no hay especialistas dispuestos quizás porque no hay un buen pago". (Mujer Venezolana 28 años)*

*"Por ejemplo, el Chagas también, eso igual es gratis también, entonces, uno tiene la posibilidad y ya el que no va, porque no quiere ser atendido". (Mujer Boliviana 38 años)*

*"No porque apenas lo tuve, ya las atenciones fueron gratuitas, no quiero decir con esto que prefiero que sea así, si no que esta para mi posibilidad me ayudó muchísimo" (Mujer Venezolana 32 años)*

### **Características de la atención primaria que obstaculizan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva**

Se cuestiona no haber recibido una atención integral ante más de una necesidad de salud durante una misma consulta generando un grado de insatisfacción usuaria, esto podría deberse a la organización de la oferta de servicios y los tiempos asignados para cada tipo de atención, lo que podría dificultar una respuesta oportuna y resolutive a las necesidades de las usuarias.

*"... pero cuando yo saqué una hora para planificación familiar, me atiende una matrona súper amorosa. ¿no?, no había ningún problema, pero cuando yo le dije, ¿sabes qué? Mire, tengo como un dolor acá, o sea, planificación familiar es planificación familiar, pero sí te vas por otra consulta no te atienden por la por lo que tú consultas, eso es lo que a mí me incomodó en personal... me dijo, sí, porque tú viniste para planificación familiar y no me podía decir ningún diagnóstico porque la hora que yo saqué era para planificación, planificación familia, entonces esperé la otra, el otro viernes. que dan horas los viernes, en ese entonces..." (Mujer Peruana 41 años)*

Se identifica como una barrera de acceso la insuficiencia de los cupos de atención disponibles, debido a que limita las posibilidades de obtener atención oportuna.

*"Me gustaría que den más números en cada box para atención, porque hay un límite, que ellos tienen ellos, tienen se le entiende también que no quieren atender, tienen un horario de atención, pero me gustaría que mejoren eso, eso y cómo se llama, que la atención fuera un poco más rápida" (Mujer Peruana 31 años)*

*"Hay límites, es que lo ponen, digamos máximo, lo pone 10 cupos, máximo le ponen 10 números este o 15 números, entonces uno no llega a alcanzar, uno, las personas que realmente necesitan*

*atención están desde las 5:00 o 6:00 en la mañana, ahí esperando el número y yo he estado un día ido, pero no he ido tan temprano, pero ya no alcancé, éramos varias filas, varias personas en la fila y sólo dieron 10 números, hasta donde alcanzó el número 10 y lo demás nos quedamos, entonces ya para otro día, para otro día y así. ” (Mujer Peruana 31 años)*

*“Eso eso, me ha servido igual, es que hay que buscar, cierto, pero sí debería, yo creo que debería cambiar eso, porque eso de la llamada no somos 100 en Alto Hospicio” (Mujer Peruana 41 años)*

La eficiencia y calidad de la atención administrativa son reconocidas como factores clave para el acceso a la atención en salud. Sin embargo, la población migrante ha señalado experiencias de malos tratos y baja eficiencia en la resolución de sus solicitudes, lo que afecta negativamente su percepción del sistema de salud.

*“Ajá, administrativas, son un poco, tal vez nos pueden ayudar, pero ellas no, no hay horas, no hay, o sea, no nos escuchan nuestras opiniones, por ejemplo, yo, los problemas que yo siempre he tenido por las horas, porque tengo dos niños y a veces llegaba 10, 15 minutos tarde y ... no me atendían, pero no era porque yo no quería, sino que tenía que llevar al colegio a mis hijos y, usted sabe, siempre uno se retrasa en esa parte, ¿no? Y tenía que ir a hablar con mi matrona o acceder a los doctores para que recién me den viabilidad, Pero ellas podían solucionar, tal vez, para no molestar yo a los doctores y a la matrona, ¿no?” (Mujer Boliviana 35 años)*

*“Pero están todos en un ruedo ahí en el SOME (Servicio de Orientación Medico Estadístico) y todas están con su celular. Tú te acercas y se molestan. Entonces ese es otro tema también que hay ahí. El trato al usuario. Al menos el tema administrativo, lo que es el SOME, más que con el trato del profesional directamente, sino que más que todo el tema de quién usted recibe, a qué hora, todo eso, claro, de todas las que están ahí recibiendo las horas, los que reciben de todos lados, que el color rojo, el color verde, diferente este, entonces están todas ahí y uno se apega y empiezan a enojarse, entonces el tema es que todo cambiaría o sugeriría que haya más cobertura quizás de profesionales para haber más cupos y también que haya quizás un mejor trato. Un mejor trato hacia el paciente” (Mujer Boliviana 38 años)*

### **Características de la atención primaria que facilitan y obstaculizan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.**

El buen trato recibido en los centros de atención primaria incentiva la búsqueda de atención y su adherencia. La población migrante valora positivamente el trato respetuoso, empático y profesional, lo que genera un ambiente de confianza que facilita el proceso de atención en salud sexual y reproductiva. Además, destacan una percepción de mejor trato en comparación con experiencias previas en su país de origen.

*“Es algo impresionante que la matrona se preocupa de uno, porque uno es la que debe preocuparse, entonces esa parte a mí me gusta de la atención” (Mujer Peruana 62 años)*

*“A las coñas, no es como aquí, aquí tienen más paciencia con uno.” (Mujer Venezolana 23 años)*

*“Bolivia, que tratan mal a uno aquí, sí todos te tratan con amor, con respeto, todo eso” (Mujer Venezolana 23 años)*

*“Ah, no. Yo perdí una cita, y no me regañaron ni nada, sino que me dijeron que ¿porque la perdí? y yo expliqué que porque no supe llegar al hospital y me volvieron a renovar la cita.” (Mujer Venezolana 23 años)*

*“Tienen más oportunidad de que te vean más rápido, son buenos matrones, me han sabido dar explicación ósea me han tratado bien” (Mujer Venezolana 29 años)*

*“Yo estoy conforme con lo que me atendieron porque a mí me atendieron bien porque en mi país nunca ha sido así, en Bolivia, entonces aquí, cuando llegué, ellos mismos me mandaron, manda tienes que ir al este y hacer la mamografía, entonces, sí, me han atendido bien” (Mujer Boliviana 42 años)*

*“Sí, acá más amable, si tienes algunas dudas, ellas te abren esa confianza como para que tú entres en confianza también con ellas, de contarles las cosas, de que te puedan explicar mejor, de que ellas te den un buen trato y una buena explicación a su experiencia y de nosotros” (Mujer Peruana 41 años)*

*“Hm cómo me han atendido la matrona, o sea, por mi embarazo, el trato. Ya, después, como decían, he acudido al médico por el tema de mi embarazo y he tenido buena atención” (Mujer Boliviana 26 años)*

Aunque se destacan experiencias de buen trato que favorecen la adherencia a la atención, también se identifican situaciones de maltrato por parte del personal clínico y administrativo (SOME). Estas experiencias negativas afectan la percepción de la calidad de la atención por parte de la población migrante.

*“Como el trato, algunos tienen bonito todo esto te explican bien, pero hay algunos que han pasado rabia por ese otro lado y se desquitan contigo y como que te atienden mal” (Mujer Peruana 31 años)*

*“Puede ser a poco que uno es inmigrante, no sé, no tengo nada contra los chilenos porque de verdad me he beneficiado mucho del país. Pero al saber que uno es venezolano, como que tratan diferente a uno en el sentido que... ¿Su nombre? ¿Su apellido? Así como a lo bravo pues, pero eso me pasó con la matrona” (Mujer Venezolana 19 años)*

*“Pero están todos en un ruedo ahí en el SOME y todas están con su celular, tú te acercas y se molestan, entonces ese es otro tema también que hay ahí, el trato al usuario...entonces están todas*

*ahí y uno se apega y empiezan a enojarse ... que haya quizás un mejor trato, un mejor trato hacia el paciente” (Mujer Boliviana 38 años)*

En cuanto al sistema de agendamiento de horas, para algunos puede ser percibido como un factor facilitador, ya que, pese a que es necesario solicitar una cita, les brinda la certeza de ser atendidos en la fecha y hora acordadas, sin tener que esperar largas horas.

