



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

**MIGRACIÓN Y ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA: EL CASO DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE**

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

MARÍA BELÉN REINOSO CATALDO
CONCEPCIÓN-CHILE
2024

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

Dra. Valeria Stuardo Ávila

Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello / Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile.

Dedicado a mi familia, a mis amigas y amigos que son familia, y a las personas que permanecen física y espiritualmente. Por estar siempre al lado del camino y por tener la forma más bonita que he visto nunca de tratar y de mirar la vida. Y a

Donatella, por ser mi fiel compañera en el proceso.

Agradecimientos

Agradezco a todas las personas migrantes que participaron de esta investigación y que han tenido que dejar su país de origen por alguna razón, en especial a quienes lo han hecho por preservar sus derechos.

A todo el personal de salud que dispone su quehacer al servicio de la salud pública de Chile.

A Fundación Madre Josefa, Asociación de Migrantes Residentes en Alto Hospicio y a Colectiva Manifiesta, por su labor, su disposición conmigo y con la presente investigación, y por acercar la salud a la población migrante.

A las Doctoras Mercedes Carrasco Portiño, Cecilia Bustos Ibarra y Valeria Stuardo Ávila. Por la confianza, las oportunidades y el aprendizaje tanto profesional como personal que dejaron en mí.

Y, por último, quiero agradecerme, por mi constancia, mi disciplina, y porque nunca me rendí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
MARCO TEORICO.....	5
OBJETIVOS	19
MATERIAL Y MÉTODO	20
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES.....	75
PROYECCIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	87

INDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Experiencias de atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante.....37
- Tabla 2. Características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de profesionales de la atención primaria.....47
- Tabla 3. Características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil.....60
- Tabla 4. Mecanismos de articulación entre la población migrante y los agentes de salud para favorecer el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva.
.....66

RESUMEN

Introducción: La migración ha aumentado en las últimas décadas. Considerando el incremento de la feminización de la migración, con el consiguiente aumento en la demanda de consultas en salud sexual y reproductiva, es importante describir el acceso desde su propia perspectiva y de la de los agentes de salud.

Objetivo: Describir el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante en la provincia de Iquique desde la perspectiva de las personas usuarias y los agentes de salud.

Material y método: Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo con perspectiva fenomenológica. Se realizó un muestreo teórico intencionado que incluyó: profesionales de matronería de APS (n=4), agentes comunitarios (n=7) y personas migrantes (n=14). Se realizaron entrevistas en profundidad y dos grupos focales, facilitados por un guion. Cada entrevista fue grabada y posteriormente transcrita, se utilizó la técnica de análisis de contenido y el software de análisis cualitativo ATLAS Ti.

Resultados: Las personas migrantes usuarias y agentes de salud reportan brechas en el acceso asociadas a la falta de información, a que la salud no es prioritaria y a la distancia geográfica, y otras específicas para la población LGTBIQA+. Aportan sugerencias que podrían mitigar estas barreras como aumentar las estrategias informativas a la comunidad y favorecer la articulación intersectorial.

Conclusión: Se concluye que los perfiles informantes reconocen brechas asociadas al acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva, se releva de este el acceso a métodos anticonceptivos, como también aspectos positivos que generan adherencia. Se sugiere ampliar las estrategias informativas.

Palabras claves: Migración Humana, Migrante, Organización comunitaria, Servicios de Salud, Salud Sexual, Salud Reproductiva.

ABSTRACT

MIGRATION AND ACCESS TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH: THE CASE OF IQUIQUE PROVINCE

Introduction: Migration has increased during the last decades. Taking into account the increasing feminization of migration, with the resulting rise of the demand for sexual and reproductive healthcare, describing access from the migrants' and health workers' viewpoints becomes essential.

Objective: To describe migrants' access to sexual and reproductive health in the Iquique province, Chile, from the patients' and the health workers' viewpoints.

Material and method: An exploratory-descriptive qualitative study with a phenomenological approach. Non-probabilistic, theoretical sampling included primary care health (PCH) midwives (n=4), NGO personnel (n=7), and migrants (n=14). In-depth interviews and a focus group were conducted, helped by a script. Each interview was recorded, transcribed, and then analyzed with the content analysis tool and the ATLAS.ti software for qualitative analysis.

Results: Migrant users and health agents report gaps in access associated with lack of information, health not being a priority and geographic distance, and others specific to the LGTBIQA+ population. They provide suggestions that could mitigate these barriers, such as increasing community information strategies and promoting intersectoral coordination.

Conclusion: It is concluded that the informant profiles recognize gaps associated with the access and use of sexual and reproductive health services, including access to contraceptive methods, as well as positive aspects that generate adherence. It is suggested to expand information strategies.

Keywords: Human Migration; Migrant; Community Organization; Health Services; Sexual Health; Reproductive Health.

INTRODUCCIÓN

El mundo ha vivido durante la última década un impacto migratorio sin precedentes, y Chile no ha sido la excepción. Los flujos migratorios globales e intrarregionales han aumentado significativamente los últimos años por lo que la magnitud de este fenómeno y sus implicancias en todo orden para el estado y la ciudadanía chilena ha generado un interés creciente por entender y cuantificar su impacto. Chile se convierte en un receptor de migración principalmente sur-sur, debido a un escenario de democracia consolidada, cierta estabilización en el contexto político e indicadores económicos atractivos.

Según la estimación del año 2021 la región de Tarapacá concentra el 4,9% de la población migrante en territorio nacional, ubicándola como la cuarta región del país con más migrantes. La distribución comunal de las personas residentes habituales estimadas para 2018, 2019 y 2020, en la región de Tarapacá es liderada por la comuna de Iquique con el 63,9 % de residencia declarada, seguida de Alto Hospicio con el 27,2 %. ¹

En este sentido, al analizar los datos del CENSO 2002 a 2017 y las estimaciones de migrantes al 31 de diciembre de los años 2018, 2019, 2020 y 2021, de las personas migrantes en la región de Tarapacá, se observa un alza entre los años 2012 y 2018, seguida de un aumento del 5,3 % en el último año. 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.¹

El alza de esta tendencia genera un desafío para la oferta de servicios públicos en general, principalmente en el acceso a la salud y particularmente en el acceso a la salud sexual, esto considerando el aumento de la población en edad reproductiva especialmente de mujeres migrantes y con ello el incremento en la demanda de consultas prenatales, atención del parto, menopausia, entre otras. En este sentido, respecto al acceso al control de embarazo, si bien no existe información a nivel

nacional, en Recoleta, comuna de la Región Metropolitana de Chile que también posee un alto porcentaje de población migrante (según la estimación del año 2022 la comuna de Recoleta concentra el 4,1% de la población migrante de la región Metropolitana de Santiago, ubicándola como la quinta comuna de la región con más migrantes²) el 63.1% de las mujeres migrantes en control en atención primaria pública en la comuna de Recoleta (4 CESFAM) presentan un ingreso tardío, comparado con el 33,4% de las chilenas. Respecto al riesgo biopsicosocial, medido a través de la pauta abreviada de riesgo biopsicosocial del programa Chile Crece Contigo, son las inmigrantes quienes presentaron una mayor proporción de mujeres en riesgo (inmigrantes: 62,3% versus chilenas: 59,1%). Aunque en términos de severidad existe una mayor proporción de mujeres chilenas en riesgo severo que de inmigrantes (inmigrantes: 2,7% vs chilenas: 8,3%). Finalmente se observa un mayor porcentaje de mujeres inmigrantes (32,3%) con síntomas depresivos que chilenas (29,7%) en la misma situación³.

Considerando la migración como un determinante social de la salud, y que las poblaciones migrantes están mayormente expuestas a dificultades de acceso al sistema sanitario⁴, es que toman especial relevancia las organizaciones de la sociedad civil, las comunidades, los municipios y profesionales de salud, para brindar protección, otorgar orientaciones y asistencia psicosocial a la población en cuestión para contribuir a la inclusividad e interculturalidad, potenciando la riqueza de la diversidad humana desde la experiencia, el acompañamiento y la orientación multidimensional a las personas migrantes en el país.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La migración internacional en Chile presenta en la actualidad una de las tasas más altas de su historia. Las condiciones y las trayectorias que involucran los movimientos de entrada y salida de un país, y el estatus de permanencia, hacen que esta población sea potencialmente vulnerable y que su tránsito o estancia genere impactos importantes en la salud pública de la sociedad receptora. En este sentido, es importante caracterizar los determinantes sociosanitarios de las poblaciones móviles que guardan relación con la salud, para que las políticas y programas que se generen los aborden, adecuando toda acción a las necesidades que presente la población en cuestión, utilizando un enfoque multisectorial que permita mitigar los factores que afecten las condiciones de vida de las personas migrantes.

En general, se trata de poblaciones constituidas mayoritariamente por personas adultas jóvenes en edad reproductiva. Dicha caracterización demográfica unida a la feminización de la población inmigrante es un hecho que está dominando los flujos migratorios. Este fenómeno involucra el surgimiento de nuevas necesidades en Salud Sexual y Reproductiva que deben ser abordadas de manera intersectorial y multicultural.

En este sentido, desde lo social y comunitario, las organizaciones no gubernamentales en ayuda a migrantes permiten disminuir las brechas de vulnerabilidad en salud asociadas a la reticencia y temor por parte de las poblaciones migrantes de acudir a los servicios sanitarios. Esto mediante su rol de ayuda humanitaria y diagnóstico de necesidades primarias en una instancia inicial, para luego orientar sobre el acceso a derechos básicos en la sociedad receptora. A su vez, el personal de salud también juega un papel fundamental en el mejoramiento de la salud de las personas y en el fortalecimiento institucional de los servicios sanitarios. En este sentido, ambos actores claves contribuyen al acceso a los

servicios de salud de las poblaciones móviles, específicamente a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes, demanda que ha aumentado exponencialmente en el último período y que ha ido convirtiéndose en un indicador importante para la salud sexual, reproductiva, obstétrica y perinatal, basado en el derecho básico de acceder libremente a los sistemas sanitarios ya sea en acciones de promoción, protección, recuperación o rehabilitación, y que estos sean inclusivos e igualitarios.

Por todo lo anteriormente expuesto, la población de mujeres migrantes está en mayor medida expuesta a dificultades de acceso a la salud sexual y reproductiva, por lo que se hace necesario conocer las experiencias y significados que ellas mismas y el personal de salud atribuyen a sus vivencias y al fenómeno migratorio bajo su propia subjetividad. Para esto, la presente investigación tiene como propósito responder a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los elementos facilitadores y obstaculizadores del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante de la comuna de Alto Hospicio?

MARCO TEORICO

El ser humano, desde su existencia, se ha movilizadado incesantemente con el propósito de tener bienestar y mejoras socioeconómicas. En esa búsqueda, la migración ha constituido una de las formas de cumplir con ese objetivo. Así, la migración es un fenómeno global que desde la antigüedad ha generado la necesidad de crear normas que regulen el actuar y los derechos y deberes que se reconocen a determinadas personas, las cuales han salido de su lugar de origen para establecerse en otro diferente de manera temporal o definitiva.⁵

La globalización económica es un proceso-fenómeno de creciente integración de economías a través de diversos factores conectores de las mismas, fundamentalmente en materia de intercambio de bienes, servicios, capitales, personas y tecnología⁶, una característica importante de ella es su capacidad de incorporar no solo variables de tipo estrictamente económico, como se ha mencionado anteriormente, sino también otras variables de distinto orden, como por ejemplo la migración internacional y la movilidad transnacional de conocimientos y tecnología⁷. Cientos de personas se trasladan desde sus países de origen a otros destinos para tener un mejor empleo, cursar estudios, contraer matrimonio o reunirse con sus familias radicadas en el exterior. En efecto, entre las principales motivaciones de la migración se consideran la desintegración y diferencia salarial entre los países; el mayor conocimiento de las personas respecto a las condiciones socioeconómicas de otras jurisdicciones gracias a las redes sociales y a Internet; e, incluso, la baja en los precios del transporte que han disminuido los costos de las migraciones, y desplazamientos, hasta en las más adversas condiciones⁵.

Según las Naciones Unidas, la Organización Mundial de las Migraciones (OIM), define al migrante como: “cualquier persona que se desplaza o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de su situación jurídica; el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; las causas del desplazamiento; o la duración de su estancia”. Sin embargo, debemos destacar que esta definición puede variar debido

a la multiplicidad de ordenamientos jurídicos nacionales especiales que regulan esta materia⁵.

En los últimos años ha existido un incremento de las inmigraciones, tanto a nivel mundial como en Chile, lo cual justifica el estudio del estatuto normativo aplicable a este fenómeno, a nivel internacional e interno. Según el Portal de datos mundiales sobre la migración, desarrollado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el número total de migrantes internacionales a mediados de 2019 alcanza 271,6 millones de personas en el mundo (3,5% de la población mundial). Mientras que, en Chile, según las últimas estadísticas declaradas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), para el 31 de diciembre de 2019, existen en el país 1.492.522 extranjeros, lo que corresponde aproximadamente a un 7,81% de la población del país⁵.

MIGRACIÓN Y ACCESO A LA SALUD

Existe consenso en la comunidad internacional sobre el reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud, siendo un proceso dinámico y cambiante que va más allá de la variable biológica e incluye cambios en el estilo de vida, condiciones del medio social y comunitario, lo socioeconómico, político y estructural, así como lo ambiental. Estos cambios, que implican dificultades para integrarse a nuevos estilos de vida y ambientes, generan también mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y las comunidades que les reciben³.

Más allá de lo individual, la vulnerabilidad no se refiere exclusivamente a la situación de pobreza como carencia de recursos materiales, sino también a la falta de capacidad y de organización necesaria para mejorar la calidad de vida y acceder a diferentes bienes y servicios. El individuo se integra a la sociedad a través de un doble eje: el trabajo y su mundo de relaciones, familiares y comunitarias. La situación de vulnerabilidad se vincula con la precaria situación laboral, con la fragilidad institucional (a nivel de organismos intermedios y de acciones protectoras del Estado) y con el debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares,

comunitarias y sociales. En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente «vulnerables». Ello implica que los mismos están más expuestos a riesgo⁸.

Los determinantes sociales de la salud son definidos como aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones en las que viven las personas afectan el nivel de salud y que es posible intervenir a través de políticas sociales y de salud. Todo patrón migratorio genera cambios individuales, familiares y comunitarios que repercuten en la salud de las personas, ya sea de forma positiva o negativa. Esto convierte a la migración en un determinante de los determinantes sociales de la salud⁶. En este sentido, mientras más exacta sea la medición del riesgo al que se encuentran expuestas las personas migrantes, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención de esta población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones, y por supuesto el afrontamiento a la vulnerabilidad⁸.

A nivel mundial, considerando el acceso al sistema sanitario, una revisión sistemática realizada en el año 2017 tuvo como objetivo revisar la evidencia empírica sobre la utilización de los servicios de salud por la población migrante en Europa y sobre las diferencias en la utilización de los servicios de salud entre migrantes y no migrantes en los países europeos. Incluyó 39 artículos y concluyó que la utilización de servicios de accidentes, emergencias y hospitalizaciones fueron más altas entre los migrantes que entre los no migrantes en la mayoría de los países, por el contrario, las visitas preventivas y ambulatorias para atención especializada se utilizaban generalmente con menos frecuencia por la población migrante⁹.

Siguiendo en el contexto europeo, un estudio exploró el acceso al tratamiento para la Hepatitis B y C crónica en población vulnerable en riesgo de infección. Se encontró que, en España, Reino Unido y Hungría hay restricción completa para los migrantes indocumentados y las personas sin seguro de salud, mientras que en Italia hay pocas restricciones¹⁰.

Considerando las barreras en el acceso al sistema de salud, un estudio cualitativo realizado en el año 2016 en Estados Unidos para 34 latinos residentes tuvo como objetivo entender las barreras que enfrentaba esta población para el cuidado de su salud, las percepciones de la atención de la salud y las necesidades de atención médica de los inmigrantes latinos. Este demostró que efectivamente existen barreras significativas en la atención de salud que los migrantes latinos atribuyen al idioma, la falta de intérpretes bien capacitados, el estatus migratorio y la discriminación. Concluye que la escasez de redes de apoyo social establecidas y la infraestructura de atención de salud en nuevas áreas de crecimiento latino exacerban los obstáculos de salud que experimentan los inmigrantes de estas características en todo el país¹¹.

Dentro de este contexto, en Taiwán se realizó un estudio cualitativo con 85 participantes para explorar y comprender problemas específicos de lenguaje y problemas de comunicación de las mujeres inmigrantes del sudeste asiático en el país. Sin la adquisición de las habilidades básicas en el idioma de la sociedad receptora, la mayoría de las mujeres inmigrantes tenían conocimientos de salud inadecuados para manejar la información y navegar por el sistema de salud de Taiwán. La brecha de comunicación interpersonal entre las mujeres inmigrantes y los proveedores de atención médica existe debido a la falta de alfabetización en salud además de las barreras lingüísticas y culturales. Con limitadas habilidades en el idioma, las mujeres inmigrantes enfrentan numerosos desafíos al navegar por el sistema de atención de salud, interactuar con los proveedores de atención médica y tener acceso a atención adecuada¹².

Otro estudio que apoya lo anteriormente expuesto fue realizado en Cataluña y Andalucía, España, el cual ofrece un análisis sistemático y comparativo sobre el acceso de la población migrante a la atención sanitaria y los factores que influyen en él desde la perspectiva de los profesionales y gestores sanitarios de estas dos regiones españolas. Este estudio proporciona evidencia de que el personal de salud identifica barreras en el acceso a la atención médica, relacionadas tanto con los servicios de salud como con las características de la población migrante. Se

identificaron barreras estructurales que deben ser abordadas por políticas específicas y que afectan a toda la población usuaria, tanto autóctona como migrante, poniendo de manifiesto las carencias crónicas del sistema sanitario. Sin embargo, estas limitaciones del sistema suelen afectar más a la población inmigrante, debido a sus especificidades. Entre las barreras para acceder a la atención médica por parte de la población migrante, se identificaron mayoritariamente procesos administrativos para ingresar al sistema, es decir, obtener una tarjeta individual de acceso a la salud y poder acceder al sistema sanitario. Los resultados no difirieron por informante o región, con dos excepciones: en Cataluña, el acceso a la atención de la salud fue más difícil para la población usuaria sin su tarjeta individual de salud debido a las tarifas cobradas, y en general a la atención primaria en áreas rurales, debido a las largas distancias y limitaciones de transporte público¹³.

Otra barrera importante para considerar es la aculturación, entendida como el proceso de recepción de otra cultura y de adaptación a ella¹⁴. En un estudio realizado en Estados Unidos se observó la relación entre la aculturación y las percepciones de los inmigrantes latinos sobre la calidad del tratamiento, la discriminación y el acceso a la información sobre la salud. Se encontró que los/las participantes que tenían niveles más bajos de aculturación percibieron: mayor discriminación en el tratamiento de la atención de la salud; una menor calidad del tratamiento de salud; menos confianza en rellenar formularios relacionados con la salud y mayores retos para entender la información escrita sobre sus condiciones médicas. Todo lo anterior resalta la importancia de desarrollar competencias interculturales por parte de los/las profesionales de la salud¹⁵.