*“A mí me parece bien porque a uno lo atienden bien, el problema es que uno tiene que pedir cita, pero me parece bien porque este. Por lo menos ya uno sabe que uno va a llegar y por una vez lo van a atender, no como en Venezuela que hay cincuenta personas y uno dura como 3 horas” (Mujer Venezolana 27 años)*

*“No, aquí en Chile me atendieron, me dijeron, no te vas a adelantar, te vas a venir a tal hora y yo iba a tal hora y entraba no más y me atendían, bueno, para mí esa es una de las grandes diferencias que es mucho (...)ajá por eso no me quiero ir “jaja (Mujer Boliviana 47 años)*

*“...la matrona, pues, por ejemplo, yo con la matrona la matrona me dice tal fecha, vas a venir, vas a entrar con esto una hojita me daba y yo con eso entré y no tengo nada por decirle otra cosa por la matrona” (Mujer Boliviana 47 años)*

No obstante, para algunos, el sistema de solicitud de horas por llamada puede ser percibido como un obstáculo, ya que lo consideran poco valorado debido a la dificultad para conseguir cupos.

*“...está muy mal, porque yo he tratado toda la semana de pedir hora porque ahora hay que llamar”. (Mujer Boliviana 38 años)*

*“También, una barrera, que pongamos no tenemos este artefacto (celular) para podernos comunicar si tenemos que pedirle de favores a otras personas entonces también sería, para mí es una barrera.” (Mujer ecuatoriana 42 años)*

*“Que no haya ya call center que no haya llamado (risas), que sea presencial y antes, ahora, por ejemplo, para sacar una hora, así sea de cualquier área, son 100 números, en cambio, cuando es presencial es diferente. ¿Por qué? porque hay de colores, no, el azul, el amarillo” (sectorización APS) (Mujer Peruana 41 años)*

*“Si, porque cuando yo me iba a retirar el ultimo implante que tenía de 3 años, estos me dijeron que tenía que llamar a la matrona solamente los viernes, entonces si no me atendía ese viernes tenía que el otro viernes llamar y ella me dijo solamente los viernes te puedo atender” (Mujer Venezolana 27 años)*

*“Que una no este llamando por teléfono porque imagínese entonces una llama y ya, algunas veces me ha pasado que he llamado y entonces tengo que esperar 3 horas para que me puedan atender si no ya se ha colapsado las llamadas, es complicado, es bueno porque cónchale por lo menos uno jah*

*me toca a las 9.45!, llegué a las 9.40 pero yo sé que a las 9.45 me van a atender, pero lo malo es las llamadas” (Mujer Venezolana 27 años)*

*“Las llamadas, que a la vez no es por culpa del consultorio, sino que son muchas llamadas que hay, entonces a veces uno está en el sitio, póngase la llamada 20 y uno tiene que esperar y esperar y esperar. Creo que es lento eso, sí, es lento, igual a mí me ha tocado estar esperando una hora ahí en el teléfono y esperar que me toque mi turno, entonces son muchas llamadas.” (Mujer Venezolana 19 años).*

En cuanto al registro clínico, se observa que, a pesar de que pudiera existir falta de comprensión de las indicaciones de salud por parte de la usuaria, se logra mantener la continuidad de la atención a través de los registros en la agenda o el cuaderno de control.

*“Al menos uno entra sin saber nada y prácticamente sale sin saber nada. Yo me dejaba que era por el cuaderno del control, y me llevaron a esto, a esto, a esto, y ahí yo sabía, pero decirme así completamente, tienen que agarrar cita para el control de lactancia control tal. no, me decían, yo me dejaba guiar que era por el cuadernito”. (Mujer Venezolana 19 años).*

De igual manera, la población migrante identifica de forma negativa la ausencia de registros en formato físico o papel.

*“Eso es lo que quiera cuando me he acercado, sí, estuve inconforme y me dieron solo que los exámenes así escritos no me dieron, solo me muestran en pantalla” (Mujer Boliviana 42 años)*

En cuanto a la entrega de información por parte de los profesionales matrones y matronas en Chile, se destacan experiencias positivas relacionadas con la claridad y paciencia con las que brindan las explicaciones, las cuales son incluso comparadas favorablemente con las experiencias vividas en su país de origen.

*“Tienen más oportunidad de que te vean más rápido, son buenos matrones, me han sabido dar explicación ósea me han tratado bien” (Mujer Venezolana 29 años)*

*“Bueno, yo les llevé (a las hijas) porque igual ya tienen 15, la otra tiene 12, y a veces uno, no sabía cómo explicarle todas esas cosas mejor es la matrona, ella ya se maneja bien el tema, así que yo les llevé saque una hora y la matrona me explicó todos, también de los anticonceptivos” (Mujer Peruana 31 años)*

*“No, eso para mí ha sido bien y ahora con lo que le da, la llevó a mi hija igual, está bien, le explica todo” (Mujer Boliviana 35 años)*

*“Es como más desarrollado, tienen más, ¿cómo se dice? Le explican a uno las cosas con paciencia, por así decirlo, te informan mucho” (Mujer Boliviana 38 años)*

Por otro lado, la entrega de información poco clara, incomprensible o inadecuada por parte del profesional se convierte en un obstáculo para seguir las indicaciones o continuar con el tratamiento, debido a que la usuaria no logra comprender completamente el propósito de estas. Además, se menciona la falta de paciencia por parte del profesional para explicar de manera que la usuaria pueda entender con claridad.

*“... ellos dicen, por ejemplo, un examen de sangre antes del 4. Y uno queda como que, ¿y para qué? Este examen de sangre, ¿para qué? Y uno queda como que en el aire igual.” Mujer Venezolana 19 años)*

*“Sí, con dudas a veces porque uno a veces no tiene tiempo de preguntar porque ya, bueno, le dan le entregan al papel y uno se va y dice, ¿qué? ¿Será así? ¿No será así? Claro. ¿No es? Ya, me entiendo” (Mujer Boliviana 53 años)*

*“...A mí a mi hermano el otro día le mandaron a comprar unos este, óvulos en pastillas y le dieron los óvulos, ¿óvulos no?, ya no se casi se atraganta la persona porque no sabía...Y la persona que le entregó le, le entregó mal, pues entonces, y como tan tan grande, pero criterio tuyo también, pues le digo, es un criterio tuyo, si ves que algo grande no, yo no me puedo pasar ni siquiera una capsula ¿no?. Ya po y se los estaba tomando, era en su pareja de mi hermano, se lo estaba tomando, ya se lo había metido a la boca, pero no se lo podía pasar y mi hermano se dio cuenta y menos mal, sí no se atraganta, po..un óvulo( Mujer peruana 41 años)*

*“Si todo me lo ponía negativo y yo salí como no porque de tantas cosas negativas que me dijo que iba a engordar 20 kilos, que me iba a dar ansiedad” (Mujer Venezolana 29 años)*

*“Sí, pues. Bueno, pues que ellos sean más, que le puedan informar un poquito más de todo lo que uno tiene, A veces uno pregunta y que tenga más paciencia, tal vez, ¿no? Uno no logra entender y a veces uno también por ser tímida no puede preguntar, o sea, y uno lo deja ahí, ¿no? (Mujer Boliviana 53 años)*

*“Porque hay algunos matrones que uno va y le dan lo específico y chau, pa fuera, entonces, fuera bueno que cada uno, como mujer más que todo, ir a cada control que le toque y ellos siempre estar orientándonos” (Mujer Boliviana 38 años)*

Las actividades que acercan a la comunidad migrante a la atención en salud, especialmente aquellas orientadas a la promoción y prevención de la salud, son altamente valoradas por esta población.

*“Contra la influenza también he visto en el hospital, otra vez he visto en el las ferias y está buena, los carros móviles donde hacen el Papanicolaou, he visto” (Mujer Peruana 31 años).*

Asimismo, se evidencia una preocupación por ampliar las estrategias de educación en salud sexual y reproductiva en sectores alejados, como los asentamientos informales, que presentan una alta concentración de población migrante.

*“...y también me gustaría que como decimos, bueno, he visto jovencitas así con guatita, pero no sé si su mamá quiere hablar, no la han llevado o la han llevado, pero que haiga, más información no sé en la radio, en la tele, en el colegio, en otros lugares, pongámosles en las en las tomas no he visto, pero vive una persona en las tomas y nunca he visto que hay un que entre un móvil y hablando de ese tema, y hay bastante gente que vive ahí inmigrante, muchas personas que bueno jovencitas necesitan un poquito..”( Mujer Peruana 31 años).*

La población migrante valora de manera positiva la existencia del RUT provisorio como un recurso clave para acceder a la atención en salud, destacando la facilidad y rapidez con que se puede obtener. Además, se valora el acompañamiento brindado por las trabajadoras sociales durante el proceso de obtención, lo que facilita el acceso y genera una sensación de apoyo durante este trámite.

*“¡Entonces acá cuando yo vine me llevaron a que saqué un RUT provisorio para la salud, entonces me lo dieron y al siguiente día me atendieron, entonces yo me quedé, guau!!!” (Mujer Ecuatoriana 42 años)*

*“Si, de Fonasa, me pasó con una asistente social y la asistente social me evaluó y todo y ese momento me entregó el carnet, que era de la Fonasa A, como tampoco estaba con contrato, así que a me hizo el registro y ya, de ahí empecé con los controles, me mandaron al dentista, ecografía, nutricionista, sí, de ahí ya me pasaron las leches, todo tranquilo la matrona. (Mujer Boliviana 35 años)*

*“Tendría unos dos meses de embarazo, más o menos, recién estaba, pero no, me dieron la posibilidad, ¿no? de que ella me dijo que la visitadora social, ¿no? primero en el CESFAM, entonces ella me dirigió acá y de ahí me dijo que la salud era garantizada para mí, que estaba embarazada, y para mi hijo, ¿no? que, aunque no tenga papeles, ¿no? Pero ella es la que me dirigió a que yo pueda adquirir mis papeles”. (Mujer Boliviana 35 años)*

*“no (ninguna barrera), me dieron Rut provisorio, el de FONASA, no tuve ningún problema con eso, no tuve ningún problema para eso”. (Mujer Boliviana 47 años)*

*“...no sé ya en ese entonces como le digo yo no tuve problema, la verdad hasta que tuve mi documento y como cuando ya tuve mi documento se me hizo también más fácil también la atención, ahí me escribió el consultorio, podía hacerme ver, la atención era gratuita” (Mujer Peruana 48 años)*

*“En el momento, por decirle que me enviaron, porque de ahí de emergencia me dijo: vaya usted ahí al consultorio, se hace inscribir, le va a dar un código temporal y con eso usted puede pedir hora y a cualquier especialista o médico que requiera. En ese trámite, en ese trayecto, bien. O sea, fue bien*

*atendido, excelente, la profesional, todo bien, bien. Me lo dieron, incluso ella, la señora que me inscribió me explicó bien, usted con esto, llama y todo, pide hora". (Mujer Boliviana 49 años)*

*"No, porque me fui a inscribir y me atendió una asistente social y ella me aceptó, me ayudó un rato". (Mujer Peruana 41 años)*

*"No, este fui un día a consulta para ver cómo me había hecho una prueba para que me viera la matrona todo eso y de ahí me inscribieron, me ingresaron, me pidieron el RUT provisorio, y de una me hicieron el Papanicolaou." (Mujer Venezolana 29 años)*

Si bien el RUT provisorio es esencial para acceder a la atención en salud, la población migrante señala varios obstáculos relacionados con su obtención, como el vencimiento del documento y la complejidad de los trámites en relación a los documentos solicitados.

*"Yo pienso que sí, porque si una persona migrante va a pedir un RUT Provisorio, digamos así entonces y nos pide un papel de agua o de luz, y si no lo tenemos, no podemos sacar uno, un RUT provisorio, entonces eso sería una buena de medida, de que no nos pidieran tanto como tantos requisitos, o sea, para poder acceder al RUT provisorio para la salud". (Mujer Ecuatoriana 42 años)*

*"No nunca me ha pasado eso, pero si les ha pasado a personas que usted entra y si usted no tiene el rut ese de la salud porque a uno se lo dan por un año entonces cuando se le vence ahí es que tiene problema porque entonces si uno no tiene ese rut, uno tiene que pagar todo lo que a uno le vayan a poner, en cambio en Venezuela si no, en Venezuela todo es gratis. Me gustaría que aquí fuese así pues si que imagínate a mí se me vence como yo hago para obtenerlo o si otras personas no lo han obtenido, incluso mi esposo no lo ha obtenido porque no ha querido ver". (Mujer Venezolana 27 años)*

*"Ehm Bueno, los que no tenemos el papel, ese contrato acá, es complicado ir a un consultorio y hacer el papel, esa parte, pero los que tienen acá contrato es cero problemas, ¿no? Pero cuando uno llega, recibe (la situación migratoria) ...esa parte, es muy complicado hacerse atender. Pero después, todo bien si uno tiene ya los papeles como corresponde". (Mujer Peruana 62 años)*

## **NIVEL 4**

### **Características de la atención secundaria que facilitan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva**

Se identifican experiencias positivas de la población migrante al recibir diagnóstico y tratamiento oportuno, especialmente en el caso de patologías oncológicas, lo que les permitió un control efectivo de la enfermedad. Estos testimonios destacan la

eficiencia del sistema de salud en Chile, evidenciando la rapidez con que se realizan los exámenes, se diagnostica y se inicia el tratamiento.

*“En la atención, bueno, yo aquí me han atendido bien, digamos, justo a tiempo de lo que yo estaba empezando a tener el principio de cáncer uterino, entonces yo fui allá, me atendieron y el proceso fue así, tan rápido, que no dejó para que siga avanzando y gracias a Dios eso lo pude, se pudo controlar” (Mujer Boliviana 53 años)*

*“Exactamente cuándo le hicieron la mamografía, le dijeron que le había salido un quiste, entonces lo bueno fue que cuando ellos dijeron, tenés que venir a una cita tal tienes, o sea, como quien dice, se empezaron a correr por esa masita que le salió para ver si era benigno o maligno, entonces, eh, eso se no se demoró más de 6 meses que allá en le quitaron, le hicieron la extracción de esa” (Mujer Colombiana 36 años)*

Se destaca la calidad de la información proporcionada por el equipo de salud, así como el buen trato recibido por la población usuaria. La combinación de ambos factores contribuye significativamente a generar una experiencia positiva en la población migrante en el nivel secundario de salud.

*“Es como más desarrollado, tienen más, ¿cómo se dice? Le explican a uno las cosas con paciencia, por así decirlo, te informan mucho” (Mujer Boliviana 38 años)*

*“...porque si yo hubiese tenido la oportunidad de que el cáncer que tengo hubiera prevenido, yo me lo hubiera hecho(...)agradezco ¿por qué?, porque a mí me atienden bien, entonces me mandan a sácate la mamografía, sácate el Papanicolau, cosas que de repente, posiblemente podría sucederme un cáncer de mama, porque igual tengo descendencia, pero si yo me hago anualmente mis, mis controles, lo de repente no lo evito, pero sí lo detecto a tiempo, así que igual yo las invito a todas y que la transmitan a todas las personas que puedan hacerse Papanicolau porque es totalmente gratis...” (Mujer Peruana 41 años )*

### **Características de la atención secundaria que facilitan y obstaculizan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva**

En cuanto al seguimiento de la atención médica, se destacan relatos que evidencian una atención oportuna tras la derivación al nivel secundario. Esta continuidad en la atención no solo favorece una gestión eficiente y oportuna de diagnósticos y tratamientos, sino que además contribuye a una mayor satisfacción usuaria."

*“Si, a mi mamá sí la han atendido, le han hecho los exámenes que tienen que hacer, está muy pendiente, como decir de ella, como decir por tercera edad, por mujer, digamos que tuvo un quiste, pero ella le salió un quiste, todos los exámenes se lo hicieron rápido, entonces la verdad me parece lo que he visto hasta el momento, pues ha sido como bueno, hay algunas personas*

*que yo sí he escuchado, como que la salud también es muy mala, que yo no sé qué y yo digo, bueno, son, eso parece que fuera como una ruleta” (Mujer Colombiana 36 años)*

Por otro lado, se observa que hay personas que experimentan largos tiempos de espera para los controles, lo que puede generar frustración y afectar negativamente su percepción de la continuidad y eficiencia en la atención médica.