El conocimiento del sistema de salud es necesario para lograr una búsqueda óptima y efectiva de atención en salud por parte de los inmigrantes. En este sentido, intervenciones orientadas a entregar información sobre el sistema de salud del país es importante para permitir una navegación eficaz por el sistema de salud y sus servicios, mejorando también la satisfacción usuaria de los inmigrantes, como se observó en un estudio cuantitativo de casos y controles en Dinamarca realizado en

el año 2017, que evaluó si una entrega sistemática de información afectó el conocimiento y la satisfacción de la población migrante con el sistema de salud danés. Con una muestra de 1158 participantes, demostró que el curso mejoró el conocimiento sobre a quién contactar en caso de accidente, pero no en caso de enfermedad. Además, afectó positivamente las respuestas correctas a 9 de las 11 preguntas sobre el sistema de salud según el instrumento realizado. Concluye entonces que el conocimiento del sistema sanitario es necesario para un comportamiento óptimo de búsqueda de atención médica¹⁶.

Otro de los factores que afectan el acceso a la atención en salud, es la documentación de la población migrante, que minimiza su capacidad de acceso a la atención de la salud incluso cuando tienen cobertura de salud. En Estados Unidos, un estudio cualitativo realizado en el año 2017, que incluyó 153 participantes y que tuvo como objetivo examinar la relación entre la cobertura y el acceso a la atención médica para la población migrante bajo la reforma integral de salud en el área metropolitana de Boston, arrojó que las personas encuestadas de los distintos grupos de interesados perciben que la documentación de los inmigrantes minimiza su capacidad de acceso a la atención sanitaria incluso cuando tienen cobertura de salud¹⁷.

Si bien en Estados Unidos existe la ley del cuidado de salud a bajo precio, la cual permite aliviar algunas disparidades en el acceso a salud, el impacto es limitado debido a la exclusión de los grupos clave, como los indocumentados, tal como se observó en un estudio cualitativo realizado en el año 2016 con población latina residente, el cual tuvo como objetivo examinar las diferencias en el acceso, la utilización y las barreras a la atención de salud por lugar de nacimiento, idioma hablado en el hogar y estado del seguro. Los resultados mostraron que los individuos no asegurados y nacidos en el extranjero fueron afectados diferencialmente por la falta de acceso a la atención médica y su utilización¹⁸.

Considerando el acceso al sistema de atención primaria de salud (en adelante, APS) en el mundo, una revisión que incluyó 27 artículos originales investigó las barreras de acceso a atención primaria en Canadá, esta demostró que el estatus

socioeconómico de la población migrante es una barrera para la asistencia sanitaria. A su llegada a Canadá, la población migrante a menudo enfrenta problemas económicos que incluyen restricciones, oportunidades de empleo, que implican un trabajo poco calificado y salarios bajos. Aunque la atención médica en Canadá es universal, tener más de un trabajo para mantener una familia o trabajos mal pagados a menudo significa que los inmigrantes no pueden o no darán prioridad a la atención médica incluso cuando están enfermos. Además de identificar las barreras a la atención médica, esta revisión también permitió identificar vacíos en la investigación sobre este tema. En primer lugar, las mujeres inmigrantes han sido el centro de gran parte de la investigación, sin embargo, la proporción de hombres inmigrantes canadienses es levemente más alta que las mujeres inmigrantes. Aunque los hombres son menos propensos a buscar un médico hasta que sea una necesidad absoluta y las mujeres enfrentan algunos problemas de salud únicos, por ejemplo, parto, embarazo, menopausia, que pueden requerir atención en comparación con los hombres, existe una clara brecha en la investigación sobre las barreras específicas que enfrenta el sexo masculino para acceder a la atención médica¹⁹.

En Reino Unido, las políticas restrictivas a inmigrantes irregulares son una barrera importante para el acceso a la APS. En el año 2015, en un estudio cualitativo entrevistaron a 16 inmigrantes indocumentados que intentaban acceder a la atención primaria. Ninguno de los migrantes entrevistados dijo que podría pagar los cargos por acceder a la atención primaria y la mayoría dijo que tendría que esperar hasta que estuvieran muy enfermos, y así poder acceder a la atención a través de los servicios de accidentes y emergencias²⁰.

En Canadá se realizó un estudio en la población migrante con el objetivo de explorar facilitadores y las barreras para la adopción de servicios de prevención clínica entre las personas del sur de Asia, que representaban el 31% de la población en Surrey, Columbia Británica. Los factores facilitadores a nivel de la población usuaria incluyeron asumir la responsabilidad de su salud, la alfabetización en salud y respetar los consejos del profesional; las barreras incluyeron el temor al diagnóstico, la muerte y/o procedimientos, el bajo riesgo de enfermedad o la utilidad de la

intervención y los efectos secundarios de los procedimientos. El estudio incluyó 62 participantes de 40 años o más, hombres y mujeres. Sus hallazgos validan los facilitadores y barreras previamente identificados para acceder a la atención preventiva para las poblaciones inmigrantes, sin embargo, los resultados sugieren que los factores a nivel del sistema que influyen en la duración de las visitas de atención primaria pueden tener un impacto más destacado en la aceptación de los servicios de prevención clínica en esta población²¹.

Considerando todo lo anteriormente expuesto respecto a la APS, el nivel acceso a los servicios de las personas migrantes se puede deber a una serie de elementos que pueden ser del usuario/a, como también de los sistemas de salud en general, como su funcionamiento y financiamiento, lo que puede tener un impacto negativo en la calidad de atención al usuario/a y en los resultados en salud. Asimismo, las condiciones económicas y sociales más desfavorables, así como un acotado mercado laboral experimentado por los inmigrantes, pueden exponerlos a factores de riesgo de lesiones y enfermedades infecciosas. Por lo que es esencial tener un sistema de salud que sea culturalmente sensible, para entregar prestaciones de salud accesibles, no sólo económicamente, sino también culturalmente, y de alta calidad a inmigrantes. Para lograr esto es esencial que las intervenciones y políticas orientadas a mejorar el acceso consideren las necesidades de los migrantes y su situación de vulnerabilidad frente a un sistema de salud desconocido. Asimismo, estas iniciativas deben ser específicas a cada servicio de salud, debido a las diferencias que se puedan encontrar²².

Considerando que una arista fundamental del acceso integral al sistema de salud es la salud sexual y reproductiva, la evidencia científica respalda en una revisión sistemática realizada en el año 2021, la cual arroja luz sobre las alarmantes inequidades en la atención de este orden para mujeres inmigrantes en Canadá. Los hallazgos demostraron que, si bien las experiencias positivas con el personal de salud y el apoyo social facilitó el acceso a la salud sexual y reproductiva para algunas mujeres, el aislamiento social, el estado migratorio precario, la discriminación y el estigma por parte de los miembros de la comunidad y los

profesionales de la salud presentaban grandes desafíos. Esto presenta una necesidad de mayor comprensión de las desigualdades que enfrentan las mujeres inmigrantes en todo el espectro de servicios de que conciernen a la salud sexual y reproductiva²³.

Otra evidencia que apoya lo anteriormente expuesto se respalda en una revisión sistemática realizada en el año 2021, la cual proporciona más información acerca de los cambios sociales y estructurales determinantes que impiden a la población migrante y refugiada mantener una buena salud sexual y reproductiva y realizar su derecho al disfrute del más alto estándar de salud. Los resultados se alinean con la investigación sobre las causas previamente mencionadas respecto a la atención de salud de los migrantes, y añade nuevos conocimientos sobre cómo múltiples determinantes sociales son perjudiciales para la atención en salud sexual, como las crisis económicas, ambientes hostiles, derechos y políticas legales limitadas que excluyen a la población migrante del ejercicio de su derecho a la salud. Considerando lo anterior, se suman los recursos financieros y humanos inadecuados, servicios de salud limitados y las precarias condiciones de vida y de trabajo las cuales están asociadas con una precaria red de apoyo. Los diferentes idiomas y normas culturales entre los proveedores de atención médica y los migrantes son barreras para un diagnóstico y tratamiento adecuados. Otro punto importante es el estigma y discriminación relacionados con el estatus migratorio, el sexo, el género y la orientación sexual, los cuales impactan negativamente en la salud sexual de la población migrante²⁴.

Ahora bien, considerando el caso de los adolescentes migrantes y su atención en salud sexual y reproductiva, la evidencia científica respalda en una revisión realizada en el año 2021 que esta población de origen migrante o refugiados de países de bajos y medianos ingresos que se establecen en países de altos ingresos tienden a subutilizar los servicios de salud sexual y reproductiva. Algunos/as jóvenes migrantes informaron sobre experiencias de discriminación por parte de los proveedores de servicios, también, mencionaron que el costo de la atención fue un impedimento para el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva en países

sin cobertura universal de atención médica. Otros factores para considerar son la falta de información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, las preocupaciones sobre la confidencialidad, el estigma de la comunidad entorno a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las relaciones sexuales prematrimoniales fueron barreras clave para el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva. El compromiso con los padres y las comunidades puede ayudar a desestigmatizar los problemas de salud sexual, incluidas las ITS²⁵.

Otro de los factores de importancia a considerar, es el acceso a la salud sexual y reproductiva de trabajadores/as sexuales migrantes. Se realizó una revisión sistemática en el año 2021 que incluyó 29 estudios en 15 países. La prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) osciló entre el 0,3% y el 13,6% y varió según los entornos, con la prevalencia más alta entre las/los trabajadoras/es sexuales indocumentados en un país de ingresos altos como lo es Portugal. El estatus migratorio precario fue un factor estructural asociado con peores resultados de VIH/ITS, mientras que las narrativas cualitativas mostraron que las experiencias vividas por parte de las/los trabajadoras/es sexuales estaban fuertemente influenciadas por la vigilancia y el estigma, a pesar de las disparidades, en algunos entornos, la prevalencia del VIH e ITS fue menor y las probabilidades de uso de preservativos con los clientes fueron mayores entre los trabajadoras/es sexuales migrantes en relación con los trabajadoras/es sexuales pertenecientes al país de residencia. Esta revisión identificó una escasez de investigación sobre la salud sexual y reproductiva de las/los trabajadoras/es sexuales masculinos y de género diverso. En todos los entornos legislativos, la criminalización de las/los trabajadoras/es sexuales y el estatus de migrante, la vigilancia policial y la marginación relacionada con la migración fueron barreras estructurales prominentes para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva²⁶.

En el caso de Chile, considerando el acceso al sistema de salud, un estudio multi-métodos focalizado en la ciudad de Santiago, una zona especialmente afectada por el COVID-19 y con alta población migrante internacional realizado en el año 2021, demostró que casi el 70% de los participantes indicaron contar con alguna

inscripción al sistema de salud chileno. Un 63% indicó pertenecer al sistema público de salud, FONASA, un 6% al sistema privado, ISAPRE, casi el 2% indicó tener otro y un 3% no saber si tiene alguna previsión²⁷.

Según país de origen, en el caso de venezolanos la previsión más reportada fue FONASA (65%), seguida de ninguna (23%), ISAPRE (8%) y, por último, quienes desconocen su previsión (3%). Migrantes de origen peruano indicaron en una mayor proporción el tener previsión pública o FONASA que venezolanos, equivalente a 74%, luego ninguno con 19%, privado o ISAPRE con 2%, otro con un 1% y no sabe con un 4%. Para población migrante internacional haitiana las proporciones son similares a venezolanos, con un 68% de inscripción en sistema público de salud, un 1.4% en privada, un 25% que reporta no tener ninguna inscripción y un 6% que no sabe²⁷.

Existen claras tendencias de acceso formal al sistema de salud chileno público y privado a lo largo del tiempo en migrantes internacionales, así como hay también tendencias inversas, es decir, de no tener ninguna previsión a lo largo del tiempo en estas poblaciones²⁸.

Ahora bien, respecto al acceso efectivo al sistema de salud, según el mismo estudio anteriormente mencionado, del total de participantes (n=990), 776 encuestados (78%) afirmaron haberse atendido alguna vez en el sistema de salud. De ellos, el 26,5% (n=206) afirmó por su parte haber enfrentado alguna barrera o dificultad para la atención. Con respecto a los tipos de barreras que reportaron haber enfrentado durante la pandemia por COVID-19 entre migrantes internacionales participantes de este estudio, la más frecuentemente reportada correspondió a la barrera de aceptabilidad de la atención, asociada a que fueron atendidos, pero no se sintieron tratados con respeto, con un 40% de los casos. En segundo lugar, barreras de accesibilidad del sistema de salud, en el sentido de que el 18% de los participantes señalaron que sabían dónde consultar, pero no encontraron hora durante el tiempo de pandemia por COVID-19. También como barrera de accesibilidad un 13% reportó que fue a la cita, pero no fue atendido, un 12% que no manejaba el idioma para

pedir la hora y un 11% que no pudo acceder por problemas de visa, documentación, RUT o previsión de salud. De quienes sí habían consultado alguna vez en el sistema de salud (n=776), solo el 15,3% habían escuchado del enfoque intercultural en salud para migrantes y solo el 6,8% dijo haber recibido atención de salud con facilitador lingüístico o mediador intercultural alguna vez²⁷.

En cuanto al acceso y el uso del sistema de salud, se evidencian las brechas para el ejercicio y goce del derecho a la salud de esta población, en particular de niños, niñas y adolescentes migrantes. En un estudio transversal, en el marco del primer encuentro participativo de adolescentes migrantes en salud, realizado en agosto del 2019 en Santiago de Chile, en el que participaron 30 adolescentes migrantes, hombres y mujeres de diversas nacionalidades, con predominio de Venezuela, seguida por Colombia y República Dominicana, donde la mitad de los encuestados refirió no haber utilizado el sistema de salud en Chile. El 60% no sabía si estaba inscrito formalmente en el sistema de salud, y un 25% indicó no estar inscrito. En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, el 60% no conocía el “Programa Espacios Amigables para la salud de adolescentes en centros de salud”, y solo el 32% concurrió alguna vez. Si bien el 60% refirió saber a qué servicio del sistema de salud acudir en caso de necesitar algún método anticonceptivo, el 76% no acudió ni lo solicitó. Los participantes sostuvieron que en las farmacias los preservativos son muy costosos y les avergüenza comprarlos. Respecto de la obtención de preservativos en la red de atención primaria, manifestaron que solo pueden ser solicitados por personas adultas, aun cuando la Ley N°20.418 establece lo contrario, ya que esta última autoriza la entrega de métodos anticonceptivos a la población, entre ellos, los de emergencia, en el sistema público de salud. Sin embargo, perciben como algo positivo tener acceso a matronas/es en las escuelas, ya que así pueden acceder a los preservativos de manera directa y resguardando su privacidad²⁸.

Respecto a los indicadores obstétricos, la proporción de nacimientos ocurridos dentro de la población inmigrante ha ascendido al 12% del total de nacimientos a nivel nacional, lo anterior según datos del Departamento de Extranjería y Migración,

2019. Esta situación ha generado un importante desafío demográfico, ya que Chile también se encuentra en medio de una transición demográfica y obstétrica que se caracteriza por una población cada vez más envejecida y bajas tasas de fecundidad y mortalidad materna. En este sentido, los resultados maternos y perinatales entre las mujeres migrantes en Chile son generalmente favorables, esto respaldado en un estudio transversal analítico realizado en el año 2019 con 2598 mujeres en edad fértil y su recién nacido. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas por estudiantes previamente capacitados. Entre las mujeres incluidas, el 41,5% (n=1078) eran inmigrantes. Los resultados de este estudio arrojaron que la edad media de los inmigrantes fue de $28,1 \pm 6,4$ años y la de los nativos de $26,8 \pm 6,9$ ($p < 0,001$). Entre los autóctonos, la tasa de obesidad fue del 38,3%, frente al 19,3% de los inmigrantes ($p < 0,001$). Se observó una tasa significativamente mayor de cesáreas entre las nativas (36,8%) que entre las inmigrantes (31,7%). La morbilidad obstétrica (preeclampsia, diabetes gestacional y prematuridad) fueron significativamente mayores entre las nativas. No hubo diferencia con respecto al bajo peso al nacer, lo que concluye que en general, las inmigrantes presentan mejores indicadores maternos y neonatales que las mujeres autóctonas²⁹.

Estas condiciones resaltan la necesidad de centrarse en recomendaciones específicas para abordar la salud materna y perinatal que enfatizen mejoras en la calidad de los servicios de salud. El bienestar subjetivo y las percepciones de las experiencias de atención médica deben tenerse en cuenta al evaluar la calidad de la atención en el embarazo y el parto, ya que estas experiencias influyen no solo en las perspectivas de atención médica entre las mujeres embarazadas, sino también en el potencial de salud de las generaciones futuras²⁹.

Considerando lo anterior, un estudio transversal analítico realizado en el año 2019 en un hospital clínico de la zona central de Santiago, Chile, tuvo como objetivo principal explorar las percepciones y experiencias de las mujeres migrantes respecto a la atención que recibieron durante el proceso del parto en dos maternidades de Santiago de Chile que atienden a una alta proporción de inmigrantes. Este pretendió aportar evidencia que pudo ser de utilidad para formular

estrategias de inclusión que permitieran reducir las brechas de atención y mitigar la discriminación de las mujeres inmigrantes durante el parto en el contexto del actual fenómeno migratorio en Chile y el mundo. Los resultados informaron que las mujeres inmigrantes sintieron que el equipo sanitario las trataba de manera similar a las mujeres nativas durante el trabajo de parto y el parto. Sin embargo, su autonomía se vio comprometida por su percepción de posición inferior en la jerarquía del conocimiento. Las mujeres informaron que temían ser maltratadas si expresaban sus deseos, viendo la atención en salud reproductiva como un favor más que como un derecho. Además, se percibían sujetas a los requerimientos del sistema de salud y, por ende, del equipo de salud que las atiende, lo que indica bajas expectativas en cuanto a su atención y derechos reproductivos. Las percepciones de las mujeres sobre sus experiencias vividas fueron fuertemente moldeadas por su satisfacción con la compañía, el alivio del dolor y los servicios que recibieron más que la calidad de la atención, lo que también implica bajas expectativas³⁰.

En atención a lo anterior, la salud de las personas migrantes es también definida por el tipo de experiencias y situaciones que se viven desde la comunidad de origen, durante el tránsito, en destino, y al momento de retornar. El entorno político, económico y social de la comunidad de origen, además de influenciar la decisión para migrar, define algunos de los factores protectores y condiciones de riesgo a la salud desde antes de iniciar y durante el ciclo migratorio. Es por ello, que los riesgos y vulnerabilidades asociados con la migración deben ser analizados y manejados de forma holística e integral considerando a las poblaciones en todas las etapas del proceso migratorio³. En este sentido, se hace necesario poder identificar las brechas a las que se enfrenta la población migrante para acceder a la salud sexual y reproductiva por parte de sus propias vivencias y los significados que le atribuyen a ella, mediados por los agentes de salud como actores clave en el acceso y uso de servicios sanitarios en Chile.