*“Eh... bueno ahorita me pasó que fui a buscar mi horita de control para la UPC (Unidad de patología cervical) y estoy en lista de espera entonces a mí me dieron un papel donde el 28 tenía que buscar la hora, fui y aun así tengo que esperar que me llamen. La gente hablaba y decía muchas cosas entonces creo que la gente va contando con que va a tener una hora, un día exacto, algo y resulta que no, que tiene que esperar entonces por lo menos la persona que está más delicada, con más riesgo se le complica” (Mujer Venezolana 32 años)*

## **NIVEL 5**

### **Características de la atención terciaria del sistema público y privado que facilitan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva**

En relación con la técnica quirúrgica, las personas migrantes perciben en Chile un mayor uso de tecnología en salud en comparación con su país de origen, lo que asocian a una recuperación más rápida y eficaz.

*“Para mí, todos los médicos que, en la parte de operación, digamos, que yo tuve la cesárea sin puntos, hasta mi herida me dolió menos que en Bolivia, ¿no?, porque yo tuve dos cesáreas en Bolivia y aquí yo me recuperé más rápido que en Bolivia en Bolivia, no sé si porque aquí me lo hicieron con láser, no sé, puede ser” (Mujer Boliviana 35 años)*

### **Características de la atención terciaria del sistema público y privado que facilitan y obstaculizan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.**

Se identifican relatos que reflejan experiencias positivas en la atención hospitalaria, destacándose una atención oportuna y un trato respetuoso por parte del equipo de salud. Estos elementos se vieron fortalecidos por la continuidad en los controles y por la presencia de la misma ginecóloga que había atendido previamente a la usuaria en el sistema privado, lo que generó mayor confianza y satisfacción en el proceso de atención. Esta experiencia también pone en valor la

ventaja que puede representar el modelo mixto de atención en salud en Chile, al facilitar la articulación entre los sistemas público y privado.

*“No (el parto no fue particular), fue en el hospital porque la doctora que me veía(particular) ve en el hospital, a mí igual se me adelantó el parto, pero como tenía el registro de los controles miraron la doctora y la llamaron, y ese día casualmente estaba ahí y me atendieron y fue muy rápido y muy buena la atención” (Mujer Venezolana 28 años)*

No obstante, también se identifican relatos que dan cuenta de experiencias negativas, en las que se evidencian episodios de maltrato, falta de información, trato deshumanizado e incluso situaciones que podrían constituir violencia obstétrica. Estas vivencias generan desconfianza y afectan de manera significativa la percepción sobre la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva.

*“Es que quien me atendió (particular) fue una profesional venezolana, entonces no le sabría decir qué tanto sería la diferencia entre las dos nacionalidades, lo que sí es que la primera vez fui a la clínica Tarapacá y de ahí me atendió un doctor chileno que fue cuando yo quedé decepcionada porque fui y solamente me hicieron el eco y me dijeron ahí está, va a tomar ácido fólico y ya está lista, no me hicieron más nada, no me tomaron la presión, no me indicaron cómo debía yo tomarme el ácido fólico Y por eso es que yo decido recurrir a una especialista de mi país quizás me podía atender mejor y de hecho así fue” (Mujer Venezolana 28 años)*

*“...El domingo llego la obstetra y me la rompió, me ha metido una varilla, me rompió bolsa ... ahí yo sentía que yo ya no podía, imagínese 8 días con contracciones ... y en lo último dieron dieron hasta que me la sacaron pero le han dislocao el brazo a mi hija y mi hija tiene una parálisis braquial... entonces cuando yo le veo el brazo a mi hija así yo le preguntaba mira nunca me voy a olvidar de la cara de esa matrona y ella prácticamente se burlaba de mí, yo le preguntaba porque mi hija había nacido así y todo se miraban como que tiene, dejala no le hagas caso y nadie me decía nada nadie, nadie y yo me puse a llorar ...nadie me dijo venga a una consulta para que tenga control, para que le vean su bracito, nada y vino una señora que trabaja en Chile crece contigo, me vio llorando creo que es asistente social...me dice te veo llorando ¿Qué te pasó? Y yo le digo nadie me da explicación de esto...y ella fue la señora me buscó kinesiólogo, me buscó neurólogo y el neurólogo fueron los que me dieron la orden para yo pedir una cita para que a ella la pudieran ver y la kinesióloga me dijo bueno vete me dio para unos días y desde ahí hizo terapia, pero gracias a la señora que me ayudó, no por parte del hospital” (Mujer Venezolana 29 años)*

## Discusión

El análisis de las experiencias de la población migrante evidencia tanto características facilitadoras como obstaculizadoras, que dan cuenta de las complejidades del acceso, la calidad y la continuidad de la atención en salud de la población migrante en Chile. A partir del modelo de Bascur-Castillo et al (11) y la contrastación empírica de las experiencias de las entrevistadas; se propone un nuevo *modelo de los factores determinantes de acceso a salud sexual y reproductiva de la población migrante en Chile*, compuesto por cinco niveles para comprender los factores que influyen en la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva y su permanencia en el sistema. (Ver Figura 1)

Los 5 niveles que se incluyen corresponden a:

1. **Individual**, que incorpora creencias, motivaciones y experiencias previas de cada persona. (Ver Figura 1)
2. **Entorno**, que engloba la existencia o no de redes de apoyo en la familia y comunidad migrante, además de las condiciones laborales. (Ver Figura 1)
3. **Atención primaria**, con sus propias dinámicas organizativas y prácticas de promoción y prevención, identificando facilidades y obstáculos en cuanto al acceso, considerando la atención primaria como la puerta de entrada al sistema de salud. (Ver Figura 1)
4. **Atención secundaria**, centrada en unidades especializadas como Policlínico de Ginecología, Alto Riesgo Obstétrico o Patología Mamaria. (Ver Figura 1)
5. **Nivel terciario** que incluye servicios de preparto, atención de urgencias gineco-obstétricas y hospitalización, donde la complejidad y la rapidez de respuesta cobran especial relevancia. En este nivel, las usuarias relatan experiencias tanto en el sistema público como en clínicas privadas. (Ver Figura 1)

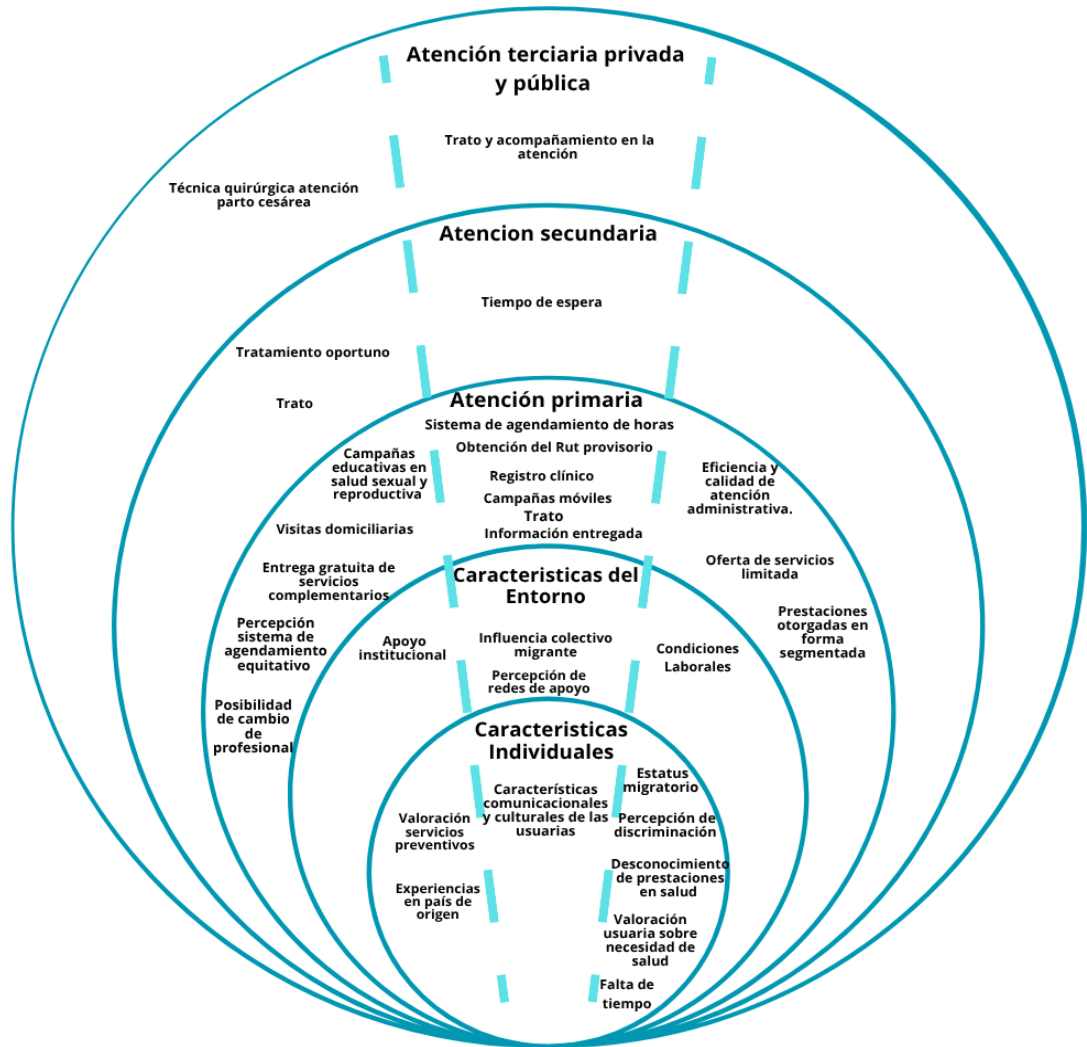


Figura 1

*Descripción del Modelo de los factores determinantes de acceso a salud sexual y reproductiva de la población migrante.*

Este esquema se origina a partir de la adaptación del modelo propuesto por Bascur Castillo et al. aplicado a disfunciones de piso pélvico que incluye sólo hasta el nivel secundario de atención (11). En esta nueva propuesta se amplía su alcance, pudiendo abarcar en su totalidad la salud sexual y reproductiva, e incorporando el nivel terciario de atención. Esto permite identificar los factores facilitadores y las barreras u obstaculizadores en cada nivel de atención, tanto en el sector público como en el privado. El carácter dinámico de este modelo posibilita planificar

acciones multidireccionales que consideren la interacción y progresión de los diversos factores asociados. Es decir, esto abre la posibilidad de actuar en distintos niveles: a nivel local, fortaleciendo la gestión en los centros de salud mediante espacios de información, acogida y campañas focalizadas en zonas con alta concentración migrante; y a nivel macro, a través del diseño e implementación de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de todas las personas, sin distinción de nacionalidad o situación migratoria. Proponemos que este modelo sirva de guía para analizar y diseñar intervenciones en Chile y en otros países con sistemas de salud mixtos y poblaciones migrantes vulnerables.

En cada nivel de este modelo hay características que pueden actuar como elementos que favorecen o dificultan la búsqueda y permanencia en la atención, e incluso operar de manera dual según sea su naturaleza. Entre los niveles del modelo destaca una característica transversal que corresponde al trato recibido durante la atención, característica que además según sea su naturaleza pudiese actuar como facilitador o como obstaculizador en el acceso a la atención. En este sentido es importante mencionar que la Ley de Derechos y Deberes de las personas en salud en Chile establece que “toda persona tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso, en todo momento y bajo cualquier circunstancia”, lo que implica brindar a las personas usuarias el mismo trato que desearíamos recibir en una situación de vulnerabilidad, como lo es la enfermedad. Este aspecto no solo es esencial para la satisfacción usuaria, sino que también está estrechamente relacionado con la calidad de la atención.(34)

Por otro lado, una revisión exploratoria en América Latina y el Caribe (n = 61) concluye que las narrativas cargadas de estigma y discriminación dentro del sistema de salud afectan negativamente la salud de las personas migrantes, constituyendo una barrera de acceso. Dicha revisión recomienda la capacitación continua al equipo de salud en enfoques sensibles de realidad migratoria además de establecer mecanismos para erradicar cualquier forma de estigma y discriminación en entornos sanitarios(35).

En el contexto nacional, un estudio con metodología mixta realizado a adolescentes migrantes concluye que el trato amable y respetuoso recibido por parte de funcionarios de la salud es un poderoso motivador para acceder al sistema (36), mientras que un entorno hostil —cargado de discriminación y/o violencia obstétrica— provoca un distanciamiento de la atención en salud. Este contraste entre un trato respetuoso y experiencias de malos tratos subraya la importancia de avanzar hacia una atención de calidad, que no solo aborde las necesidades clínicas, sino que también garantice el respeto, la dignidad y la seguridad de todas las personas que acceden al sistema de salud. (31, 35)

Los resultados de esta investigación además permitieron identificar como punto crítico las barreras administrativas que enfrenta la población migrante, tales como la falta de documentación, los complejos procesos para adquirir o renovar el RUT provisorio, las dificultades en el sistema de agendamiento de horas y la baja eficiencia administrativa. Estos elementos coinciden con lo reportado en una revisión sistemática, la cual señala que las principales dificultades asociadas a barreras administrativas incluyen la ausencia de documentos que acrediten la residencia, la ineficiencia de los servicios de salud y una legislación migratoria cambiante(37)

Por otro lado, la falta de información asociada a una subutilización de los servicios de salud sexual y reproductiva constituye una problemática recurrente, evidenciada no solo en este estudio, sino también ha sido documentada en investigaciones realizadas en Chile y Sudáfrica, así como en una revisión sistemática que integra estudios provenientes de distintos continentes, entre ellos Europa, Oceanía, Norteamérica y África. (31, 37, 38)

En una revisión sistemática realizada en Europa se evidencia que las personas migrantes tienden a utilizar menos los servicios preventivos en comparación con la población local, especialmente en ámbitos como la salud sexual y reproductiva e

identifica factores importantes asociados como el desconocimiento del sistema, barreras idiomáticas, experiencias de discriminación y temor al rechazo o deportación.(38)

En otra revisión sistemática realizada en América Latina se profundiza en cómo estos factores mencionados se ven intensificados en contextos de alta desigualdad y políticas migratorias restrictivas, donde el acceso a servicios se ve condicionado por el estatus migratorio, la falta de documentación y la desinformación.(37)

En una investigación en población migrante africana en Europa se destaca cómo la subutilización de estos servicios se encuentra relacionada con percepciones culturales respecto al cuidado preventivo, priorización de otras necesidades como el trabajo o la mantención de la familia, y desconfianza hacia el sistema de salud.(6)

Asimismo, se observa que no todas las mujeres migrantes consideran necesario asistir a controles de salud sexual y reproductiva, lo que evidencia un desconocimiento del programa de salud disponible y una tendencia a priorizar otras necesidades por sobre los controles preventivos. Esta temática también se ve reflejada en otro estudio realizado en Carolina del Sur, que exploró las barreras de acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de mujeres latinas, los resultados evidenciaron que la mayoría de las participantes no buscarían atención médica a menos que enfrentaran un problema de salud específico. Además se identificó un déficit de educación sobre temas de sexual y reproductiva lo que repercute directamente en la búsqueda de atención.(39)

No obstante, haber tenido experiencias de atención en esta área en su país de origen puede constituir un factor facilitador, al proporcionar referencias previas que favorecen la continuidad del cuidado en Chile. Esta afirmación también se respalda en una investigación realizada con población marroquí, en la que concluyen que más allá de variables culturales, el contacto sostenido con el sistema de salud de origen influye en la valoración y comprensión de ciertos elementos del sistema

sanitario en los Países Bajos.(40)

Destaca que sean las propias personas migrantes quienes reporten la falta de apoyo y orientación dentro de su comunidad respecto a cómo acceder al sistema de salud, a ello se suma la circulación de comentarios atemorizantes, que pueden generar miedo e incertidumbre, alejando a las personas del sistema sanitario. En algunos casos, este temor se vincula al miedo a ser deportados, lo que refuerza la desconfianza hacia las instituciones de salud. Esto ha sido demostrado en un estudio cualitativo realizado con grupos focales de refugiados yazidíes en Estados Unidos, el cual evidenció que las experiencias negativas pasadas y actuales — sumadas a los discursos circulantes dentro de la comunidad— actúan como barreras sociales que dificultan el acceso a información y reducen la probabilidad de que las personas busquen los servicios que necesitan.(41)