OBJETIVOS

Objetivo General: Describir el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante en la provincia de Iquique desde la perspectiva de las personas usuarias y los agentes de salud.

Objetivos Específicos:

1. Conocer las experiencias de atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante.
2. 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.
3. Identificar las características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil.
4. 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.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio: Estudio cualitativo

Diseño del estudio: Exploratorio-descriptivo con perspectiva fenomenológica

Población y Muestra: La población de estudio estuvo conformada por profesionales de matronería de APS, 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 y Colombia.

Se incluyeron a priori estas tres 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%, respectivamente³¹. 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 transmigrante residente en la provincia, pero lamentablemente y teniendo en cuenta las razones anteriormente expuestas, no se pudo acceder a todos los perfiles inicialmente propuestos.

El número total de entrevistas realizadas durante el proceso de trabajo de campo asciende a 35 migrantes, 17 agentes comunitarios de las ONG y 5 Matronas que ejercen funciones en APS.

Por la factibilidad del presente estudio, se transcribieron y analizaron 9 entrevistas individuales de migrantes, 1 grupo focal con 5 mujeres migrantes, 3 entrevistas individuales con agentes comunitarios, 1 grupo focal con 4 funcionarios de ONG, y 4 entrevistas individuales de matronas de APS, por lo que los resultados de esta investigación están basados en los relatos de 13 mujeres migrantes, 1 hombre transmigrante, 7 personas que prestan servicios como funcionarios de ONG y 4 matronas de APS.

Criterios de inclusión:

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

Profesionales de APS: Contar con un título de matrona/matrón y con 2 o más años de experiencias en la atención primaria de salud.

Agentes Comunitarios de las ONG: Que participe en forma directa en la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante.

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 y, profesionales de matronería de nacionalidad extranjera que desempeñen funciones en el territorio del estudio. Esto último ya que podría representar un sesgo investigativo desde su perspectiva considerando también su condición de extranjeros/as.

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

Categorías de análisis: Estas se describen en la tercera columna del 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 el acceso y las experiencias de las personas informantes en la atención de salud sexual y reproductiva, los temas o tópicos expresados en preguntas, en las cuales estuvo basado el guion que estructuró la pauta-guía de entrevista.

Técnica de recogida de información: Entrevista en profundidad la cual se basó en el seguimiento de una pauta-guía (anexo 2), el que a su vez se encuentra basado en el cuadro lógico. Se utilizó esta técnica ya que el propósito de la investigación fue obtener registros del significado que cada persona atribuye a su vivencia personal. Esta investigación se orientó hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones. En forma complementaria se utilizó además la técnica del grupo focal.

Trabajo de campo: El proceso de trabajo de campo 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 tanto a personas migrantes consultantes en Fundación Madre Josefa (FMJ) como al personal que se vincula

con esta población. 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. De esta última, el primer día, se programó que fueran entrevistados los integrantes de la directiva de la asociación, y los dos días siguientes dos grupos distintos de mujeres migrantes.

Se concertó también entrevistas con Colectiva Manifiesta (CM) quienes son un centro disidente de atención a refugiadas y migrantes LGTBIQA+, durante el mismo mes, en el cual se coordinó el encuentro con la Coordinadora Regional de la Oficina de Tarapacá y un estudiante en práctica de Trabajo Social que pertenece tanto a la agrupación como también a la Comunidad. Considerando este nexo, 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.

Entre los meses de octubre y diciembre del año 2023 se procede a las entrevistas con personal de APS, las cuales se realizaron a la Matrona del Programa Chile Crece Contigo de la Red de Atención Municipal de Salud de Alto Hospicio, a la Matrona Referente de género del CESFAM Dr. Héctor Reyno y también Matrona Clínica de Sector, a la Matrona Coordinadora del Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Dr. Héctor Reyno, a la Matrona Clínica del CECOSF El Boro y a la Matrona Coordinadora del Programa de Salud de la Mujer del CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo.

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 de apoyo firmadas, con lo que confirman su participación en la presente investigación. En el mismo mes de enero, se obtuvo autorización expresa mediante firma de documentación por parte del alcalde de la comuna de Alto Hospicio, considerando que los centros de Atención Primaria son de administración municipal.

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, considerando el interés por diversos perfiles de la población de estudio.

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. Los grupos focales se subdividieron en dos instancias: la primera estuvo compuesta por 4 agentes comunitarios que componen la directiva de la asociación y el segundo encuentro fue con un grupo de 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”, los/las profesionales de matronería fueron señalados con una letra P y un número correlativo de la entrevista; las personas migrantes participantes de les identificó con una letra M y la inicial del país de origen y un número correlativo según entrevista, para los/las participantes de organizaciones no gubernamentales, se asignó la sigla de la ONG a la cual pertenecen: AMRAH, FMJ o CM y un número correlativo de la entrevista. Se utilizó como metodología el análisis de contenido, esto ya que se pretendió 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 se organizó cada una de las transcripciones realizadas y se agrupó el contenido obtenido de cada una de ellas 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. Se utilizó además de ello el software de análisis cualitativo ATLAS Ti para analizar la recogida de información y organizarla 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 4) como del comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de

Concepción (anexo 5). Posterior a ello, se realizó entrega de una ficha informativa y consentimiento informado a cada uno de los/las participantes del estudio (anexo 3). 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

Los resultados que se presentan a continuación se organizan de acuerdo con los temas centrales de este estudio. Primero se abordarán las experiencias de atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante de manera global, en concordancia con el primer objetivo específico. Luego se especificarán características asociadas a los facilitadores y barreras para acceder al sistema de salud. Estos dos últimos puntos también se recogen desde la perspectiva de los agentes de salud, como una forma de visibilizar diferencias o similitudes entre estos distintos grupos para graficar los objetivos específicos dos y tres, y, por último, la articulación entre los diferentes actores sociales distinguiendo vínculos formales e informales para dar respuesta al cuarto y último objetivo.

Al final de cada apartado, se expone una tabla de resumen de los resultados según los objetivos específicos.

Apreciación de la calidad científico-técnica por parte de la población migrante.

Las personas migrantes expresan que el sistema de salud supera sus expectativas al darse cuenta del acceso universal a la atención en el sistema sanitario, en este sentido, han podido acceder a servicios de salud que no los exponen a dificultades económicas. Destacan la entrega gratuita de los medicamentos prescritos y el tratamiento oportuno.

“Eso y la atención del cuando uno se enferma, aquí te dan hora y te atienden, a mi hija, cuando llegamos acá tuvo un accidente la pequeña, aquí en la mano, no teníamos RUT chileno todavía, pasamos legal, pero todavía turista por 3 meses llegamos acá, ya durante ese lapso yo dije, no tenemos nada y cómo la voy a atender seguro que pagar, ahorita una preocupación, porque yo vine con la cantidad nada más como para pasarla de paseo, bonito, no contaba que la niña se accidentara entonces me dijeron, llévala al consultorio no más porque te van a atender normal, porque acá no niegan la salud. Ya, la traje al Consultorio Aguirre y me la llevaron para el hospital y así pensé que iba a pagar, pero no pagué nada, ajá, me atendieron bien, incluso me dieron medicamentos que ella tomó para el dolor, ya, le pusieron yesito y todo, pero allá en Perú, como que la atención es un poco larga”.

Mujer Peruana, Hetero-Cis de 31 años.

Si bien existe una percepción generalizada de satisfacción en cuanto a la calidad científico-técnica del sistema sanitario chileno, consideran que el rendimiento de tiempo de las consultas es escaso ante sus requerimientos, es decir, no se atienden todas sus necesidades en una misma consulta, lo que genera cierto grado de insatisfacción usuaria. Lo mismo ocurre con la consulta médica, relatan que los escasos tiempos de atención no otorgan el tiempo suficiente para que el profesional pueda dar un diagnóstico completo y comprensible, lo que también genera una disminución del grado de cumplimiento de las expectativas de las usuarias consultantes.

“... Cuando yo saqué una hora para planificación familiar, tuve que regresarme a la casa y sacar nuevamente hora para que me vean, por ejemplo, me mandaron para que me den los anticonceptivos sin estrógeno y me atendieron, ni un problema, ¿cierto? lo que yo necesitaba. Pero cuando yo le comenté que tenía un dolor de seno ... entonces me dijo ... tú viniste para planificación familiar y no me podía decir ningún diagnóstico porque la hora que yo saqué era para planificación familiar”.

Mujer Peruana, Hetero-Cis de 41 años.

“...Entonces el médico me dijo, es que tengo los minutos contados, no solamente usted es mi paciente, tengo 20 pacientes afuera, ya ni gana me dio de preguntarle, ahí quedé con la duda, hasta ahora, así que tengo que yo meterme al Google y buscar a ver qué me dijo que tengo”.

Mujer Peruana, Hetero-Cis de 60 años.

Aun así, las personas migrantes posicionan al sistema de salud chileno por sobre el de sus países de origen. Consideran que en general el sistema ofrece ventajas en la facilidad para acceder y tratamientos oportunos.

“... No estoy hablando mal de mi país, sino del sistema de salud. Yo vi un cambio de 360° en el sentido de que, a mí me llevaron por urgencia, entonces a mí me atendieron, sin preguntarme de qué nacionalidad era, tenía una urgencia de la cual yo necesitaba una cirugía, hasta me operaron...”.

Mujer Peruana, Hetero-Cis de 41 años.

Trato al usuario migrante.

Existe una percepción de satisfacción ante el sistema de salud chileno en cuanto al trato al usuario. Destacan la calidad profesional y relatan que existe preocupación y buena acogida por parte del personal sanitario. En este sentido, se destaca el seguimiento constante de casos a través del contacto telefónico o del trabajo en terreno lo que genera un nexo que fomenta la adherencia a los controles.

“Aquí sí, aquí uno está constante, al menos cuando uno se llega a olvidar porque también uno está trabajando y lo llaman, véngase, usted tiene cita para tal fecha o si no están ahí, encima de uno o van a la casa a visitar, al menos ahí donde yo vivía, han ido varias veces ...”.

Mujer Boliviana, Hetero-Cis de 35 años.

“Entonces a mí me gustó como la pediatra le decía a mi hija, tienes que darle esto, tienes que darle aquello, en tanto tiempo tienes que traerla y dices, oye, si allá fuera así en el Ecuador yo me voy pa’ allá, o sea, le dice, si no la traes a las consultas, aquí te hacemos seguimiento, entonces guau. A mí de lo que tu país me gusta desde el principio, fue la salud, que es lo que al mío le hace falta”.

Mujer Ecuatoriana, Hetero-Cis de 42 años.

“Bueno las matronas, no tengo queja de ellas, son muy buenas y también como les digo, también estoy en Teletón y estás agradecida y siempre les voy a agradecer, para mí ha sido lo mejor, han tratado a mi hija bien gracias a Dios, así que no me quejo del trato ni de la calidad de los profesionales”.

Mujer Venezolana, Hetero-Cis de 29 años.

Respecto a la interacción profesional-usuaria dentro del box de atención, se menciona que la velocidad del lenguaje y lo técnico o poco claro de éste, dificulta el proceso comunicativo.

“... porque como le digo, te hablan muy rápido, no entendí, porque o sea no, no les entendía, muy rapidito, entonces, yo decía, me quedé en las mismas, no sé lo que tengo, entonces a mí me gusta ir con mi amiga a todos lados ...”.
Mujer Ecuatoriana, Hetero-Cis de 42 años.

“... O sea principalmente, que le explique a uno, porque muchas veces los médicos no explican, los médicos a veces le dicen a uno las cosas así y uno sale, así como que no, no sé, el médico me dijo esto, pero no entendí...”.
Mujer Colombiana, Hetero-Cis de 36 años.

Ahora bien, en lo que respecta específicamente a la salud sexual y reproductiva, algunas mujeres migrantes señalan cierta falta de autonomía, destacando en este aspecto el uso de métodos anticonceptivos.

“Ella quería hacerme una T de cobre, quería por todos lados, ella quería ponerme una T de cobre yo le decía, pero yo no quiero una T de cobre, no, es que ese es el único al que tú calificas y no me daba ninguna otra opción ...”.
Mujer Boliviana, Hetero-Cis de 35 años.

“Y entonces fui y no sé la matrona, para mí era como que no me lo quería poner porque me dijo tantas cosas, como que tú vas a engordar 20 kilos, todo me lo ponía negativo, que me iba a dar ansiedad. Y me quedé sin ningún método anticonceptivo”.
Mujer Venezolana, Hetero-Cis de 29 años.

En este mismo sentido, desde la perspectiva de la población transmasculina, se refleja temor en cierto grado para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, pero este temor se fundamenta en los procedimientos que implica una consulta ginecológica, por lo que manifiestan su opinión desde sus experiencias cercanas.

“De hecho, mi esposa cuando ella se hacía ese examen y el PAP apareció positivo, ella viene de 25 años de matrimonio heterosexual, y entonces ella me decía, papi háztelo tú háztelo tú, porque nosotros leímos en el Internet que se pegaba por el flujo. Uy, Dios mío, yo le decía, pero por Dios, cuando leemos la sustracción, eso sí me asustó ...”.
Hombre Trans Venezolano, heterosexual, de 50 años.

Sugerencias para mejoras identificadas por la población migrante.

La población migrante, en razón a su constante búsqueda de mejores oportunidades y calidad de vida, sugieren ciertas estrategias para mejorar la calidad tanto del acceso como de la atención en salud en Chile. Refieren que son importantes las acciones gubernamentales a nivel central, ya que desde allí debe partir la labor para poder dar mayor cobertura a la demanda asistencial del sistema de salud. Respecto a la interacción con los profesionales, mencionan como sugerencia que se humanice más la atención, que tengan conciencia respecto a un trato más humanitario hacia la población usuaria, independiente de la condición de permanencia o de la posesión de RUT.

“Ay, no, sí, eso ya viene, pues ya desde arriba ya, eso tiene que ser el gobierno mismo que tiene que ver manejar, porque la verdad en todos los países es el mismo tema ... porque hasta en Bolivia siempre hay paro y la verdad eso tiene que ser desde arriba, que tiene que cambiar de tratar de cubrir todos los consultorios, los médicos, siempre, siempre ha habido eso”.
Mujer Boliviana, Hetero-Cis de 35 años.

“Pues entonces imagínate, eh, el desgaste físico de cruzar la frontera que uno tiene, la sed que tú aguantas, entonces de repente tú llegas acá, tienes un dolor y llegas ¿cierto?, mira que tengo un dolor que tal que ay que se aguante, no tiene RUT ... la gente de salud tiene que ponerse en el lugar, justamente, concientizarse ...”

Hombre Trans Venezolano, heterosexual, de 50 años.

Facilitadores de acceso según las experiencias de personas migrantes.

Las personas migrantes perciben que independiente de la nacionalidad, posición social o cargo, todos los ciudadanos que residen en Chile tienen el mismo nivel de acceso al sistema de salud.

“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, todos por igual, hasta un carabinero forma su fila, allá un policía en Perú ya soy policía y te paso a llevar y es primero, acá no, acá todos forman su fila”.

Mujer Boliviana, Hetero-Cis.

Considerando el acceso al sistema de salud que otorga el Número de Inscripción Provisoria (en adelante, NIP), las personas migrantes que llevan más tiempo de residencia destacan esta medida. Relatan que hasta hace un tiempo para acceder al sistema de salud había que tener RUT chileno, por lo que era más dificultoso, hoy en día, el acceso al NIP otorga mayor rapidez, lo que constituye un facilitador en el acceso al sistema sanitario.

“Lo que pasa, es que mire, actualmente nos dan RUT provisorio, la cual hace 15 años, cuando yo llegué no lo daban así, con esta facilidad que lo están dando ahora, cuando yo llegué en el 2008 ... eh me costó ingresar al sistema de salud, me costó hasta que tenga el carnet, hasta que tenga el carnet chileno y este, pero después que tuve carnet no tuve ningún problema, pero sí me costó para ingresar al sistema, lo cual ahora no es así, porque tú puedes venir de forma legal o irregular, tienes el mismo derecho si te inscribes con un RUT provisorio en el sistema de salud, cosa que no había antes, hace 15 años, esa es la diferencia”.

Mujer Peruana, Hetero-Cis de 41 años.

Respecto a las políticas públicas, la población migrante destaca de manera muy positiva la cobertura GES (Garantía Explícita en Salud) la cual constituye un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas al FONASA y a las ISAPRES en cuanto al acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en ciertos diagnósticos médicos.

“... Antiguamente no había mucha cobertura al GES, eso yo veo que es súper bueno. En el GES entran ahí toda clase de cáncer, entran, por ejemplo, a la artrosis que yo estoy en ese programa igual, pues ya tengo 60, y muchas facilidades, muchas facilidades en ese sentido ...”.

Mujer Peruana Hetero-Cis de 60 años.

Barreras de acceso según las experiencias de personas migrantes.

Desde las experiencias de la población migrante, una de las vivencias que constituyen obstaculizadores de acceso al sistema sanitario mayormente reportada se correlaciona con la falta de información asociada a la condición migratoria de ingreso al país. Las personas migrantes manifestaron temor en acceder al sistema de salud, por su condición de irregularidad y por falta de información del acceso.

“Sí, al comienzo me daba 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 me informé y aprendí.”.
Mujer Boliviana, Hetero-Cis de 35 años.

Además de la falta de conocimiento, el nivel socioeconómico se posiciona como una barrera estructural, la cual se asocia según los relatos de la población migrante a dos factores que incrementan los obstaculizadores para el acceso al sistema de salud, ambos relacionados al NIP. Uno de ellos, es el desconocimiento en el acceso a través de éste, teniendo que cancelar consultas con recursos económicos escasos por el apremio por acceder a algún tipo de prestación. En segundo lugar, las personas que viven en asentamientos precarios, que no cuentan con comprobantes de servicios básicos o certificados de residencia, es decir, la documentación requerida para la obtención del NIP. Desde el inicio de la pandemia, la explosión migratoria y la carencia de recursos llevó a muchas personas a vivir en este tipo de asentamientos, esto aumentó particularmente en la región, generando un vertiginoso incremento que, considerando su incipiente organización como comunidad, no cuentan con este requerimiento del sistema para acceder a los servicios de salud.

“No gracias a Dios que apenas llegué rápido me movilicé con el tema del RUT provisorio eh porque no tenía, cuando me correspondió ir al hospital la primera vez tuve que pagar. Se entiende igual se tiene que pagar lo que corresponde, pero si me costaba un poco y ese día uy no hallaba como hacer porque no sabía, estaba llegando y no sabía cómo era el sistema, pero gracias a Dios este... mi pareja bueno si ahí está, cambia dinero, ve si te alcanza y poder cancelar, pero ya después con RUT provisorio no tuve problemas”. Mujer Venezolana, Hetero-Cis de 32 años.

“Yo pienso que sí, porque si una persona migrante va a pedir un RUT provisorio, digamos así entonces y nos piden un papel de agua o de luz, y si no lo tenemos porque vivimos en la toma, no podemos sacar un RUT provisorio ...”.

Mujer Ecuatoriana, Hetero-Cis de 42 años.

Ahora bien, en lo que respecta específicamente a la atención primaria, particularmente al mecanismo de acceso a citas, las opiniones son divergentes. En un sentido manifiestan insatisfacción respecto a la solicitud de hora vía telefónica. El relato principal es que este no es totalmente efectivo, ya sea por errores del sistema o por la alta demanda que hace que colapse, y luego cuando el contacto se hace efectivo ya no hay cupos de citación. Sin embargo, refieren que cuando ya cuentan con la hora, tienen la seguridad de que serán atendidos por el o la profesional requerido(a).

“... 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 bueno porque cónchale por lo menos uno ¡ah 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. Si porque algunas veces uno llama y entonces dicen: no ya las llamadas están... como se dice eso ... están pasados del número y entonces tengo que llamar al otro día y ponerme desde las 7 de la mañana que llama, que llama ...”.

Mujer Venezolana, Hetero-Cis de 27 años.

Esta alta demanda asistencial, la atribuyen al poco personal de salud en los centros de atención como una de las barreras preponderantes de acceso al sistema sanitario.

“Eso, que no, los profesionales son los que faltan. Eso es lo que no hay, es lo que no he visto yo acá, muchos profesionales, que no, que se enfermó uno, no va a ir y no hay otro para cubrirle a ese que se enfermó, entonces no hay cupo ...”.

Mujer Boliviana, Hetero-Cis de 35 años.

Considerando todo lo anteriormente expuesto, al consultarles por la percepción que tienen como migrantes respecto a cómo las personas de nacionalidad chilena consideran el funcionamiento del sistema sanitario, existe una respuesta generalizada de insatisfacción, principalmente en razón a que no pueden realizar una comparación con otros sistemas de salud de otros países, en el entendido de que no han migrado. Por lo anterior, las personas extranjeras consideran que el sistema sanitario chileno tiene un mejor estándar de calidad en cuanto a la atención que se las ha otorgado a ellas mismas comparadas con sus propias vivencias en sus países de origen.

“Pero aun nosotros, escuchamos que las personas chilenas se quejan igual del sistema, pero es por lo mismo que nosotros venimos de otro país distinto y a nosotros nos parece como... Que es bueno ... pero una persona acá en realidad que de repente está acostumbrada a siempre tenerlo todo lo que tienen ahora ... yo siempre he dicho, que una persona chilena siempre va a decir que el sistema es malo. Y nosotros como migrantes vamos a decir que sí es bueno, siempre, por la diferencia”.

Mujer Peruana, Hetero-Cis de 41 años.

A continuación, se presenta una tabla de resumen que integra las categorías y las dimensiones que tributan al primer objetivo de investigación, que es conocer las experiencias de atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante.

Tabla N°1. Experiencias de atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante

Facilitadores de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Número de Identificación Provisoria (NIP). - Universalidad en la atención de salud, independiente de la nacionalidad, posición social o cargo, todas las personas tienen el mismo nivel de acceso. - Cobertura GES.
Apreciación de la calidad científico-técnica de la atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega gratuita de medicamentos prescritos. - Mejor estándar de calidad que en su país de origen. - Rendimientos de tiempos de atención muy acotados.
Barreras de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento y falta de información. - No contar con documentos formales de residencia (asentamientos precarios) para obtención de Número de Identificación Provisoria (NIP). - Percepción de temor por situación irregular de permanencia. - Dificultad para solicitar citación, tiempos de espera (telefónico). - Percepción de alta demanda asistencial relacionada con escasez de personal de salud. - Nivel socioeconómico. - Percepción de insatisfacción respecto al sistema sanitario por parte de la población chilena.
Trato usuario.	<ul style="list-style-type: none"> - Buena calidad profesional. - Satisfacción usuaria por preocupación, buen trato y seguimiento de casos. - La velocidad del lenguaje por parte del profesional y lo técnico de éste, dificulta el proceso comunicativo. - Falta de autonomía respecto al uso de métodos anticonceptivos. - Temor a los procedimientos de salud sexual y reproductiva (población transmasculina).
Sugerencias para mejoras.	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones gubernamentales a nivel central que permitan dar mayor cobertura a la demanda asistencial del sistema de salud chileno y aminorar los tiempos de espera. - Aumentar el recurso humano. - Humanización de la atención.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a 9 personas migrantes y un grupo focal con 5 mujeres migrantes.

Al caracterizar el **acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de profesionales de la atención primaria**, emergen categorías asociadas a la salud no prioritaria entre los colectivos migrantes, al conocimiento sobre el acceso, las prestaciones y autonomía en salud sexual y reproductiva, a la apreciación científico-técnica de las consultas y al acceso de la población migrante LGTBIQA+ al sistema de salud. Además de relevar la importancia de los facilitadores y barreras en el acceso al sistema sanitario que reconoce este grupo de estudio.

Respecto al conocimiento sobre el acceso al sistema sanitario.

Desde la perspectiva de las profesionales de matronería las barreras de acceso existen, y en concordancia con lo expuesto por la población migrante, el temor juega un rol similar, en el entendido de que las personas migrantes, desinformadas, no acceden a los servicios por miedo a ser denunciadas por su condición de ingreso al país.

“... Como son migrantes, no tienen su situación de manera regular, entonces tienen como ese miedo de acercarse a los servicios de salud, que sean denunciadas, que se yo, tienen como esa creencia en cuanto a salud sexual y reproductiva. También en el tema del ingreso tardío que hacen a los controles, lo que va por el mismo tema, que tienen miedo por su situación irregular, o que muchas veces no saben cómo se maneja el sistema”. P 054

Además, se reconoce en los relatos que el personal de salud percibe que la información en cuanto al acceso y a las prestaciones en salud sexual y reproductiva no está llegando a la población, haciendo imperante el trabajo en red con el intersector para dar a conocer la oferta de servicios sanitarios.

“...Yo creo que la mayoría va en la ignorancia de la población del tipo de prestación que se da respecto a ese tema, muchos lo ignoran. ¿Por qué? Porque no llega información a la población, hay que salir más a la comunidad.” P 055

Respecto a las prestaciones en salud sexual y reproductiva.

Para las profesionales de APS, el hecho de que las personas migrantes desconozcan los tipos de consultas en salud sexual y reproductiva que se ofertan en el sistema público, genera una brecha importante en el acceso a la salud.

“...Yo creo que más que todo, la ignorancia, por qué lo digo, porque muchas no saben el tipo de prestación que se puede dar en respecto a ese a este tema ... vienen por curiosidad por dudas, consultas de manera propia son pocas, y si hablamos de población migrante, la verdad es que son muy pocas”. P 054

La limitante más frecuente reportada en los relatos es a acceder a la planificación familiar, además, se destaca la presencia cada vez mayor de población gestante en movimiento, con embarazos avanzados que necesitan acceder al sistema de salud, y personas que viven portando el Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) que también necesitan acceder o continuar con su tratamiento. Si bien, vienen informados de su diagnóstico de salud, en general desconocen los mecanismos de acceso a controles y tratamientos.

“Por lo general casi todos son población migrante que están en forma ilegal que llegan a Chile a pedir recién ... a hacer todos los tramites ... como nuestra población, nosotros vemos más mujeres, casi siempre llegan embarazadas ya de 3,4 o 5 meses a controlarse, no tienen mucho conocimiento por ejemplo de las prestaciones que se dan en el país o que tienen derecho a usar un método anticonceptivo por ende se embarazan. Nos ha tocado mucha población con VIH que ya tienen conocimiento, pero no se controlan por un tema de que no tienen el examen confirmatorio en Chile ...”. P 058

En razón a lo anteriormente expuesto, respecto a la oferta de métodos anticonceptivos disponibles en el sistema público de salud, el personal percibe que, en general las personas migrantes los desconocen, piensan que hay una oferta más limitada que la que se encuentra disponible y por esta desinformación no acceden, pensando erradamente que no tendrían más opciones que las que ellas consideran dentro de la canasta.

“... No hay tanta información o no han sido tan informadas respecto a los métodos anticonceptivos disponibles que hay, porque llegan muchas diciendo, no, es que yo no me quería cuidar, pero porque no quiero tomar pastillas, cuando hay un montón de métodos anticonceptivos más disponibles ... llegan así como con este perfil bajo como temerosas, con miedo, por lo menos esa que la impresión que nos da, ya, entonces va como en uno decirles, existe tal y tal método o existe tal y tal prestación y usted puede optar a eso, entonces ya de esta manera se va empoderando más a las usuarias”.
P 054

Respecto a la salud no prioritaria.

El personal de salud destaca el “boca a boca” como un mecanismo eficaz para que las personas se acerquen a la atención en salud sexual y reproductiva, pero no porque sea una prioridad para ellas, sino porque han llegado como consecuencia de que alguien accedió a algún tipo de prestación. En razón con lo anterior, el desconocimiento de la oferta constituye una barrera de ingreso al sistema sanitario, ya que la desinformación no crea la necesidad de acudir a los servicios de salud sexual y reproductiva.

“... Lo bueno es que muchas han escuchado prácticamente boca en boca tipo de prestación que se da respecto a salud sexual y reproductiva y han ido viniendo más, pero como por curiosidad ...” P055.

Respecto a la falta de autonomía en salud sexual y reproductiva.

Las profesionales expresan una percepción de temor e inferioridad por parte de la persona migrante al enfrentarse a la consulta asociada a la falta de información, lo que no les otorga herramientas que las empoderen en sus derechos sexuales y reproductivos. La nacionalidad extranjera se transforma de manera explícita en una barrera al momento de insertarse al sistema sanitario y de acceder a una atención integral por desconocimiento. En general, se auto jerarquizan en un perfil más bajo y supeditadas a la indicación emanada de quien realiza la consulta.

“Yo creo que el empoderamiento quizás ... las usuarias migrantes llegan como, con ese perfil más bajo de que lo uno les dé o de lo que uno les diga entonces, ya, yo creo que falta más empoderamiento ahí, que eso va de la mano con la información que ellas reciben, muchas de ellas vienen con creencias antiguas o mitos asociados a los métodos anticonceptivos, que eso igual retrasa el acceso de ellas, a todo lo que está disponible hoy en cuanto al tema de salud sexual y reproductiva”. P 054

Respecto a la apreciación de la calidad científico-técnica.

Para las profesionales de atención primaria, existe un perfil asociado a la nacionalidad y a la idiosincrasia propia de un país al momento de enfrentarse a una consulta con cierto tipo de usuaria, cada colectivo tiene un perfil definido, y en razón a éste se va a desarrollar la atención en salud sexual y reproductiva, lo que da ciertos lineamientos considerando el tipo de perfil de la población que se presenta en el box de atención. En general, se describe un perfil bastante marcado según los relatos de las propias profesionales de APS. Las mujeres chilenas se presentan conocedoras de sus derechos sexuales y reproductivos y los exigen, están mayormente informadas y más empoderadas. En algunos casos, lo contrario ocurre con una mujer migrante.

Las mujeres chilenas de por sí, igual están un poco más empoderadas con el tema de los métodos anticonceptivos, es porque igual de alguna forma están más informadas ... creo que eso tiene que ver con la nacionalidad de las migrantes directamente y ¿a qué me refiero con esto? Me he fijado que, según nacionalidad, cada uno tiene un diferente perfil de comportamiento ... tengo como bastante diferenciado el perfil según nacionalidad de las usuarias”. P 055

Respecto a la adaptación en la atención en salud sexual y reproductiva al enfrentarse a usuarias migrantes, las profesionales en salud sienten que han tenido que adaptar la consulta en atención a las preferencias y arraigos culturales de cada colectivo, considerando que las mujeres usuarias acceden al sistema con otra educación y formación en salud sexual y reproductiva desde sus países de origen. Culturalmente existen muchas creencias arraigadas que las profesionales de salud han tenido que enfrentar, respetar y entender, considerando la multiculturalidad de

la población en control, lo que genera un nexo profesional-usuaria que favorece la adherencia a los controles de salud.

“Sí, o sea, la atención, obviamente no es igualitaria, o sea, depende de a qué paciente nos enfrentemos, si estamos hablando de una paciente que claro, de usuarios multicultural, sí debemos adaptar nuestra atención. En cuanto a eso, más que nada, yo digo, al menos lo que más vemos nosotros es en cuanto a la anticoncepción, adaptar nuestra atención a lo que ella desea, si es a las consultas de control prenatal también, vamos adaptando por lo general nuestra consulta en todo, en el lenguaje, en las explicaciones que le damos, la información, educación, todo lo vamos adaptando, dependiendo de las culturas que tengan también ... la población boliviana, peruana ... por algo cultural por lo general, prefieren no acceder, al menos como te digo a lo que es, controles de anticonceptivo, porque prefieren más las cosas naturales, el método de calendario, que sé yo, todo es algo más cultural, no como mayor brecha del consultorio, o que tienen su cultura de tener, no sé el parto en casa, o de esperar espontáneamente sus contracciones.” P 056.

El personal de salud, además, apunta principalmente como un factor preponderante en la calidad científico-técnica los rendimientos de las consultas en atención primaria, los cuales son muy acotados y no permiten otorgar una atención integral a las personas que consultan en salud sexual y reproductiva.

“... Porque el acceso para obtenerlo está difícil por el tema de la falta de profesionales y la falta de horas para dar una atención de calidad realmente, porque yo creo que en estos tiempos estamos trabajando cantidad versus calidad, entonces estamos dando un número quizás, pero la calidad no es la recomendable por el tiempo...” P 058.

Respecto a la población LGTBIQA+.

Considerando la población LGTBIQA+, existe una percepción por parte de los profesionales de salud, de auto marginación de las personas con otra orientación sexual como brecha en el acceso a la atención, la cual se sobreagrega al hecho de que ingresan al país, en el caso de las personas migrantes, ocasionalmente de manera irregular, lo que pone a las personas en una posición de especial vulnerabilidad.

“Yo creo que sí, va a ir sobreagregando respecto a sus mismas limitaciones, por ejemplo, ingresamos de manera regular, no tengo RUT provisorio. Además, no sé, sospecho que puedo tener algo. Siento atracción, por ejemplo, hacia mí mismo sexo o hacia ambos sexos a la vez, pero me da vergüenza decirlo. Además, tener que ir al CESFAM porque quiero sacar el RUT para atenderme, no sé con un médico porque me siento extraño, siento amor o atracción hacia ambos sexos y no sé si estoy lo correcto o no”. P 055.

A esta condición de especial vulnerabilidad se sobreagrega que, si se reconoce el hecho de que el desconocimiento en cuanto a las prestaciones en salud sexual y reproductiva es escaso para la población migrante en general, está mucho más invisibilizado para la comunidad sexo-diversa, en el entendido de que se hace necesario poder llegar a la población con herramientas educativas en estas temáticas para que cada persona pueda resolver dudas, derribar mitos y acoger las interrogantes sin emitir juicios de valor ni opiniones. Si no más bien poder transmitir a la comunidad que la atención profesional en salud sexual y reproductiva es para todas las personas igualitaria, sin discriminación de ningún tipo.

“Insisto, no hemos tenido, por desgracia, la manera de mostrarle a la comunidad que acá está la posibilidad y no hay discriminación respecto a eso, de que está la posibilidad de que acudan, la mayoría de los profesionales estamos aptos para entregar atención e información respecto a cualquier duda que puedan tener...entonces, es importante poder llegar a la población con esa información, educar sobre sexualidad, educar sobre orientación sexual, para que cada persona en su interior vaya sacando un análisis y se puedan ellos expresar como ellos sienten que deben expresarse y no limitarse, pero en lo que es acceso, por lo menos aquí al recinto, no existe ningún tipo de discriminación respecto a eso, más si creo que puede existir discriminación de la misma población en venir por miedo o vergüenza, a lo que ellos creen o esperan recibir, pero que no es así”. P 055.

En este sentido, manifiestan que las nuevas políticas públicas han garantizado el acceso de la población sexo-diversa a los servicios sanitarios. Se encuentra la oportunidad de acceder a las prestaciones y se están formando equipos de trabajo especializados para brindar atención de calidad a cada uno de los requerimientos de las personas pertenecientes a esta comunidad.

“Yo siento que, en Chile, respecto a todas las políticas, respecto a todas las orientaciones técnicas que actualmente hay, está el acceso, está la oportunidad, están los conocimientos, está todo para que la población LGTBIQA+ pueda acudir a los centros de salud ante cualquier duda, ante cualquier consulta, ante cualquier control de salud, también existen las diferentes derivaciones según necesidad. Y yo creo que por ahora vamos bien encaminados, quizás no tenemos todas las prestaciones, el acceso idóneo, pero vamos para allá, o sea, el camino se está pavimentando para llegar a lo óptimo”. P 055.

Adicionalmente, si bien se manifiesta en atención a lo anterior que el acceso y el conocimiento están respecto a las competencias profesionales para enfrentar a la población LGTBIQA+, las opiniones son divergentes entre las profesionales de salud. También relatan sentirse poco capacitadas y expresan la necesidad de adquirir mayores herramientas y habilidades para la atención en personas sexo divergentes, esto se ve menoscabado por el tiempo y el recurso monetario destinado para estos fines. Se manifiesta la necesidad de instruir mayormente al personal sobre el conocimiento general del desarrollo de la diversidad sexual, las identidades, las relaciones y las disparidades que afectan a las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

“... El profesional no está preparado para atender a la población LGTBIQA+, no porque tenga algún rechazo, sino porque no tiene las capacidades prácticas o las competencias y los conocimientos reales como para atender esta población. Yo creo que cuando nos llega a tocar una población de este tipo, uno reacciona de acuerdo con las armas que tiene ahí, pero al final igual uno se siente que no está capacitado para esa población porque no es algo que llegue siempre...faltan capacitaciones y actualizaciones... lamentablemente no está el tiempo ni el recurso a veces para poder hacerlo auto gestionado y cuando te la envían no te dan el tiempo para cubrir esas horas de estudio fuera del horario laboral.” P058.

Respecto a los facilitadores de acceso.

Las profesionales destacan el idioma como facilitador de acceso para transmitir información e incrementar la calidad de la atención otorgada, considerando que la población migrante preponderante en la región es de colectivos en donde el idioma es un factor común.

“Yo creo que sí, por lo menos acá hablando de la comuna netamente, porque nos damos cuenta de que nuestra mayor población migrante es bolivianos, peruanos, entonces por lo menos ya manejar el mismo idioma es un plus, es mucho más fácil o sea a veces son algunos términos que tenemos que adecuar y todo... ya distinto es si nos encontramos con usuarias haitianas, que por lo menos a mí aquí no me ha pasado, pero en otras partes del país sí, en donde hay más poblaciones de ese tipo o no sé pakistaní creo y ya ahí el idioma es una barrera grandísima y ahí claro, habría que entrar en los temas de las personas que traducen y todo eso, pero acá yo creo que se puede manejando un mismo idioma, si se puede informar, empoderar y todo lo demás”. P054.