Un factor obstaculizador identificado en esta investigación fue la dificultad de compatibilizar los horarios laborales con la solicitud de horas para atención en salud. Esta situación refleja la necesidad de adaptar la oferta sanitaria a las realidades cotidianas de la población migrante. En este sentido, las actividades comunitarias de salud desarrolladas en espacios cercanos a la comunidad, junto con horarios de atención más flexibles, son altamente valoradas por las usuarias, ya que promueven un acceso más oportuno y efectivo. Frente a este escenario, sería pertinente considerar la implementación de proyectos que contemplen la incorporación de clínicas móviles especializadas en salud sexual y reproductiva en zonas de alta concentración migrante. Tal como se evidenció en un estudio realizado en las zonas costeras del Golfo de México, en el estado de Texas (EE. UU.), la implementación de una clínica móvil gratuita dirigida a pescadores migrantes demostró ser una estrategia eficaz para mejorar el acceso a la atención sanitaria, promover el autocuidado y prevenir enfermedades. Muchos de estos trabajadores no habían recibido atención médica en años y con la implementación de clínicas en entornos laborales de alto riesgo atendiendo a poblaciones desatendidas —como trabajadores migrantes—, tienen un gran potencial para mejorar los indicadores de salud y reducir la exclusión dentro del sistema sanitario.(6, 42)

## **Limitaciones y fortalezas**

La principal limitación metodológica del estudio es la dificultad para acceder ampliamente a relatos o experiencias de poblaciones específicas como las diversidades sexo-genéricas.

Es importante considerar la heterogeneidad del estatus migratorio de la población incluida, dado que se contempló tanto a personas con situación migratoria regular como irregular. Las experiencias y percepciones de quienes cuentan con estatus regular pueden diferir significativamente de aquellas en condición irregular, particularmente en aspectos asociados al acceso y permanencia en los servicios de salud. Esto podría influir en la interpretación de las barreras percibidas, puesto que la situación administrativa puede condicionar tanto la búsqueda de atención como la relación con el sistema sanitario.

Sin embargo, se recabaron testimonios de diversas nacionalidades latinoamericanas representativas de quienes que han protagonizado el proceso migratorio reciente en Chile, lo que permitió profundizar en sus experiencias respecto al acceso a la salud sexual y reproductiva en los distintos niveles de atención.

La participación en el estudio de personas migrantes que no habían recibido atención en salud sexual y reproductiva nos permitió investigar los factores obstaculizadores relacionados con el acceso a la atención.

Dado el creciente número de personas migrantes en edad reproductiva en Chile, se sugiere que próximos estudios incorporen metodologías mixtas, así como experiencias de grupos específicos como adolescentes, trabajadores sexuales y población LGBTIQ+, para responder de forma más completa a sus necesidades.

## **Conclusiones**

Este estudio permitió conocer las experiencias de población migrante en la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Iquique y de esta forma identificar los factores facilitadores y obstaculizadores para la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva según la población migrante.

Entre los factores facilitadores se destaca el trato respetuoso, el acceso gratuito a prestaciones, la continuidad de la atención y las experiencias previas en su país de origen, por otro lado, como factores obstaculizadores se identifica la falta de información, barreras administrativas, dificultad de compatibilizar horarios laborales con la atención en salud y limitada red de apoyo dentro de comunidad migrante.

A ello se suman las diferencias culturales y las barreras idiomáticas presentes entre personas migrantes y profesionales de la salud, las cuales dificultan la comunicación efectiva.

Asimismo, se identifica que, en algunas ocasiones, las personas migrantes no acceden a determinadas prestaciones de salud debido a que en sus países de origen estos servicios no existen o no forman parte de la oferta sanitaria habitual. Esto evidencia la necesidad de fortalecer estrategias educativas que permitan informar y orientar a la población migrante respecto de los beneficios disponibles en el sistema de salud chileno, favoreciendo un uso adecuado y oportuno de estos.

Las experiencias recogidas evidencian que la búsqueda o postergación de atención en salud sexual y reproductiva responde a una interacción dinámica de diversos factores interrelacionados. El nuevo modelo propuesto permite comprender como estas dimensiones según su naturaleza pueden facilitar u obstaculizar tanto el acceso como la permanencia en los distintos niveles de atención. En este contexto, resulta fundamental no solo visibilizar las barreras existentes, sino que también identificar y potenciar los elementos facilitadores.

## **Proyecciones**

A partir de los resultados de este estudio, surge un nuevo modelo teórico para comprender los determinantes del acceso a la atención de salud sexual y reproductiva en el sistema de salud chileno, considerando todos los niveles de atención. Esto permite disponer de un instrumento para detectar los factores que influyen en la búsqueda de atención asociada al programa de salud de la mujer en los centros de atención primaria de las localidades donde existe una gran población migrante como es el norte del país y la región metropolitana. Además, se puede tomar como referencias para contextos latinoamericanos con sistemas de salud y características similares a las chilenas. En este mismo sentido, esta propuesta identifica elementos vinculados a los propios centros de salud, y esto permitiría que los propios equipos realizaran intervenciones para potenciar los facilitadores y disminuir o eliminar los obstaculizadores.

El modelo propuesto podría utilizarse además como inspiración para campañas educativas comunitarias para sensibilizar a la población objetivo como a su entorno, quienes tienen papel facilitador u obstaculizador en el acceso a la atención en salud sexual y reproductivas, como se pudo demostrar en este estudio.

Por último, los resultados de este estudio serán presentados a las autoridades del Ministerio de Salud responsables de las políticas públicas relacionadas con esta área, con el propósito de que sean considerados al momento de diseñar e implementar acciones orientadas a mejorar la atención en salud sexual y reproductiva.

## Referencias bibliográficas:

1. (OIM) OIPlM. Glosario de la OIM sobre Migración Derecho Internacional sobre migración 2019. [Internet] 2019 [citado 16 de octubre de 2025] Disponible en : <https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml-34-glossary-es.pdf>
2. OIM. Informe sobre las Migraciones Mundiales 2022. [Internet] 2022.[citado 16 de octubre de 2025] Disponible en: <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2022>
3. Machado S, Wiedmeyer ML, Watt S, Servin AE, Goldenberg S. Determinants and Inequities in Sexual and Reproductive Health (SRH) Care Access Among Im/Migrant Women in Canada: Findings of a Comprehensive Review (2008-2018). *J Immigr Minor Health*. 2022;24(1):256-99.[citado 16 de octubre de 2025] Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-021-01184-w>
4. Lebano A, Hamed S, Bradby H, Gil-Salmerón A, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1039.[citado 16 de octubre de 2025] Disponible en : <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08749-8>
5. Candeias P, Alarcão V, Stefanovska-Petkovska M, Santos O, Virgolino A, Pintassilgo S, et al. Reducing Sexual and Reproductive Health Inequities Between Natives and Migrants: A Delphi Consensus for Sustainable Cross-Cultural Healthcare Pathways. *Front Public Health*. 2021;9:656454.[citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2021.656454/full>
6. Chawhanda C, Levin J, Ibisomi L. Factors associated with sexual and reproductive health service utilisation in high migration communities in six Southern African countries. *BMC Public Health*. 2022;22(1):876. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13308-4>
7. Pavão ALB, Coeli CM. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cad saúde colet*,(Rio J). 2008.[Internet] [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-621298>
8. Tang D, Wang J. Basic Public Health Service Utilization by Internal Older Adult Migrants in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1).[citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/270>
9. Fahme SA, Sieverding M, Abdulrahim S. Sexual and reproductive health of adolescent Syrian refugee girls in Lebanon: a qualitative study of healthcare provider and educator perspectives. *Reprod Health*. 2021;18(1):113.[citado 16 de octubre

2025] Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01170-3>

10. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res.* 2000;34(6):1273-302. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1089079/>

11. Bascur-Castillo C, Araneda-Gatica V, Castro-Arias H, Carrasco-Portiño M, Ruiz-Cantero MT. Determinants in the process of seeking help for urinary incontinence in the Chilean health system. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;144(1):103-11.[citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12685>