Adicionalmente, asociado al idioma, el nivel de escolaridad condiciona el lenguaje a utilizar y el mecanismo de entrega de información otorgada a las usuarias de consultas, considerado que lo fundamental es lograr una internalización de la educación en salud sexual y reproductiva en pro del bienestar de las personas consultantes.

“Sí yo creo que gran parte puede estar asociado a la escolarización, o también los casos de usuarias que son analfabetas, ya, entonces igual ahí, hay que ser súper rigurosa entregarle todas las indicaciones en forma verbal, preguntarle si tiene más dudas, porque claro nosotros cumplimos con anotar todo, todas las indicaciones, pero si la usuaria no sabe leer nos quedamos ahí mismo, no avanza”. P054.

Respecto a las barreras de acceso.

Entre las barreras de acceso a la atención en salud y en concordancia con lo manifestado por la población migrante usuaria, destaca la escasa dotación de recurso humano versus la demanda asistencial de la provincia de Iquique. En este sentido, las profesionales refieren que se intenta solventar la demanda, sin embargo, la población sigue en un crecimiento continuo asociado a la explosión migratoria en la región y el número de profesionales es el mismo en los centros de salud, relevando la importancia de poder equiparar el recurso humano para otorgar mayor cobertura a la demanda asistencial.

“Podríamos tener más acceso si tuviéramos una población de profesionales que pudieran abarcar más, lamentablemente siguen llegando migrantes, pero somos los mismos profesionales atendiendo donde la población va creciendo y donde no nos alcanza, e independiente de quien atendemos, no nos alcanza ni para la población chilena ni para los extranjeros, entonces yo creo que dentro de los principales desafíos es equiparar y equilibrar la población a atender por cada profesional”. P058.

Considerando este aumento de la población, la provincia de Iquique, y principalmente la comuna de Alto Hospicio, ha sido poblada exponencialmente por asentamientos precarios, los cuales están alejados de los centros de salud, no cuentan con buenos accesos viales ni locomoción cercana. Es decir, la conectividad no es la adecuada, por lo que ésta constituye una barrera fundamental en el acceso.

“Tenemos que pensar que igual, gran parte de la población por lo menos acá en la comuna, población migrante, vive las tomas, ahí hay internet más irregular, la conexión es más irregular, las direcciones igual son lejanas, entonces, tienen poco acceso a los servicios de salud, eso igual va a retrasar atención, va a retrasar cualquier cosa que tenga que venir la usuaria acá al CESFAM”. P054.

A continuación, se presenta una tabla de resumen que integra las categorías y las dimensiones que tributan al segundo objetivo de investigación, que es 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.

Tabla N°2. Características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de profesionales de la atención primaria.

Conocimiento sobre el acceso al sistema sanitario.	Poco conocimiento asociado a la falta de información. Temor a la deportación. Fortalecimiento del trabajo con el intersector para masificar la oferta de servicios sanitarios.
Prestaciones de salud sexual y reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Poco conocimiento de la oferta de prestaciones en salud sexual y reproductiva. - Percepción de oferta limitada de métodos de planificación familiar en el sistema público de salud. - Ingresos tardíos a control prenatal. - Continuidad de tratamiento (VIH).
Salud no prioritaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Acuden por un “boca a boca” más que por necesidad.
Falta de autonomía por parte de las usuarias.	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de temor e inferioridad por parte de la migrante consultante. - Percepción de auto jerarquización en una posición inferior y de menores posibilidades frente a la población nacional. - Acuden supeditadas a lo que el profesional indique.
Facilitadores de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Idioma común. - Adecuación del lenguaje por parte del profesional.
Apreciación de la calidad científico-técnica de la atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimientos de tiempos de atención muy acotados. - Conocimiento por parte del profesional de un perfil por nacionalidad. - Adaptación de la atención en salud sexual y reproductiva según diversas prácticas culturales.
Barreras de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa dotación de recurso humano versus demanda asistencial. - Distancia geográfica (población que vive mayoritariamente en asentamientos precarios, los cuales son alejados de los centros de salud, no cuentan con buenos accesos viales ni locomoción cercana, la conectividad no es la adecuada).
LGTBIQA+.	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso garantizado y salud igualitaria. - Falta de capacitación a profesionales de salud en la temática. - Percepción de auto marginación sobreagregada a condición migratoria no regular. - Escaso conocimiento o invisibilización de las prestaciones en salud sexual y reproductiva para esta población.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a 4 matronas de Atención Primaria de Salud.

Al caracterizar el **acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil**, emergen categorías asociadas a la salud no prioritaria entre los colectivos migrantes, al conocimiento sobre el acceso, las prestaciones en salud sexual y reproductiva, a las políticas migratorias vigentes, al Número de Identificación Provisoria (NIP), al trato usuario y al acceso de la población migrante LGTBIQA+ al sistema de salud. Además de relevar la importancia de los facilitadores y barreras en el acceso al sistema sanitario que reconoce este grupo de estudio y proponer sugerencias para subsanar las brechas identificadas.

Respecto al conocimiento sobre el acceso al sistema sanitario.

Desde la perspectiva que tienen los agentes comunitarios respecto al conocimiento al acceso al sistema de salud que tienen las personas migrantes, este en todas las experiencias relatadas dentro de su trabajo con la comunidad, es escaso o nulo.

Las personas migrantes a su ingreso, considerando su situación migratoria, asumen erradamente que por un ingreso irregular no podrán acceder al sistema sanitario, o bien expresan temor, ya que, por encontrarse aún con situación de permanencia no regulada en el país, el hecho de acceder a un servicio de salud podría ser una instancia de riesgo de deportación.

“La primordial vuelvo y repito, disculpe la redundancia, la falta de conocimiento de las personas, la falta de orientación que algunos tienen, y la segunda, el temor en ser deportado, ese es uno de los factores más importantes del porqué la gente no asiste a los centros médicos para ser revisados, chequeados o algo por el estilo, porque si usted se siente mal obvio, tiene que buscar cómo ir, pero si no tengo documentos, no tengo carnet, no tengo nada, entonces siente la gente como ese temor el, por no tener el RUT provisorio y la falta de orientación”. A.M.R.A.H 015.

Esta sensación de temor la asocian a la desinformación y poco conocimiento respecto a los accesos a servicios en el país. Además de ello, perciben que entre los mismos migrantes no se entregan entre sí mucha información, o ésta no es

fidedigna, por lo tanto, tampoco hay una red de interconexión comunicativa entre compatriotas que facilite el acceso a la salud.

“Bueno, desde mi punto de vista, es que a veces como migrantes, los que vienen recién llegados a veces tienen malas informaciones, a veces, por temor de sus documentaciones que no están al día, tienen el temor de que algo le les pueda complicar, que les puedan deportar, entonces tienen ese miedo ...”. A.M.R.A.H. 017.

“... Aquí hemos llevado muchos migrantes con una venda en los ojos y hay otros que los ayudan a vendarse más porque hay gente que no brinda una información correcta...”. A.M.R.A.H. 015.

Respecto a las políticas migratorias.

El cambio constante en la política migratoria ha generado diversas barreras y mayores requerimientos para la población migrante, entreteniendo los procesos por la solicitud de más documentación. El cambio tan continuo de la política y legislación que regulan los movimientos de entrada y salida de Chile obstaculizan en mayor medida el grado de conocimiento que tienen las personas migrantes sobre el acceso a servicios.

“...Y la otra gran, como barrera, diría que la ley migratoria o los protocolos de acceso a distintos ámbitos van cambiando tan constantemente que en el fondo siempre hay una barrera nueva, como un nuevo requerimiento, siempre hay algo más, antes los procesos eran más simplificados, a eso quiero llegar, les piden más papeles ... la ley nuestra cambia literal cada dos semanas, tiene un componente nuevo, algo que le quitan algo que le ponen ...”. FMJ 050.

Respecto al Número de Identificación Provisoria (NIP).

Desde su perspectiva, y en concordancia con los hallazgos de las experiencias de la población migrante usuaria, la barrera de acceso al NIP no es el proceso en sí, sino más bien la falta de información de cómo obtenerlo. Además, que, para adquirirlo, las personas migrantes deben llevar una cuenta de algún servicio básico

que acredite el domicilio o algún certificado de residencia. Esto, como se mencionó en el apartado de las experiencias de migrantes, genera dificultades para algunas personas quienes viven en situación de calle o en asentamientos precarios aún sin organización comunitaria, por lo que no tienen cómo sustentar este requerimiento.

“Entonces ahí ellos tienen más información, una porque ya conocen los mecanismos en sus países de origen o de tránsito, porque hay gente que ha vivido también en otros países. Entonces hay más conciencia, pero está en el caso de la gente que nosotros atendemos. Es el tema de la irregularidad. Como te digo, entonces no tener un provisorio de salud, no saber cómo se saca muchas veces también eso retrasa el acceso a la atención”. FMJ 050.

“Además de eso, también la otra barrera que estaba era la que ellos no tenían lugar de residencia, hay muchos migrantes que viven en las calles que viven en las tomas que recién están llegando a las tomas que no se han organizado como comité, no tienen este certificado de vivienda o de residencia y no pueden acreditar para el RUT”. A.M.R.A.H. 016.

Respecto a las prestaciones en salud sexual y reproductiva.

Bajo su experiencia, los agentes comunitarios de las organizaciones sociales indican que las personas migrantes llegan desconociendo la oferta de prestaciones asociadas a la salud sexual y reproductiva, limitándolas solamente al control de embarazo.

“Eh, y lo otro es que no conocen, pues no conocen la amplia gama cierto de servicios a los que pueden acceder, a los preservativos, por ejemplo, no sé el test rápido de VIH, entonces como que no hay conocimiento y ahí organizaciones como la Colectiva, por ejemplo, u otras, podemos servir como de espacios informativos también”. FMJ 050.

“... Ya entonces a veces uno, incluso cuando trabaja con mujeres, porque eventualmente también atendemos mujeres que no necesariamente son de la comunidad LGTBQA+, sino que pueden estar viviendo otra situación y se informaron del quehacer de la colectiva. Nosotros decimos, mire, vaya al consultorio, bueno, usted va a ir al consultorio, vea si se puede hacer un chequeo general, existe un examen, le he explicado lo que es el examen de salud del adulto, cierto, y le decimos también tenemos nosotros acceso a la matrona, “ah, no, como que matrona”, para ella inmediatamente está asociado a control del embarazo, entonces ahí uno tiene que explicarle ...”. CM 051.

Una vez que ya acceden al sistema sanitario, y específicamente a la planificación familiar, en concordancia con los hallazgos de las profesionales de APS, los agentes comunitarios de las ONG manifiestan que la mayoría de las usuarias llegan supeditadas a lo que diga el profesional, con un perfil más bajo. La mujer migrante en general acude poco orientada, desinformada y resignada a lo que el sistema le puede entregar, sin estar en conocimiento, o muy escasamente, de sus propios derechos sexuales y reproductivos.

“Yo opino que ... en cuanto a la población de acá de Chile, yo creo que las personas igual siempre tienen el conocimiento y se sienten con ese poder que, son chilenas y reclamo mi derecho y en cambio las migrantes a veces nos sentimos que no tenemos mucho esa valentía porque estamos en un país ajeno, que estamos de allegados ... Bueno, siempre va a haber esa barrera entre la chilena y la migrante, entre el local, como se dice y el migrante, porque igual, vuelvo y repito, ellos tienen sus derechos, se los conocen de aquí para allá y allá para acá, mientras que el que viene llegando está expuesto a que acepte lo poquito y nada que le pueden brindar de la manera que se lo quieran brindar, entonces sí hay una gran diferencia”. A.M.R.A.H. 016.

Respecto a la salud no prioritaria.

Para las personas migrantes según la perspectiva de los agentes comunitarios de las ONG la salud no es una primera necesidad, ya que en general el motivo por el cual migran a Chile es económico, laboral y en búsqueda de una mejor calidad de vida, o incluso huyendo de conflictos políticos o armados, por lo que la salud queda supeditada a un plano posterior, lo que impone un obstáculo para el acceso al sistema sanitario.

Bajo esta perspectiva, el hecho de no priorizar la salud está estrechamente asociado con la realidad del país de origen en cuanto al acceso a los servicios, hay también un tema cultural asociado a no acceder a la salud preventiva. Las personas migrantes, en su mayoría, y según se ha mencionado, migran por otros motivos, por lo que la salud queda relegada a otro plano, pero esto se ve potenciado, por las prácticas culturales en salud provenientes del país de origen.

“Sí, entonces bueno, vienen porque consideran que acá tienen mejor espacio quizás para tener su bebé, o cambiar su estilo de vida, porque en realidad países como Ecuador sobre todo y Colombia, Venezuela también la violencia está desbocada, entonces ya no, no hay reparo, o sea, las mujeres embarazadas están constantemente saliendo, vienen huyendo, sí, de hecho una familiar llegó embarazada acá prácticamente ya en sus últimos meses, entonces ni yo tenía conocimiento y es terrible ... no tienen el conocimiento y se lanzan nomás independiente, más miedo tienen de quedarse en su país que venir acá, entonces el conocimiento que tienen respecto a este tema es bastante escaso, escasísimo”. A.M.R.A.H 018.

“... Vienen desde otra realidad, de otra perspectiva de la salud. Entonces acá, vienen también con esa misma perspectiva ... nunca es una primera necesidad acceder a la salud ... entonces claro, acercar la necesidad al territorio si ellos no visualizan la necesidad, y mediante eso, insisto, la entrega de información del acceso al derecho, acceso al derecho básico, finalmente”. FMJ 050.

Además, señalan que estas atenciones al no ser una primera necesidad no generan un acceso eficaz a las consultas, lo que impone una gran brecha en el uso y goce de toda la gama de atenciones que se ofrecen y que son necesarias dentro del control de salud.

“Cuando uno les habla respecto de que existen programas de salud sexual y reproductiva o uno les habla de que existen programas de control de natalidad, por ejemplo, pero como que no, no lo tienen dentro de sus primeras prioridades...”. CM 051.

Respecto al trato usuario.

Agentes comunitarios de las ONG ha vivenciado dentro de su quehacer circunstancias asociadas al mal trato en los recintos sanitarios. Relatan que las personas migrantes ocasionalmente han vuelto nuevamente a la organización social notificando haber recibido malas actitudes y/o proceder por parte de los funcionarios de salud, condicionando la atención a la situación migratoria de la persona que consulta.

“... Sí, absolutamente, hemos recibido también quejas de vuelta, ¿no? Quiénes han decidido tomar la decisión de acceder al sistema, han vuelto por malos tratos, o sea, y ya no estamos hablando de la persona que la recepcionó, sino que también del del cuerpo médico que lo ha atendido, me acuerdo haber acompañado a una chica una vez que su bebé estaba como dándole un ataque de asma, tenía como 8 meses, y lo primero que le dice la funcionaria es que ojo, si no es su primera prestación de salud, le va a tocar pagar particular, entonces como condicionando ya la atención, y sí, es muy fuerte verlo porque en verdad la vida pasa a uno segundo plano a veces ...”.
FMJ 050.

Respecto a la población LGTBIQA+.

En concordancia con los hallazgos respecto a las experiencias del personal de APS, los agentes comunitarios de las ONG también perciben que existe un grado de auto marginación por parte de esta población en específico, considerando que su condición sexo-diversa aumenta la brecha y los temores para poder acudir a un centro de salud. Esto se correlaciona con proyectos apuntados directamente a la comunidad LGTBIQA+, como lo es Colectiva Manifiesta, que, si bien se planteaban de mayor envergadura, la menor cobertura se debe a que las personas no acuden al centro a pedir orientación o ayuda.

“Claro, ahí ellos se auto perciben de una manera un poco más, como mezclando los distintos posibles tipos de discriminación, o sea, soy hombre trans, soy inmigrante, soy negro, soy irregular, soy pobre, entonces hay muchas variables o factores que se mezclan en un mismo tipo de persona, ¿no?, y eso dificulta un poco más el trabajo con la comunidad, yo creo que bueno, yo te comenté internamente, ¿no?, la Colectiva, su proyecto apuntaba a un indicador mucho más alto de la atención de lo que ellos han tenido en este proyecto, y eso tiene que ver, no con que no existan personas de la comunidad, tiene que ver con que las personas simplemente no se acercan”.
FMJ 050.

En este sentido, desde la perspectiva de la sociedad civil, las personas LGTBIQA+ tienen mayores dificultades para acceder a la salud, pero lo vinculan a un tema social, a que su expresión de género no es totalmente aceptada por los colectivos sociales, la cual difiere de las expectativas asignadas para un hombre o para una mujer y que generan cierta reticencia asociada también al desconocimiento o al

temor a acudir a los servicios de salud. La población migrante predominante en la región proviene de países de origen con arraigos más conservadores, incluso huyendo de violencia y persecución por su orientación sexual, por lo que considerando ello les es más complejo poder auto reconocerse y reconocerse ante el mundo perteneciente a la comunidad LGTBIQA+, y mientras no lo hagan, se incrementan los niveles de auto marginación y con ello las brechas para acceder a algún servicio sanitario.

“Sí, yo creo que sí por los altos niveles de homolesbotransfobia que nosotros tenemos en nuestra sociedad. Y yo diría que dentro de la gama de la diversidad sexo genérica creo que las personas trans y las personas no binarias son las poblaciones que más dificultades enfrentan porque hay poco conocimiento y hay más estigma sobre ello. Están muy estereotipadas, digamos las figuras de las personas trans. Entonces siempre se hace la asociación al comercio sexual, por ejemplo, entonces como que las personas que no han hecho, digamos, como un proceso de comprensión de esta realidad de la diversidad sexo genérica, también tienden muchas veces a hacerlas portadoras de estos mitos que muchas veces existen en la sociedad ... entonces siento que hay mucho de eso, pero también porque culturalmente nosotros le tenemos mucho temor al otro que no conocemos, al otro que es distinto, más bien deberíamos tener una postura de acogida como sociedad, cierto, pero siempre tendemos a la separación, a la segregación, a la estigmatización de esas personas. Yo creo que ahí las personas trans sí se han visto muy afectadas, las personas no binarias o las personas no género que están surgiendo ahora también”. CM 051.

“...Colectiva Manifiesta, ellos tienen, no sé si con Cruz Roja o con un programa, pero tienen auto test de VIH, ¿me entiendes? entonces ellos han tenido que cubrir eso y por lo mismo, porque también la cultura migrante es una cultura muy conservadora para algunos ámbitos como este, entonces no es fácil ir y verbalizar...Nosotros, si bien hemos tenido un aumento de la comunidad LGTBIQA+, más este año, mucha gente trans, por ejemplo, pero aún sigue siendo un tabú a nivel cultural como para ellos, o sea, hay muchas temáticas de violencia involucradas, de persecución, es todo un tema, entonces me imagino que no es tan fácil, o sea, no desde la institucionalidad como salud, sino de que ellos quieran ir a acceder para ayudarles”. FMJ 050.