12. (OMS). OMdIS. Hoja informativa salud sexual y reproductiva OMS Africa. 2020.[Internet] .[citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.afro.who.int/publications/sexual-and-reproductive-health-fact-sheet>

13. Villadsen SF, Mortensen LH, Andersen AM. Care during pregnancy and childbirth for migrant women: How do we advance? Development of intervention studies--the case of the MAMA ACT intervention in Denmark. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;32:100-12. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693415001571?via%3Dihub>

14. Amroussia N. Providing sexual and reproductive health services to migrants in Southern Sweden: a qualitative exploration of healthcare providers' experiences. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1562.[citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08967-3>

15. Diop ZB, Bernays S, Tumwesige E, Asiimwe A, Kawuma R, Seeley J. Youth migration and access to health services in a trading centre in southern Uganda: A qualitative exploration. *Glob Public Health.* 2023;18(1):2191689. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: [https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/17441692.2023.2191689?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.tandfonline.com/doi/10.1080/17441692.2023.2191689?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

16. Logie CH, MacKenzie F, Malama K, Lorimer N, Lad A, Zhao M, et al. Sexual and reproductive health among forcibly displaced persons in urban environments in low and middle-income countries: scoping review findings. *Reprod Health.* 2024;21(1):51. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-024-01780-7>

17. Letona P, Felker-Kantor E, Wheeler J. Sexual and reproductive health of migrant women and girls from the Northern Triangle of Central America. *Rev Panam Salud Publica.* 2023;47:e59. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10003450/>

18. Logie CH, Gittings L, Zhao M, Koomson N, Lorimer N, Qiao C, et al. Sexual and reproductive health outcomes for forcibly displaced persons living in urban environments in low- and middle-income countries: a scoping review protocol. *JBIM Evid Synth.* 2022;20(10):2543-51. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: [https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2022/10000/sexual\\_and\\_reproductive\\_health\\_outcomes\\_for.9.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2022/10000/sexual_and_reproductive_health_outcomes_for.9.aspx)
19. Singh NS, Aryasinghe S, Smith J, Khosla R, Say L, Blanchet K. A long way to go: a systematic review to assess the utilisation of sexual and reproductive health services during humanitarian crises. *BMJ Glob Health.* 2018;3(2):e000682. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/3/2/e000682>
20. Márquez-Lameda RD. Predisposing and enabling factors associated with Venezuelan migrant and refugee women's access to sexual and reproductive health care services and contraceptive usage in Peru. *J Migr Health.* 2022;5:100107. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666623522000307?via%3Dihub>
21. Stifani BM, Luigi G, Tam G, Zamberlin N, Carino G, Medina-Salas S, et al. Contraception and abortion in times of crisis: results from an online survey of Venezuelan women. *Frontiers in Global Women's Health.* 2023;4:1189706. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10545839/>
22. CEPAL N. Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe: Dinámica de la productividad laboral en América Latina. 2022. [Internet]. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/coyuntura-laboral-en-america-latina-y-el-caribe-no27-dinamica-de-la>
23. Lobos LOC, Vásquez LPC, Aldea EYH. La supervivencia por sobre el ideal de maternidad: experiencias de duelo migratorio de las madres migrantes en Chile. *Salud Colectiva.* 2024;19:e4649. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11930327/>
24. Pizarro Quevedo T, Iribarne Wiff J, Fernández Benitez A, Rojas Bagnara V, Padilla Rubio C, Novoa Carrasco J. Política de Salud de Migrantes Internacionales. Ministerio de salud. 2017 [Internet]. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-22-POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>
25. Stefoni C CD. Situación migratoria en Chile: tendencias y respuestas de política en el período 2000-2021. PNUD América Latina y el Caribe Serie de documentos de política pública 2022;PNUD LAC PDS N°. 32. [citado 16 de octubre

2025] Disponible en: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-10/PNUDLAC-working-paper-32-Chile-ES.pdf>

26. Ministerio del interior y seguridad pública, Política Nacional de Migración y Extranjería en Chile 2023. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/2024/01/PNME-25-01-2024.pdf>.

27. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile LEY 21325 Ley de Migración Y Extranjería, (2021). [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158549>

28. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Ministerio de Salud Decreto 110 Fija circunstancias y mecanismo para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, (2016). [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=233353&idParte=&idVersion=>

29. OIM OIpIM. Monitoreo de flujo de población venezolana en Chile. DTM Chile. 2019;DTM RONDA 3. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://reliefweb.int/report/chile/dtm-chile-monitoreo-de-flujo-de-poblacion-venezolana-ronda-3-septiembre-octubre-2019>

30. Baeza F, Cilveti C, Fernández MI, Purcell V, Vásquez C, Riquelme-Hernández G. Significado de la experiencia del embarazo, parto y puerperio en la mujer migrante en Chile. *Matronas prof.* 2020;20(4):13-9. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/3slOLIVybtWvJjLaB3UAdMvzoaY0IxATK6z2eVee.pdf>

31. Nanette L PC, Álvarez C. Consecuencias del orden estructurante de las relaciones interétnicas: barreras en el acceso a la atención de salud de mujeres migrantes y sus familias en Tarapaca. *Chungara Revista de Antropología Chilena.* 2020: [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/chungara/2023nahead/0717-7356-chungara-00502.pdf>

32. Servicio Migraciones . Minuta población migrante en la comuna de Iquique. *Migraciones Chile.* 2024. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Comuna/TA/Iquique.pdf>

33. Reinoso M CM, Bustos C, Stuardo V. Migración y acceso a la atención en salud sexual y reproductiva: el caso de la provincia de Iquique.: Universidad de Concepción; 2024. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://repositorio.udec.cl/items/171665c0-e5b4-451b-a346-041bd490af8f>

34. Ley 20584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, (2012). [citado 16 de

octubre 2025] Disponible en:  
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>

35. Cabieses B, Belo K, Calderón AC, Rada I, Rojas K, Araoz C, et al. The impact of stigma and discrimination-based narratives in the health of migrants in Latin America and the Caribbean: a scoping review. *Lancet Reg Health Am.* 2024;40:100660. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00234-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00234-X/fulltext)

36. Obach A, Hasen F, Cabieses B, D'Angelo C, Santander S. [Knowledge, access and use of the health system by migrant adolescents in Chile: results of an exploratory study]. *Rev Panam Salud Publica.* 2020;44:e175. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7778462/>

37. Pérez-Sánchez M, Immordino P, Romano G, Giordano A, García-Gil C, Morales F. Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. *Midwifery.* 2024;139:104167[citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026661382400250X?via%3Dihub>

38. Mandriou A, Alsubahi N, Groot W, Pavlova M. Sexual and Reproductive Health Rights and Service Use among Undocumented Migrants in the EU: A Systematic Literature Review. *Healthcare (Basel).* 2024;12(17). [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/17/1771>

39. Theodossiou I, McLean K, Sundstrom B, Delay C. Exploring Barriers To Sexual and Reproductive Healthcare for Latina Women in South Carolina. *Journal of Immigrant and Minority Health.* 2025. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-025-01736-4>

40. Lamkaddem M, Spreeuwenberg PM, Devillé WL, Foets MM, Groenewegen PP. Importance of quality aspects of GP care among ethnic minorities: role of cultural attitudes, language and healthcare system of reference. *Scand J Public Health.* 2012;40(1):25-34. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494811425710?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1403494811425710?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

41. Rashoka FN, Kelley MS, Choi J-K, Garcia MA, Chai W, Rashawka HN. "Many people have no idea": a qualitative analysis of healthcare barriers among Yazidi refugees in the Midwestern United States. *International Journal for Equity in Health.* 2022;21(1):48. [citado 16 de octubre 2025] Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-022-01654-z>

42 Guillot-Wright S, Farr NM, Cherryhomes E. A community-led mobile health clinic to improve structural and social determinants of health among (im)migrant workers. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):58 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9059448/>