Ahora bien, a modo de facilitador desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil, consideran que el tener cercanía con la propia realidad de las personas, y que el propio equipo incluya a personas de la comunidad, facilita la experiencia entre pares. Destacan además como facilitador que en Chile existen

mayores espacios para expresarse libremente, ya que generalmente vienen de países en donde las temáticas de género tienen un abordaje social distinto, por lo que en nuestro país encuentran un lugar seguro para poder vivir su sexualidad con mayor seguridad y libre de estigmatizaciones.

“Bueno, yo creo que primero tener conocimientos sobre la realidad que viven las personas de las diversidades sexo genéricas. Segundo, tener un equipo que incorpora a personas de la diversidad. Eso yo creo que hace tener una cercanía, porque una cosa es la atención profesional, en este caso, por ejemplo, yo que soy una mujer cis con personas de la comunidad y logro tener sensibilidad y sentirme profesionalmente una aliada de la comunidad...pero además tener personas de la comunidad trabajando hace también que ellos se sientan atendidos por sus pares, entonces se genera un clima de mayor empatía, mayor confianza. Se pueden abordar algunas problemáticas desde las propias vivencias de las personas de la comunidad y no desde otra perspectiva, se da otra experiencia que es entre pares. Entonces yo creo que eso facilita. A nosotros nos ha tocado ver y escuchar que muchas personas de la diversidad sexo genérica al estar en Chile se han sentido más libres porque vienen de países donde todavía los temas de género se abordan de una manera totalmente distinta. Son menos difundidos que acá y en ese sentido, como que hay menos espacios para expresarse abiertamente...al venir de familias más tradicionales y en general en donde los espacios sociales como la escuela, por ejemplo, el trabajo, son más seguidores de la heteronorma, ellos se sienten más libres acá ... pero por otro lado creo que también el hecho de ser migrantes y esto le pasa quizás más a las personas venezolanas hoy en día, que están tan estigmatizados y asociados a la delincuencia, asociados como a estos grupos muy marginales. A ellos sí les cuesta como expresarse por el desconocimiento, y entonces mejor que no me vean porque puedo sufrir homofobia, igual me pueden expulsar, me pueden deportar, entonces me quedo un poco al margen”. CM 051.

Por último, en concordancia con los hallazgos del personal de APS, respecto a las competencias de profesionales de las personas que trabajan en salud, perciben escasa capacitación en temáticas como el trato y manejo de personas pertenecientes a la comunidad LGTBIQA+, lo que limita el acceso de la comunidad a las prestaciones en salud sexual y reproductiva.

“Eh, yo creo que no hay como mucha educación, formación a nivel profesional como para atenderla y por el otro lado, creo que hay una gran población muy invisibilizada y que es la población intersex...Entonces yo creo que sí, todavía nos falta mucho, mucho por avanzar”. CM 051.

Respecto a los facilitadores de acceso.

Desde la perspectiva de los agentes comunitarios de las ONG, dentro de los facilitadores al sistema de salud está la propia organización comunitaria, destacan su propio rol orientador y de apoyo a las personas migrantes, relevando la importancia de sus iniciativas de promoción al acceso al sistema sanitario de las personas que migran en el momento de su llegada a Chile. En este sentido, el rol orientador parte por la identificación de necesidades, asumiendo que, si una persona acude para consultar por temas de regularización de su condición de permanencia, es una persona que está mayormente resuelta e integrada en el país. Ahora bien, a quienes recién llegan, las necesidades apuntan a la ayuda humanitaria como una primera asistencia, y luego resolver asuntos de salud y educación como condicionantes de una segunda ayuda.

“... La existencia de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con migrantes. Creo que el hecho de que existamos nosotros, Madre Josefa, Servicio a Jesuitas, de las que yo conozco, y otras cierto que son grupos también que trabajan con mujeres y que promueven los derechos de los migrantes, en general siento que ayuda. El solo hecho de que existan en sí mismos, porque todas ellas tienen dentro de sus prestaciones, cierto, en el área de la orientación e información, algunas iniciativas que están dirigidas a promover el acceso a la salud, cómo se inscribe, los pasos que hay que dar, dónde hay que dirigirse, yo creo que eso sí es, de mucho”. CM 051.

“... Si la persona viene a renovar una Visa, obviamente su tema es de regularización, no le interesa ni lo laboral, porque ya está más resuelta e integrada, pero generalmente esta población que viene recién llegando, bueno, podemos partir con que su primera necesidad está vinculada a temas de ayuda humanitaria y en segundo lugar, ya tenemos que incidir o condicionar tu segunda ayuda de entrega de ayuda porque, pero fuiste inscribir tu hijo en educación, te inscribiste en el CESFAM, lo que es salud, nosotros también fomentar eso, como te decía, la autogestión ...”. FMJ 050.

Respecto a las barreras de acceso.

Una de las barreras de acceso en común para los agentes de salud es la distancia geográfica, específicamente dadas por los asentamientos precarios, que se encuentran alejados de los puntos céntricos de la comuna, con escasos accesos viales, y conectividad deficiente por lo que para este grupo de estudio también constituye una barrera fundamental en el acceso.

“... La ubicación geográfica también de los consultorios, porque ahora ya Chile está lleno de tomas, acá en Alto Hospicio está la toma del Paso de la Mula, las tomas del Boro, no existe acceso de transporte, entonces la gente de ahí al consultorio ... los que vivimos cerca de un consultorio tenemos que despertarnos como 5 en la mañana para adquirir un número y los que viven más alejados, salir como a las 5 de la mañana con todo lo que se dificulta la delincuencia, los perros que están en manada entonces se les hace imposible, dificulta el acceso”. A.M.R.A.H. 016.

La situación laboral de las personas migrantes en Chile también se menciona por parte de las ONG como una condicionante frente al acceso a la salud. El empleo al que pueden acceder asociado a su condición irregular hace que tengan pocas opciones de obtener permisos y seguros sanitarios, por lo que quedan supeditados a la voluntad del empleador, considerando además según se mencionó anteriormente, que siempre los motivos laborales serán prioritarios.

“Está la dificultad para pedir permiso porque, además, como son migrantes y sí están irregular, ¿eh? Quedan ahí sujetos a la voluntad del empleador para poder pedir un permiso y si no pierden el trabajo, entonces siempre el trabajo va a estar primero”. CM 051.

Sugerencias de mejoras de los agentes de salud.

Al consultar propuestas sobre cómo mitigar estas brechas de acceso, los agentes comunitarios parten derechamente desde la información, pero no desde el rol orientador de ellos, si no que más bien desde los propios sistemas de salud, que haya más salida hacia la comunidad en terreno, de información respecto al acceso

a la salud de las personas migrantes, actuar desde la concientización y no desde la emergencia para acceder al sistema. En este sentido, posicionan la información como una de las herramientas más efectivas para acercar a la población migrante al sistema sanitario, y que esta información debe salir directamente desde los servicios y prestadores de salud, principalmente con enfoque directo a la comunidad migrante y a su derecho básico de acceso a este tipo de atenciones en nuestro país. Por otra parte, ven importante bajo su rol orientador, poder sensibilizar a las personas en su acceso al derecho básico de salud y darle la relevancia que ésta tiene.

“Con información oportuna, creo que la labor informativa no solamente debería estar de parte de las organizaciones de la sociedad civil, sino que también haciendo promoción desde los espacios de salud que se hace en algunas ocasiones ... no hay mucha promoción del derecho del migrante a la salud. O sea, yo no he visto una unidad de atención migrante, cierto como estos referentes de salud, que esté ahí con su batería de prestaciones, que en el fondo es como lo más fuerte, la inscripción”. CM 051.

“Claro, yo creo como desde el trabajo que hace la Fundación, al menos es primero, la sensibilización. Primero es como el acceso a derechos, garantizar que cualquier persona solo por el hecho de ser persona, tiene el acceso a derecho garantizado de la salud. Entonces en nuestro caso, dar esa mirada más preventiva, de sensibilización a la misma gente, ¿no?, para mí es lo principal, porque ellos son los únicos encargados, nosotros desde la institucionalidad podemos tener estas conversaciones, claro, pero si las personas o el público objetivo, a quienes van a ir apuntadas, no levantan esta moción, no va a haber nunca ningún cambio, ¿me entiendes? entonces yo creo que tiene que ver con este trabajo de empoderar en relación a la entrega de información”. FMJ 050.

Sugieren, además, que haya mayores iniciativas por parte de los gobiernos locales, para poder exponer mayormente en medios de comunicación masivos información respecto a los mecanismos de acceso a servicios. Además, consideran que faltan mayores nexos de interconexión entre las organizaciones comunitarias y los sistemas de salud, para fortalecer el trabajo en terreno y el desarrollo comunitario.

“Con un poco de voluntad por parte de los del gobierno local, por parte de la autoridad sanitaria, y de todos los involucrados en temas de salud, pues que haya un poco más de información para que estas personas que tienen poco conocimiento puedan tener ese conocimiento, yo creo que también por medio de la radio o de algún medio de comunicación que se informe bueno, de hecho, ya se da un paso importante, ya estamos más accesible la cosa, pero, pero hace falta igual, hace falta más información”. A.M.R.A.H 018.

“Yo creo que con un trabajo mancomunado del área de salud y de las organizaciones, para que se hagan trabajos en terreno de información, de visitas domiciliarias o de consultorio en terreno... Como los operativos, ir a visitas para que sean más accesibles, entonces eso, que haya también informaciones”. A.M.R.A.H. 016.

A continuación, se presenta una tabla de resumen que integra las categorías y las dimensiones que tributan al tercer de investigación, es decir, identificar las características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil.

Tabla N°3: Características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil.

Conocimiento sobre el acceso al sistema sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> - Escaso o nulo. - Falta de información - Asociación entre la condición migratoria irregular y no tener derecho a acceso a servicios de salud. - Temor a la deportación. - Escasa red informativa entre compatriotas.
Salud no prioritaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Migración por motivos económicos, laborales, calidad de vida, conflictos políticos o armados. - Menor relevancia a prácticas asociadas al acceso y uso de servicios sanitarios mediadas por prácticas culturales del contexto de origen. - Prestaciones en salud sexual y reproductiva no prioritarias.
Políticas Migratorias.	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio continuo y constante. - Solicitud de más documentación. - Aumento de la desinformación.
Número de Identificación Provisoria (NIP).	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de información de cómo obtenerlo. - No contar con documentos formales de residencia (asentamientos precarios) para su obtención.
Prestaciones en salud sexual y reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Escaso conocimiento de las prestaciones en salud sexual y reproductiva. - Limitada al control prenatal. - Acuden supeditadas a lo que el profesional indique.
Trato usuario.	<ul style="list-style-type: none"> - Malos tratos por parte del personal administrativo/profesional. - Condicionamiento de la atención en salud por la situación migratoria.
Facilitadores de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Organización comunitaria en sí misma. - Rol orientador de las ONG en la entrega de información.

Barreras de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> - Distancia geográfica (población que vive mayoritariamente en asentamientos precarios, los cuales son alejados de los centros de salud, no cuentan con buenos accesos viales ni locomoción cercana, la conectividad no es la adecuada). - Situación laboral de las personas migrantes (empleos no formales).
Sugerencias para mejoras.	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor iniciativa por parte del gobierno local para entregar información de acceso a la salud en medios masivos. - Más entrega de información sobre el acceso al sistema sanitario a la comunidad migrante que emane directamente desde el mismo establecimiento de salud. - Trabajo informativo respecto al acceso a la atención sanitaria en terreno. - Sensibilizar a la población sobre la importancia del derecho básico de acceso a la atención sanitaria y a la importancia del control periódico de salud. - Fortalecer vínculos APS-ONG para realizar un trabajo mancomunado que permita masificar la información y el desarrollo comunitario.
LGTBIQA+.	<ul style="list-style-type: none"> - Cercanía entre pares. - Chile como un país más libre de prejuicios. - Percepción de auto marginación. - La población no acude por temor. - Temor asociado a la expresión de género socialmente no aceptada. - Falta de capacitación a profesionales de salud en la temática.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a 7 personas que prestan servicios como funcionarios de ONG.

Al 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**, emergen categorías tanto formales como informales respecto a la articulación entre APS – Migrantes, ONG – Migrantes, APS – ONG y la articulación entre la red ONG.

Articulación APS – Migrantes.

Desde la APS, existe nexo con la población tanto chilena como migrante perteneciente a alguna etnia principalmente a través del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI), con quienes se articulan algunos programas, como Chile Crece Contigo, para dar mayor cobertura a la población. Lo mismo ocurre en la provincia con una figura que es un Trabajador Social que cumple funciones en el Programa de Migrantes, quien también participa de estas instancias que permiten a la población poder tener más información respecto a temas relacionados con el acceso al sistema de salud y regularización de su condición migratoria. Desde la APS posicionan a los/las profesionales trabajadores sociales como la principal figura intermediaria entre el nivel primario de salud y la población migrante principalmente en temas de acceso a la salud.

“Sí...por ejemplo como te digo, nosotras trabajamos, cuando hacemos los talleres prenatales, participan del programa intercultural, que eso igual les abre las puertas a muchas migrantes también, y también en otros talleres que hemos realizado ha participado un trabajador social que tiene que ver con el programa migrantes, que igual es una puerta de entrada, de hecho cuando ellos dan sus charlas son migrantes todas las usuarias que se quedan obviamente y comienzan a hacer consultas qué sé yo, sobre todo por el interés de regularizar su tema acá. Esa ha sido una puerta para que ellas ya puedan comenzar a regularizar todo y sigan en sus controles, las mismas ferias que se realizan a espacios abiertos, llegan muchas migrantes también, dentro de toda la población.” P 054.

Articulación ONG – Migrantes.

Las ONG tienen diversos mecanismos de articulación con la población migrante, uno de ellos es poder formar lazos y estrechar nexos con las mismas personas que lideran o que tienen influencia dentro de los colectivos, ya que a través de su intermediación se puede ampliar la información dentro de su mismo territorio, esta vinculación hace efectivo el rol de las ONG de interconectar redes que faciliten el mejoramiento en el acceso a servicios.

“Bueno, nosotros principalmente logramos con esta atención integral fidelizar algunas participantes que después terminan teniendo un rol más como de lideresas, y ellas, nos empiezan a vincular con iniciativas, por ejemplo en operativos, por ejemplo de regularización, o que nosotros nos acerquemos a sus campamentos y ahí podamos dar charlas de acceso a derechos, una vez que ellas, como que han tenido resultados con nosotros, es decir, que se vincularon, nos permiten y nos amplían el hecho de poder acercarnos a sus realidades y sus territorios, eso ha sido fundamental. Hay gente que ha confiado primero en nosotros como usuaria, como participante, por ejemplo, la dirigente colombiana, venezolana, boliviana, que ahora son presidentas del club deportivo, cultural, social, nos buscan como actores estratégicos a nosotros para ir a vincularnos con la comunidad y hacer charlas, precisamente del acceso a los derechos” FMJ 050.

Articulación APS - ONG

Los profesionales de APS posicionan a las ONG como un ente representante ante la autoridad, de las necesidades y aspectos más relevantes relacionados con los colectivos sociales en temas sanitarios. En este sentido, perciben que estas organizaciones permiten formar un nexo entre las personas y los sistemas de salud, poniendo de manifiesto temáticas que contribuyen al mejoramiento de los accesos y procesos de atención basados en la entrega de información y orientaciones en diversas temáticas según la necesidad que se presente en algún grupo humano. A nivel local, esta articulación o vínculo formal se desconoce, razón por la cual, sería importante fortalecer el contacto y la interconexión entre redes con el fin de garantizar un trabajo mancomunado que aborde todas las necesidades en salud de la población migrante.

Ahora bien, considerando a los agentes comunitarios, perciben que sí existe un vínculo y una conexión directa con la atención primaria, pero ésta es más bien informal. Si bien logran una interconexión efectiva, por ejemplo, mediante operativos de salud en la misma sede de la ONG, no hay un lineamiento o un protocolo que rijan las acciones a seguir en caso de pesquisar un caso de especial vulnerabilidad.

“Yo creo que en este caso la sociedad civil tiene un rol importante, ya que, ellos van anunciando a las diferentes autoridades sanitarias, no importa cuál sea, las necesidades que pudiese tener este tipo de población, sea cual sea, se van conversando, se van haciendo nexos, se van a integrando protocolos según necesidad, porque tampoco son necesidades individuales, sino que se hablan en un grupo, se llega a un consenso en cuáles son como las más importantes y se van generando, o sea, gracias a la sociedad civil se han logrado muchas orientaciones técnicas...entonces, en este caso la población civil hace de intermediario, respecto a la necesidad de un grupo de la población”. P 055.

“Su función es como dar el acceso a la atención de salud, es como orientarlos en cuáles son sus derechos, que es a lo que ellos pueden optar...es como orientar a la población que es lo que pueden tener acá en Chile, pero no, la verdad que lo desconozco. No sé si hay algún vínculo formal directo. Lo más probable es que sí, porque la verdad que acá igual trabajamos con muchas organizaciones sociales y todo esto, entonces yo creo que sí, pero lo desconozco, no tengo la certeza”.
P 056.

“...Lo que nosotros hacemos al menos una vez al mes o cada dos meses, son los operativos de salud, entonces, como la gente no se acerca, nosotros estamos acercando el servicio, entonces aquí, no hacemos listas previas para para la atención, exceptuando lo que es, temas de matrona...nosotros hacemos la incidencia de que todas las filas de personas esperando, si bien por número no alcanzó consulta social con la fundación, pase igual a la atención de salud preventiva. Este es un acuerdo que está más bien informal, que va con etapas previas como de coordinación, es decir, a principio de año nos juntamos con la referente, y nos coordinamos...”. FMJ 050.

Articulación Red ONG.

Dentro de los relatos de las personas que participan activamente dentro de las ONG, destacan que es fundamental el apoyo en red, tanto con otras organizaciones como también entre los mismos colectivos sociales. Esto claramente refleja un impacto positivo en el rol y en los objetivos que persiguen como organización, además, de

la participación en mesas con diversos actores sociales que potencian los nexos para un abordaje interdisciplinario de la población que consulta.

“Porque también hay muchos discursos, que también deben pasar en todo ámbito, también vinculándolo a la salud, que las personas adquieren estrategias de mentir muchas veces para el otorgamiento de algo, a nosotros nos pasa constantemente adulteraciones de firma, discursos súper inventados, parejas que las matan... Es muy importante la articulación con la red, muy importante, porque si no nos mantenemos coordinados y comunicados mediante reuniones periódicas estamos interviniendo todos los mismos casos ...”. FMJ 050.

“... Además, nosotros estamos en muchas mesas de trabajo intersectoriales como la mesa intersectorial de salud migrante, en las que tocamos estos temas, ya conocemos a las colegas que nos derivamos casos internamente, o sea, fuera de lo que es operativo de salud, nosotros nos derivamos casos... complejos si detectamos esa necesidad, nosotros a ellos y ellos a nosotros”. FMJ 050

A continuación, se presenta una tabla de resumen que integra las categorías y las dimensiones que tributan al cuarto objetivo de investigación, es decir, 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.

Tabla N°4: Mecanismos de articulación entre la población migrante y los agentes de salud para favorecer el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva.

	Vínculos Formales	Vínculos Informales
Articulación APS – Migrantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI). - Trabajador Social Programa Migrantes. - Trabajadores Sociales que integran los equipos multidisciplinarios de sector según el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria. - Educación prenatal Talleres Programa Chile Crece Contigo. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se mencionan.
Articulación ONG – Migrantes.	<ul style="list-style-type: none"> - No se mencionan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relación con líderes de los colectivos migrantes.
Articulación APS – ONG.	<ul style="list-style-type: none"> - Mesas de trabajo intersectoriales (como la mesa intersectorial de salud migrante, mesa intersectorial de trata de personas) - Derivación de casos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interconexión efectiva a través de operativos de salud en la sede de la ONG.
Articulación Red ONG.	<ul style="list-style-type: none"> - Retroalimentación de casos. - Reuniones periódicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - No se mencionan.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a 7 personas que prestan servicios como funcionarios de ONG y a 4 matronas de APS.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten identificar elementos facilitadores en el acceso al sistema de salud como el NIP; así como también obstaculizadores, entre ellos el desconocimiento del funcionamiento de los servicios. Por otro lado, los resultados de esta tesis abordan la temática del trato percibido desde la población migrante usuaria en el sistema sanitario chileno.

Desde otra perspectiva, en el acceso al sistema sanitario de las personas migrantes bajo la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil y de profesionales de APS, se identifican elementos comunes como, por ejemplo, que el cuidado de la salud no es una prioridad para la población migrante, escaso tiempo designado para la atención debido al rendimiento que establece el Ministerio de Salud, y la distancia geográfica dada por los asentamientos ilegales alejados de los centros de atención de salud. Respecto a la población LGTBIQA+, la auto marginación y la falta de capacitación profesional para su atención son los principales obstaculizadores del acceso. Por último, se relevan mecanismos de articulación entre el sistema sanitario y la población migrante a través de la oferta programática y los espacios de trabajo intersectorial.

En Chile, la legislación vigente asociada a los movimientos de entrada y salida establece el acceso a la atención en salud es independiente de la condición migratoria de las personas. El Decreto N°67 que incorpora a los inmigrantes en situación irregular, sin visa o sin documentos, como beneficiarios de FONASA, refuerza la importancia de masificar la información entorno a los derechos que tienen, tanto entre los agentes de salud como entre las personas usuarias³³. FONASA se encarga de crear y validar el NIP, para que personas migrantes puedan recibir atención primaria, independiente de su condición de permanencia en el país. La calificación del NIP es de un plazo de un año, luego deberán volver a inscribirse, con ello se intenta apoyar la regularización migratoria, procurando su inclusión en el país³⁴. Esta representa una medida de salud pública destacada entre los colectivos migrantes según arrojan los hallazgos de la presente investigación, ya que otorga acceso rápido y eficaz a la atención de salud primaria.

En relación con la falta de información en cuanto al acceso a la atención, esta investigación pone de manifiesto que las personas migrantes desconocen el funcionamiento de los servicios de salud en el país de destino, además se constata que la información entregada por sus pares migrantes no es adecuada. En este sentido, se releva el rol de los agentes comunitarios de las ONG como orientador y facilitador para dar a conocer, sensibilizar y concientizar a la población que migra en cuanto al acceso a servicios, principalmente sobre el acceso al derecho básico de la salud. Estos hallazgos se condicen con la literatura internacional, en un estudio que investiga las causas por las que canadienses e inmigrantes no acuden a los servicios de salud aun cuando refieren necesitarlos. En comparación con la población canadiense, una mayor proporción de personas inmigrantes relacionan el no acceso efectivo al sistema sanitario con el hecho de no conocer cómo acceder a éste, presentar dificultades con el idioma y que las prestaciones de salud podrían ser inadecuadas para ellos³⁵.

Respecto al trato usuario, bajo la percepción de la población migrante en general este es considerado positivo. Una de las dimensiones que componen la calidad es la satisfacción usuaria, siendo el trato recibido uno de los subcomponentes de ésta³⁶. Los hallazgos del presente estudio sugieren que el buen trato y relación profesional-usuaria es un factor de gran importancia para el uso y adherencia de los servicios de salud por parte de esta población, por lo que es importante que este se practique en todo tipo de interacción dentro del sistema sanitario. Este hallazgo se condice con evidencia que observa que la percepción y la relación que establecen las personas migrantes con el personal de salud afectan el acceso a servicios en Chile³⁷. Este punto difiere desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil participantes en el estudio, quienes identifican malos tratos y experiencias de discriminación hacia personas migrantes, aunque éstas no vivencian directamente la atención en salud como la población migrante. Esta visión más crítica podría explicarse por el perfil de estas organizaciones, cuyo propósito es garantizar el éxito de su práctica en la reivindicación de los derechos de la población migrante³⁸,

también esto podría asociarse a que esta visión más crítica tiene que ver con el propio rol de la sociedad civil, como agentes de transformación política y social³⁹.

El factor salud es importante cuando hablamos de migración, ya que el comportamiento de esta población, la estructura demográfica, los problemas de salud que desarrollan y el comportamiento en el uso de las prestaciones es bastante distinto al de la población nacional⁴⁰. Según datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2017, que dan cuenta de un mejor nivel de salud auto percibido por parte de la población migrante comparada con la chilena⁴¹, lo que se relaciona con lo que la literatura ha descrito como el llamado ‘efecto del migrante sano’, que corresponde a un menor reporte o registro de enfermedades en población migrante internacional comparado con población local, lo que podría deberse a un proceso de selección natural del acto migratorio⁴², es decir, migra la población sana en edad reproductiva, razón por la cual las personas que no han accedido a los servicios sanitarios, es porque manifiestan no encontrarse o sentirse enfermas, por lo que no representaría una necesidad real para la asistencia y el acceso.

Por otro lado, ante la misma necesidad de salud que la población local no acceden a la atención, lo que se conoce bajo el concepto de “inequidad horizontal” de uso de servicios de salud, que consiste en el acceso o uso diferenciado del sistema de salud ante las mismas necesidades, es decir, existe una subutilización de servicios de salud por parte de las personas migrantes como consecuencia de las barreras de acceso y uso, también expuestas en la presente investigación⁴².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define: “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”⁴³. En cuanto a la apreciación de la calidad científico-técnica por parte del personal sanitario, apunta ésta a que los

rendimientos de atención son muy acotados en el sistema de salud primario. Esta medida de gestión de recursos humanos está definida por el Ministerio de Salud y una de las principales críticas a ésta es la estandarización en el tiempo de atención, presuponiendo que cada persona requiere un tiempo diferente según su motivo de consulta⁴⁴. Este es uno de los aspectos que determinan el grado de satisfacción, tanto de la población usuaria y de quienes integran los equipos de salud. Una disminución en el tiempo disminuye la satisfacción de los usuarios, reduce los alcances de la prevención, condiciona a una mala prescripción terapéutica e incrementa el riesgo de mala praxis⁴⁵. En este sentido, los hallazgos de esta investigación posicionan este elemento como una barrera en la atención primaria, lo que permitiría entregar información que pueda orientar la gestión en salud para mejorar la satisfacción usuaria.

Otra de las barreras de acceso identificada por los agentes de salud es la distancia geográfica, contrariamente a lo que se esperaría en establecimientos ubicados en zonas urbanas, en las cuales no se presenta generalmente esta brecha. En la provincia de Iquique hubo un aumento exponencial de formación de campamentos y asentamientos precarios que se explica por la enorme presión migratoria que atraviesa esta región limítrofe, asociada a la crisis social y sanitaria. En la región de Tarapacá existían 3.935 viviendas en campamentos para el año 2018, aumentando a 11.328 para el año 2023. Alto Hospicio desplaza a otras comunas como el municipio con más campamentos en Chile, lo que explicaría la incidencia de los movimientos migratorios en el asentamiento de estas viviendas irregulares alejadas de los puntos céntricos de la comuna⁴⁶, segregando socio-espacialmente a estas personas, lo que dificultaría el acceso a los servicios de salud. Estas condiciones, asociadas al nivel socioeconómico, a los escasos accesos viales y al costo monetario que implica el traslado según se expone en la presente investigación, constituiría una brecha en el acceso a los servicios sanitarios.

Respecto a la población LGTBIQA+, los hallazgos se condicen entre ambos grupos de agentes de salud, en que existe una percepción de auto marginación asociada

al temor a la discriminación o la desconfianza que les genera el propio sistema sanitario desde la institucionalidad. Según los hallazgos obtenidos, cuando alguna persona perteneciente a la diversidad sexo-genérica migra, se pone en una situación de especial vulnerabilidad y a menudo son discriminadas por motivos de orientación sexual e identidad de género. El temor a la discriminación se posiciona como una barrera importante que genera reticencia a acceder a los servicios sanitarios tanto en la vinculación como en la adherencia y continuidad de la atención. Esto como consecuencia a lógicas de discriminación y dominación profundamente arraigadas en la idiosincrasia chilena⁴⁷.

En este sentido, este temor y auto marginación se posiciona como una brecha en el acceso de manera preponderante en el contexto general de las personas que participaron de la investigación, no tan sólo segregando a las diversidades sexo-genéricas. Resultados similares se han encontrado en la evidencia científica nacional, en las cuales se observa cómo las personas percibieron mayor discriminación en general comparado con población local. La interacción entre inmigración y discriminación se relacionó significativamente con peores resultados de salud autoevaluada y tratamiento por patologías, en desmedro de la población migrante discriminada⁴⁸. La percepción de discriminación es una variable compleja considerando que es uno de los determinantes sociales de la salud mental⁴⁹. Teniendo en cuenta que todo proceso de inclusión social involucra el ejercicio integral de los derechos sociales, el derecho a la salud se posiciona como una de las principales necesidades para la población migrante general como también de la diversidad sexo-genérica³.

También es relevante la falta de información en torno a temáticas de género y diversidad sexual por parte de los y las profesionales que trabajan en establecimientos de salud. Así, se da cierto grado de invisibilización de las personas LGTBIQA+, debido a la falta de formación, uso de lenguaje no inclusivo y la estigmatización. La capacitación del personal es prioritaria de acuerdo con las personas entrevistadas, y debe implementarse en la atención, hallazgos que

concuerdan con una investigación realizada en Concepción, Chile⁵⁰. La importancia de la formación inicial y continua de profesionales de la salud en temáticas de género debe ser considerada como parte importante en la instrucción de pregrado o en la formación técnica. De todas maneras, es necesario un abordaje continuo en el tema, con el fin de asegurar una experiencia positiva a todas las personas que reciban atención de salud, sin importar su identidad de género u orientación sexual. La incorporación permanente de esta temática en la formación de profesionales de salud asegurará la atención con perspectiva de género y sin discriminación para el total de la población, respetando así los aspectos éticos pertinentes a toda atención sanitaria^{51,52}.

La articulación entre los diversos agentes de salud y la población migrante requiere de políticas públicas intersectoriales que permitan abordar los determinantes sociales de la salud. En este sentido, se identificaron dos tipos de vínculos: los formales, que son los elementos e iniciativas que permanecen constantes en el tiempo y que involucran políticas gubernamentales. Y, por otra parte, están los vínculos informales como los operativos de salud en la sede de la ONG. Estas últimas son actividades esporádicas y que no tienen un sustento formal para mantenerse periódicamente, más que el mismo acuerdo entre pares de los distintos actores sociales.

La atención primaria de manera formal se articula con la población migrante a través de su oferta programática, mediado, por ejemplo, por programas como el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) y el programa Chile Crece Contigo, ambos relacionados estrechamente con la población migrante. El primero está orientado al establecimiento de la relación entre el sistema de salud oficial y los sistemas de salud indígena, generar estrategias pertinentes para la incorporación del enfoque intercultural en los programas de salud, orientación y acompañamiento a través de la facilitación lingüística y cultural, atención de salud con pertinencia cultural por parte de los equipos de salud y mejor comprensión del fenómeno salud-enfermedad-curación que tienen los pueblos originarios⁵³. Se releva su importancia

en el entendido de que la población migrante residente en la provincia de Iquique en su mayoría se considera perteneciente a un pueblo originario y la presencia de este programa fomenta el nexo con el sistema de salud. Las personas migrantes pertenecientes a alguna etnia no presentarán adherencia a indicaciones y/o tratamientos que no reconozcan su cultura, lo cual podría tener importantes consecuencias cuando se habla de prevención y control de enfermedades³.

En segundo lugar, el programa Chile Crece Contigo, el cual es una política pública pionera en Latinoamérica, centrada en el desarrollo infantil temprano con carácter intersectorial, que, apuesta por la implementación de políticas integrales, poniendo su foco en el acompañamiento de la trayectoria del desarrollo integral de niños y niñas. Este sistema constituye la puerta de acceso al sistema de la población migrante, ya que su perfil preponderante es el de personas jóvenes con hijos e hijas, lo que ofrece garantías de acceso para fomentar la adherencia y el control de salud en la primera infancia⁵⁴.

También dentro de los vínculos formales, se encuentran las mesas intersectoriales. La acción intersectorial suele ser concebida como la respuesta a los problemas de salud por parte de los diferentes ministerios u organismos funcionales. Es una estrategia que vincula a distintos actores mediante un trabajo colaborativo con el fin de alcanzar de manera más eficiente y eficaz los objetivos de las políticas públicas⁵⁵. En este sentido, se relevan estas medidas dentro de la articulación entre atención primaria y las organizaciones de la sociedad civil, ya que permiten el abordaje multidisciplinario de la población que migra, haciendo efectiva también a través de ella la derivación de casos según la necesidad que se pesquise. En base a lo anterior, es imperante la necesidad de incluir en la respuesta que da la política pública en temáticas de Salud Sexual y Reproductiva a la sociedad civil como un actor clave que debe tener una comunicación efectiva con el sistema sanitario, en base a vínculos formales fortalecidos, sobre todo porque las organizaciones de base comunitaria constituyen una puerta de entrada para las poblaciones más vulnerables.

En relación con las limitaciones del estudio, debido al acceso limitado a la población migrante, facilitado por las organizaciones de la sociedad civil, y a las dificultades para continuar las entrevistas en profundidad, la investigadora responsable tuvo que incorporar un ajuste metodológico que consistió en realizar dos grupos focales. A pesar de ello, la información recolectada alcanzó altos niveles de profundidad y calidad, permitiendo responder a cabalidad los objetivos planteados. Una fortaleza de este estudio es contar con tres perfiles de informantes, permitiendo triangular y complementar las perspectivas sobre el acceso de la población migrante a la atención sanitaria.

Los resultados dan cuenta de un hallazgo importante en la barrera estructural que está vinculada a las políticas migratorias. Aun así, no deja de tomar especial relevancia la falta de información, lo que potenciado por otras variables asociadas intrínsecamente al acto de migrar dificultan en mayor medida el vínculo de las personas extranjeras con el sistema de salud. En un contexto general, las personas extranjeras se encuentran con mayores obstáculos que la población local en el acceso y uso al sistema sanitario.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se identificó que existen brechas asociadas principalmente al desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud en general, así como del acceso y uso de éste. En este contexto, destacan barreras administrativas como el ingreso y permanencia no regulados, el temor a la discriminación y el rendimiento por hora de atención.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, se identifican barreras referidas al escaso ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población migrante. Sin embargo, las opiniones son divergentes en este ámbito, ya que muchas personas migrantes destacaron la calidad profesional, la cercanía, preocupación y la resolutivez que proporciona el sistema sanitario chileno ante algún problema que requiera amplia cobertura.

A partir de estos hallazgos, es posible recomendar: 1. Fortalecer las estrategias de información sobre el sistema de salud para población migrante, en especial a quienes se encuentran en su primer período de asentamiento en el país; 2. Fortalecer acciones para masificar la oferta de prestaciones en salud sexual y reproductiva del sistema primario de salud chileno a la población migrante, mediante operativos y salidas a terreno; 3. Formar y/o reforzar vínculos formales entre el sistema sanitario y la sociedad civil, con el objetivo de lograr una articulación efectiva intersectorial que permita favorecer el acceso de la población migrante al sistema sanitario; 4. Fortalecer el buen trato y la pertinencia cultural de la atención, rechazando cualquier forma de discriminación o cualquier accionar que coarte el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; 5. Reforzar las estrategias de formación en la atención con enfoque de género dirigido a mujeres y diversidades sexo-genéricas.

PROYECCIONES

Desde un punto de vista teórico-metodológico se sugiere profundizar en las características del movimiento migratorio, y con esto poder identificar vulnerabilidades que pudiesen exponer a la población a un inadecuado acceso al sistema sanitario en sus diferentes niveles de atención y profundizar en los determinantes sociales, especialmente los que están relacionados con las causas, los planes de vida y las proyecciones de la población que migra hacia Chile, idealmente desde metodologías mixtas.

Se deben buscar estrategias para poder otorgar herramientas y conocimientos a personal vinculado a la atención con personas migrantes y población LGTBIQA+, ya que se genera un impacto positivo en la población usuaria en cuanto a la asistencia y adherencia a los controles de salud.