## Anexos

### Anexo 1 Cuadro Lógico:

Objetivos Específicos	Categorías	Subcategorías
1. Conocer las experiencias de migrantes en la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva en Iquique.	Experiencias en salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características de las prestaciones a las que ha accedido la población migrante.</li> <li>- Niveles de atención a los que ha accedido.</li> </ul>
	Valoración de experiencias en salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opinión del sistema de salud chileno</li> <li>Diferencias entre Chile y su país de origen.</li> <li>Recomendaciones para mejorar la calidad de atención.</li> </ul>

<p>2.- Identificar los factores facilitadores y obstaculizados para la búsqueda de atención en salud sexual y reproductiva</p>	<p>Factores facilitadores según población migrante</p>	<p>Factores facilitadores personales</p> <p>Factores facilitadores del entorno</p> <p>Factores facilitadores de la atención primaria</p> <p>Factores facilitadores en nivel secundario.</p> <p>Factores facilitadores del nivel terciario</p>
<p>según la población migrante.</p>	<p>Factores Obstaculizadores según población migrante</p>	<p>Percepción de barreras para acceder o asistir a un centro de salud</p> <p>Percepción de barreras individuales</p> <p>Percepción de barreras del entorno</p> <p>Percepción de barreras desde instituciones de salud.</p>

## Anexo 2. Pauta-Guía de entrevistas.

Migrantes:

1) ¿Ha recibido alguna atención de salud sexual o reproductiva en Chile? Me podría contar su experiencia por favor

- Debería señalar ¿dónde? ¿cuándo? ¿quién la atendió? ¿motivo de consulta?
- Si no dice quién le atendió, se le pregunta, para saber si detecta el perfil de la persona que realizó la consulta. Dependiendo de la atención recibida sabremos si fue profesión médica, matronería, enfermería, TENS, etc.
- Si no entendiera el concepto de “salud sexual o reproductiva” se hablará de salud en general, se dirige la pregunta a qué necesidades ha tenido, es decir, los motivos de su consulta.

2) De no detectarse en pregunta 1, se consultará de manera explícita:

- ¿Ha recibido atención por parte de un profesional matrn/matrona?
- Si su respuesta es no, ¿cuáles han sido los motivos por los cuales no ha podido acceder?
- ¿Qué tipo de atención recibió? (ginecológica, prenatal)?
- ¿Ha accedido alguna vez a toma de PAP, control prenatal o acceso a métodos anticonceptivos?

3) En relación con las experiencias que Ud. ha tenido en atención a la atención en salud sexual y reproductiva, compare esto con la experiencia que ha tenido en su país. ¿existen diferencias entre las experiencias que Ud. ha tenido en Chile y las que ha tenido en su país?

4) ¿Percibió algún tipo de barrera en el acceso y/o durante la atención?

5) ¿Cómo se podría mejorar el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva en Chile?

6) ¿Cómo se podría mejorar la atención recibida por parte del personal de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva?

7) ¿Cuál cree que es el elemento más positivo del sistema de salud chileno?

8) ¿Cuál cree usted que es la principal barrera para acceder o asistir a un centro de salud a pedir atención?

9) ¿Qué aspectos le gustaría que fueran diferentes? ¿Qué sugiere al respecto?

10) Para ir concluyendo, ¿Cómo debería ser una atención en salud sexual y reproductiva para que usted la considere óptima o completa o positiva?

### Anexo 3. Documento de aprobación Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.



Campus Concepción  
Chacabuco esq. Janequeo S/N, Concepción  
Casilla 160 C – Correo 3  
T: (56-41) 2204407

CONCEPCIÓN, 17 de julio 2023  
CEC 4/2023

Mat. M<sup>ª</sup> Belén Reinoso C.  
Magíster en Salud Sexual y Reproductiva  
Dpto. Obstetricia y Puericultura  
Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción

Estimada Srta. Reinoso:

Junto con saludar, le informamos que el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina ha revisado por tercera vez su proyecto: "Migración y acceso a la salud sexual y reproductiva: el caso de la provincia de Iquique durante el año 2023", el cual es APROBADO.

Sin embargo, de acuerdo a la Ley 20.120 y al reglamento, 2017/083 de la Universidad de Concepción, este proyecto debe ser enviado para su evaluación, al Comité Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.

Se adjunta Consentimiento Informado con timbre del CEC.

Sin otro particular, se despide cordialmente.

Dr. Iván Rodríguez Núñez  
Presidente (s)  
Comité Ético Científico  
Facultad de Medicina  
Universidad de Concepción



## Anexo 4. Documento de aprobación Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción.



Universidad de Concepción  
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo  
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1523-2023

Concepción, agosto de 2023.

### CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, ha revisado el Proyecto de Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad de Concepción, titulado **"MIGRACIÓN Y ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CASO DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE DURANTE EL AÑO 2023"**, presentado por la Matrona **SRTA. MARÍA BELÉN REINOSO CATALDO**, en calidad de Investigadora Responsable, siendo Profesoras Guías la **DRA. MERCEDES ELCIRA CARRASCO PORTIÑO** y la **DRA. CECILIA DEL CARMEN BUSTOS IBARRA**, académicas adscritas al Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para la investigación científica que considera la participación de personas, en este caso en estudios en el ámbito de la educación sexual.

En este Proyecto de Tesis, para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, el objetivo general propuesto es Describir el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante en la provincia de Iquique desde la perspectiva de los agentes de salud y las personas usuarias. Para ello propone la ejecución de 04 (cuatro) objetivos específicos, a saber: inicialmente, pretende conocer las experiencias de atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante para, a continuación, identificar las características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de profesionales de la atención primaria, así como también desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil; por último, con los resultados obtenidos, propone caracterizar los mecanismos de articulación entre la población migrante y los agentes de salud para favorecer el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva.

En esta investigación que se estructura en un diseño metodológico cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo con perspectiva fenomenológica, la participación de cada sujeto -profesionales de maternidad de Atención Primaria de Salud, personal de las organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios de salud a la población migrante de la Provincia de Iquique y personas migrantes provenientes de Bolivia, Perú y Colombia- estará basada en el proceso de Consentimiento Informado, toda vez que sea regularmente aplicado y documentado. El documento debe seguir el modelo presentado a este Comité institucional, siempre que cumpla con los requerimientos éticos y jurídicos. Asimismo, la participación, que es de carácter individual, contará con el respaldo institucional que se vincula cada sujeto.

La información será recogida a través de la realización de una entrevista en profundidad a cada participante, la cual será grabada para posteriormente ser transcrita, procurando **anonimizar las intervenciones**, tanto de audio (entrevistas presenciales) como de video (entrevistas remotas).



Barrio Universitario s/n,  
Edificio Empreudec  
Fono (56-41) 2204302  
Casilla 160 C - Correo 3, [secretaria@udac.cl](mailto:secretaria@udac.cl)  
Concepción, Chile



**Universidad de Concepción**  
**Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo**  
**Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad**

Para los análisis de los datos se utilizarán pruebas estadísticas adecuadas para obtener el resultado para dar respuesta a lo planteado, estando todo debidamente indicado en el proyecto que se revisa.

La custodia de la información, de los datos y de los resultados del estudio que se propone, será de responsabilidad de la candidata al grado de Magister en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad de Concepción, la Srta. **María Belén Reinoso Cataldo**.

La participación de terceros como parte del equipo de investigación y que no están identificados en el Proyecto de Tesis individualizado, estará condicionada al previo informe con la nómina y funciones a este Comité y respectiva suscripción del Compromiso de Confidencialidad.

La ejecución de las actividades descritas en esta investigación asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en el estudio, menores de edad, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N° 19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, formuladas por el Comité Asesor de Bioética de FONDECYT/CONICYT y adoptadas por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo - ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile.

En atención a lo anterior y dado que el Proyecto de Tesis para optar al grado de Magister en Salud Sexual y Reproductiva por la Universidad de Concepción, titulado **"MIGRACIÓN Y ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CASO DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE DURANTE EL AÑO 2023"**, presentado por la **SRTA. MARÍA BELÉN REINOSO CATALDO**, en calidad de Investigadora Responsable, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.

  
**DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTET**  
**PRESIDENTA**  
**COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**  
**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**


Barrio Universitario s/n,  
 Edificio Empreudec  
 Fono (56-41) 2204302  
 Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl  
 Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por  
 María Andrea Rodríguez Tasset - 147100002@udec.cl  
 Certificado por el SIIgo S.A. en conformidad a la Ley 20.910