Es fundamental que como país podamos garantizar una migración segura, libre de estigmas y de patrones de estratificación social, reconociendo a las personas por su valor en sí mismas proporcionando una sociedad receptora íntegra, garante de derechos y que ofrezca un intercambio social armónico entre personas de distintas nacionalidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minuta población migrante en la Región de Tarapacá [Internet]. Serviciomigraciones.cl. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Tarapaca.pdf>
2. Minuta población migrante en la comuna de Recoleta [Internet]. Serviciomigraciones.cl. [citado el 24 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Comuna/RM/Recoleta.pdf>
3. Cabieses B, Bernales M, McIntyre A. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas Universidad del Desarrollo. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; [Internet] 2016. [citado el 16 de mayo de 2024] p. 15-26. Disponible en: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf
4. Canelo V. Vulnerabilidad de Inmigrantes dentro de la salud pública chilena. Revista Confluencia. [Internet] 2020 [citado el 24 de mayo de 2024]; 2(1), 138-139. Disponible en: <http://revistas.udd.cl>
5. Diaz Tolosa R. Contexto social y estatuto de los migrantes en Chile [Internet] 2020 [citado el 16 de mayo de 2024]. Derecho migratorio, Chile: Academia Judicial. Disponible en: [https://intranet.academiajudicial.cl/Imagenes/Temp/BOC_AJ_Libro%20MD2_Contexto%20social%20y%20Migrantes_2020-08-18_Imprimible%20\(1\).pdf](https://intranet.academiajudicial.cl/Imagenes/Temp/BOC_AJ_Libro%20MD2_Contexto%20social%20y%20Migrantes_2020-08-18_Imprimible%20(1).pdf)
6. Copelli G. La globalización económica del siglo XXI. Entre la mundialización y la desglobalización. Revista de estudios internacionales Universidad de Chile. [Internet]. 2018 [citado el 16 de mayo de 2024];57–80. Disponible en: <https://revistaei.uchile.cl/index.php/REI/article/view/52048/57285>
7. Silva C. Globalización: Dimensiones y Políticas Públicas [Internet]. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en:

https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/770/hologramatica_n10_vol1pp3_25.pdf

8. Araujo González R. Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Noved Poblac* [Internet]. 2015 [citado el 16 de mayo de 2024];11(21):89–96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100007
9. Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe-a systematic literature review. *Br Med Bull*. [Internet] 2017 [citado el 16 de mayo de 2024] 1;121(1):5-18. Disponible en: https://core.ac.uk/reader/74229748?utm_source=linkout
10. Falla AM, Veldhuijzen IK, Ahmad AA, Levi M, Hendrik Richardus J. Limited access to hepatitis B/C treatment among vulnerable risk populations: an expert survey in six European countries. *Eur J Public Health*. [Internet] 2017 [citado el 16 de mayo de 2024] 1;27(2):302-306. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5444238/>
11. Jacquez F, Vaughn L, Zhen-Duan J, Graham C. Health Care Use and Barriers to Care among Latino Immigrants in a New Migration Area. *J Health Care Poor Underserved*. [Internet] 2016 [citado el 16 de mayo de 2024];27(4):1761-1778. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/309717409_Health_Care_Use_and_Barriers_to_Care_among_Latino_Immigrants_in_a_New_Migration_Area
12. Tsai TI, Lee SY. Health literacy as the missing link in the provision of immigrant health care: A qualitative study of Southeast Asian immigrant women in Taiwan. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2016 [citado el 16 de mayo de 2024]; 54:65-74. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748915001017?via%3Dihub>
13. Vázquez ML, Vargas I, Jaramillo DL, Porthé V, López-Fernández LA, Vargas H, et al. Was access to health care easy for immigrants in Spain?

- The perspectives of health personnel in Catalonia and Andalusia. *Health Policy*. [Internet] 2016 [citado el 16 de mayo de 2024];120(4):396-405. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851016000257?via%3Dihub>
14. Arenas P, Urzúa A. Estrategias de aculturación e identidad étnica: un estudio en migrantes sur-sur en el norte de Chile. *Universitas Psychologica*. [Internet] 2016 [citado 16 de mayo de 2024];15(1):15-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/647/64746477009/html/>
 15. Becerra D, Androff D, Messing JT, Castillo J, Cimino A. Linguistic acculturation and perceptions of quality, access, and discrimination in health care among Latinos in the United States. *Soc Work Health Care*. [Internet] 2015 [citado el 16 de mayo de 2024];54(2):134-57. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/272188099_Linguistic_Acculturation_and_Perceptions_of_Quality_Access_and_Discrimination_in_Health_Care_Among_Latinos_in_the_United_States
 16. Jervelund SS, Maltesen T, Wimmelmann CL, Petersen JH, Krasnik A. Ignorance is not bliss: The effect of systematic information on immigrants' knowledge of and satisfaction with the Danish healthcare system. *Scand J Public Health*. [Internet] 2017 [citado el 16 de mayo de 2024];45(2):161-174. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077059/>
 17. Joseph T. Falling through the Coverage Cracks: How Documentation Status Minimizes Immigrants' Access to Health Care. *J Health Polit Policy Law*. [Internet] 2017 [citado el 16 de mayo de 2024];42(5):961-984. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28663178/>
 18. Alcalá H, Albert S, Trabanino S, Garcia R, Glik D, Preliip M, et al. Access to and Use of Health Care Services Among Latinos in East Los Angeles and Boyle Heights. *Fam Community Health*. [Internet] 2016 [citado el 16 de mayo de 2024];39(1):62-71. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4662077/pdf/nihms716609.pdf>

19. Ahmed S, Shommu NS, Rumana N, Barron GR, Wicklum S, Turin TC. Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *J Immigr Minor Health*. [Internet] 2016 [citado el 16 de mayo de 2024];18(6):1522-1540. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281744725_Barriers_to_Access_of_Primary_Healthcare_by_Immigrant_Populations_in_Canada_A_Literature_Review
20. Poduval S, Howard N, Jones L, Murwill P, McKee M, Legido-Quigley H. Experiences among undocumented migrants accessing primary care in the United Kingdom: a qualitative study. *Int J Health Serv*. [Internet] 2015 [citado el 16 de mayo de 2024];45(2):320-33. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/272818621_Experiences_Among_Undocumented_Migrants_Accessing_Primary_Care_In_The_United_Kingdom_A_Qualitative_Study
21. Majid S, Douglas R, Lee V, Stacy E, Garg AK, Ho K. Facilitators of and barriers to accessing clinical prevention services for the South Asian population in Surrey, British Columbia: a qualitative study. *CMAJ Open*. [Internet] 2016 [citado el 16 de mayo de 2024] 18;4(3): E390-E397. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5143023/>
22. O'Donnell C, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et.al; RESTORE Team. Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*. [Internet] 2016 [citado el 16 de mayo de 2024];120(5):495-508. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300744?via%3Dihub>
23. Machado S, Wiedmeyer M, 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* [Internet] 2021 [citado el 16 de

- mayo de 2024];24(1):256-299. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8487436/>
24. Egli-Gany D, Aftab W, Hawkes S, Abu-Raddad L, Buse K, Rabbani F, et al. The social and structural determinants of sexual and reproductive health and rights in migrants and refugees: a systematic review of reviews. *East Mediterr Health J* [Internet] 2021 [citado el 16 de mayo de 2024];27(12):1203-1213. Disponible en: <https://applications.emro.who.int/EMHJ/V27/12/1020-3397-2021-2712-1203-1213-eng.pdf>
25. Maheen H, Chalmers K, Khaw S, McMichael C. Sexual and reproductive health service utilisation of adolescents and young people from migrant and refugee backgrounds in high-income settings: A qualitative evidence synthesis (QES). *Sex Health* [Internet] 2021 [citado el 16 de mayo de 2024];18(4):283-293. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/354028912_Sexual_and_reproductive_health_service_utilisation_of_adolescents_and_young_people_from_migrant_and_refugee_backgrounds_in_high-income_settings_A_qualitative_evidence_synthesis_QES
26. McBride B, Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM. Structural determinants of HIV/STI prevalence, HIV/STI/sexual and reproductive health access, and condom use among immigrant sex workers globally. *AIDS* [Internet] 2021 [citado el 16 de mayo de 2024];35(9):1461-1477. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8351786/>
27. Cabieses B, Obach A, Blukacz A, Vicuña JT, Carreño A, Stefoni C, et al. Vulnerabilidades y recursos de comunidades migrantes internacionales en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2: Construyendo estrategias diferenciadas desde la interculturalidad [Internet]. Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo; 2021 [citado el 16 de mayo de 2024]; p.206. Disponible en: <https://saludmigrantes.cl/wp-content/uploads/2021/05/Reporte-final-Vulnerabilidades-y-recursos-de-migrantes-en-pandemia-09abril.pdf>

28. Obach A, Hasen F, Cabieses B, D'Angelo C, Santander S. Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio [Knowledge, access and use of the health system by migrant adolescents in Chile: results of an exploratory study]. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2020 [citado el 16 de mayo de 2024];30;44:e175. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7778462/pdf/rpsp-44-e175.pdf>
29. Ortiz-Contreras J, Adrián C, Fernández C, Mella M, Villagrán M, Díaz M, et al. Childbirth experiences of immigrant women in Chile: Trading human rights and autonomy for dignity and good care. Midwifery. [Internet] 2021 [citado el 16 de mayo de 2024]; 101:103047. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613821001261?via%3Dihub>
30. Ortiz J, Díaz M, Araya B, Quiroz J, Carroza B, Pavez J, et al. Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristics among immigrant and native women in the Metropolitan Region in Chile. Midwifery. [Internet] 2019 [citado el 16 de mayo de 2024]; 75:72-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819300919?via%3Dihub>
31. Servicio Nacional de Migraciones. Minuta población migrante en la región de Tarapacá [Internet]. Serviomi migraciones.cl. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/estudios-migratorios/analisis-sermig/>
32. Instituto Nacional de Estadísticas. Estimación población extranjera en Chile 2021 [Internet]. Ine.gob.cl. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/demografia-y-migracion>
33. Ministerio de Salud de Chile. Decreto 67 - Modifica Decreto No 110 De 2004, Del Ministerio De Salud, Que Fija Circunstancias Y Mecanismos Para

- Acreditar A Las Personas Como Carentes De Recursos O Indigentes [Internet]. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2016 p.1. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1088253>
34. Ministerio de Salud. Salud del inmigrante [Internet] Minsal.cl. 2019 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>
35. Wu Z, Penning M, Schimmele C. Immigrant status and unmet health care needs. Can J Public Health. [Internet] 2005 [citado el 16 de mayo de 2024] 96(5):369-73. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6975792/pdf/41997_2005_Article_BF03404035.pdf
36. División de Atención Primaria. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. [Internet] 2012. [Citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
37. Rojas G. Diagnóstico y factibilidad global para la implementación de políticas globales de salud mental para inmigrantes de la zona norte de la Región Metropolitana. [Internet] 2008 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/BP03Estudio-de-Salud-Mental- Zona-Norte-2008.pdf>.
38. Guillen J. Habilidades del Trabajador(a) Social: Desde la mirada de su acción profesional. [Internet] 2021 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/280/28069360023/html/>
39. Vergara L. El rol de la sociedad civil en la gestión de vivienda y barrios vulnerables en Chile. Revista INVI. [Internet] 2020 [citado 15 de mayo de

- 2024] 35(100), 62-90. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-83582020000300062>)
40. Fondo nacional de salud. Estudio de migración en Fonasa: caracterización de la población migrante 2018, [Internet] 2018 [citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.fonasa.cl/sites>fonasa>adjuntos>
41. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017 [Internet] observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
42. Cabieses B, Libuy M, Dabanch J. Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas. Colegio Médico de Chile [Internet] 2019 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/10/documentos-migrantes_final_compressed.pdf
43. WHO Working Group. The principles of quality assurance. Qual Assur Health Care. [Internet] 1989 [citado 15 de mayo de 2024];1(2-3):79-95. doi: 10.1093/intqhc/1.2-3.79. PMID: 2490962
44. Superintendencia de salud. Estudio sobre Trato Digno en Usuarios del Sistema de Salud (nacionales y migrantes internacionales) [Internet] 2019 [citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/83090/1/Informe_Final_Trato_Digno_V2.pdf
45. Lin C, Albertson G, Schilling L, Cyran E, Anderson S, Ware L, et al. Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch Intern Med. [Internet] 2001 [citado el 15 de mayo de 2024];161(11):1437-42. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11952131_Is_Patients'_Perception_of_Time_Spent_With_the_Physician_a_Determinant_of_Ambulatory_Patient_Satisfaction

46. Poduje I, Vergara J, Mieres E, Iribarne C. Incidencia de Tomas Organizadas con Recursos y Logística [TORL] [Internet]. 2023. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.atisba.cl/wp-content/uploads/2023/03/Reporte-Atisba-Monitor-Campamentos.pdf>
47. Tijoux M. El Otro inmigrante “negro” y el Nosotros chileno. Un lazo cotidiano pleno de significaciones [Internet] [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://onteaiken.com.ar/ver/boletin17/art-tijoux.pdf>
48. Oyarte M, Cabieses B, Espinoza M, Valenzuela MT, Delgado I. Perception of discrimination against immigrants compared to Chilean-born and its relationship with access to services and health outcomes. Rev Saude Publica. [Internet] 2023 [citado el 16 de mayo de 2024] 6; 56:121. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/TqJSZrTKS9bR5NMWbGQVwzs/?lang=en>
49. World Health Organization. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 [Internet]. 2014 Paho.org. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>
50. Estay F, Valenzuela A, Cartes R. Atención en salud de personas LGBT+: Perspectivas desde la comunidad local penquista. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2020 [citado el 15 de mayo 2024]; 85(4): 351-357. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000400351&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000400351>.
51. Valenzuela A, Cartes R. Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 [citado el 15 de mayo 2024]; 84(1): 82-88. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100082&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000100082>
52. McCann E, Brown M. The inclusion of LGBT+ health issues within undergraduate healthcare education and professional training programmes:

- A systematic review. Nurse Educ Today. [Internet] 2018 [citado el 15 de mayo 2024]; 64:204-214. doi: 10.1016/j.nedt.2018.02.028. Epub 2018 Feb 26. PMID: 29510349.
53. MINSAL, Banco Mundial. Plan para pueblos indígenas. Proyecto de apoyo al sector salud. [Internet] 2017 [citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/04/PPI- Chile HESSP-7-de-abril-2017-MINSAL-OK.pdf>.
54. Ministerio Desarrollo Social (MDS), Ministerio de, Educación (MINEDUC), Ministerio de Salud (MINSAL), Junta Nacional de Auxilio y Becas (JUNAEB). Nota Técnica - Extensión Chile Crece Contigo. [Internet] 2017 [citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2017/06/OT-extension-CHCC.pdf>
55. Bedregal P, Torres A. Chile Crece Contigo. El desafío de crear políticas intersectoriales. [Internet] 2013 [citado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/282660814/Bedregal-y-Torres-Chile-Crece-Contigo-el-desafio-de-crear-politicas-publicas-intersectoriales-2013>

ANEXOS

Anexo 1. Cuadro Lógico.

Objetivo General	Objetivos Específicos	Categorías	Temas o Tópicos (Preguntas)
<p>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.</p>	<p>1. Conocer las experiencias de atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante.</p>	<p>1.1 Significancia que la población migrante entrega a su experiencia de atención en salud sexual y reproductiva</p>	<p>¿Ha recibido alguna atención de salud sexual o reproductiva en Chile? Me podría contar su experiencia por favor, ¿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?, 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?, ¿Percibió algún tipo de barrera en el acceso y/o durante la atención?, ¿Cómo se podría mejorar el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva en Chile?, ¿Cómo se podría mejorar la atención recibida por parte del personal de salud en la atención de la salud sexual y reproductiva?, ¿Cuál cree que es el elemento más positivo del sistema de salud chileno?, ¿Cuál cree usted que es la principal barrera para acceder o asistir a un centro de salud a pedir atención?, ¿Qué aspectos le gustaría que fueran diferentes?, ¿Qué sugiere al respecto?, ¿Cómo debería ser una atención en salud sexual y reproductiva para que usted la considere óptima o completa o positiva?</p>
	<p>2. 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.</p>	<p>2.1 Significancia que profesionales de APS atribuyen a las características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante.</p>	<p>¿Cuáles son las principales características de la población inmigrante que se atienden en APS?, ¿Cuáles serían las principales barreras de acceso a atención en salud sexual y reproductiva para esta población?, ¿Cómo se podrían mitigar estas barreras?, ¿Cuáles son las diferencias en la atención en salud sexual y reproductiva entre la población migrante y la población chilena?, ¿Considera usted que existen mayores brechas en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de población migrante LGTB+ o diversidades sexo-genéricas?, ¿Considera usted que la población migrante se siente acogida en sus derechos sexuales y reproductivos?, ¿Cree que el personal sanitario tiene las competencias para atender las necesidades en salud sexual y reproductiva de la población migrante? Si no es así ¿Qué tipo de capacitación requieren?, ¿Considera usted que ha tenido que adaptar su atención en salud sexual y reproductiva en atención a la cultura a la cual pertenecen las personas de distinta nacionalidad?,</p>

			¿Cuál cree que es el rol de las ONG de migrantes en su vínculo con el sistema de salud chileno?
	3. Identificar las características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil.	3.1 Significancia que los/las participantes de las organizaciones de la sociedad civil atribuyen a las características del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante.	¿Cuáles son las principales características de la población inmigrante vinculada con su ONG?, ¿Cuál es el conocimiento que tiene la población migrante vinculada con su ONG respecto al acceso a la atención en salud sexual y reproductiva en Chile?, ¿Cuáles serían las principales barreras de acceso a atención en salud sexual y reproductiva para esta población?, ¿Cómo se podrían mitigar estas barreras?, ¿Cuáles serían los principales factores que facilitan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva?, ¿Cuáles serían los principales factores que facilitan la relación con el personal que brinda atención en salud sexual y reproductiva?, ¿Considera usted que existen mayores brechas en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de población migrante LGTBQIA+?, ¿Considera que existen diferencias en la atención en salud sexual y reproductiva entre migrantes y chilenas?
	4. 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.	4.1 Identificar redes entre la población migrante y agentes de salud.	¿Hay algún mecanismo de articulación entre APS y población migrante para optimizar el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva?, ¿Cómo se articulan las ONG y la población migrante para optimizar el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva? ¿Cómo se articulan APS y las ONG para optimizar el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva?

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?

Profesionales de APS:

- 1) ¿Cuáles son las principales características de la población inmigrante que se atienden en APS?
- 2) ¿Cuáles serían las principales barreras de acceso a atención en salud sexual y reproductiva para esta población?
- 3) ¿Cómo se podrían mitigar estas barreras?
- 4) ¿Cuáles son las diferencias en la atención en salud sexual y reproductiva entre la población migrante y la población chilena?
- 5) ¿Considera usted que existen mayores brechas en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de población migrante LGTB+ o diversidades sexo-genéricas?
- 6) ¿Considera usted que la población migrante se siente acogida en sus derechos sexuales y reproductivos?
- 7) ¿Cree que el personal sanitario tiene las competencias para atender las necesidades en salud sexual y reproductiva de la población migrante? Si no es así ¿Qué tipo de capacitación requieren?
- 8) ¿Considera usted que ha tenido que adaptar su atención en salud sexual y reproductiva en atención a la cultura a la cual pertenecen las personas de distinta nacionalidad?

- 9) ¿Hay algún mecanismo de articulación entre APS y población migrante para optimizar el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva?
- 10) ¿Cuál cree que es el rol de las ONG de migrantes en su vínculo con el sistema de salud chileno?

Agentes Comunitarios de ONG:

- 1) ¿Cuáles son las principales características de la población inmigrante vinculada con su ONG?
- 2) ¿Cuál es el conocimiento que tiene la población migrante vinculada con su ONG respecto al acceso a la atención en salud sexual y reproductiva en Chile?
- 3) ¿Cuáles serían las principales barreras de acceso a atención en salud sexual y reproductiva para esta población?
- 4) ¿Cómo se podrían mitigar estas barreras?
 - Debiesen exponerse elementos como: facilitadores interculturales, redes de apoyo.
- 5) ¿Cuáles serían los principales factores que facilitan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva?
 - Podría relacionarse con las redes de apoyo.
- 6) ¿Cuáles serían los principales factores que facilitan la relación con el personal que brinda atención en salud sexual y reproductiva?
- 7) ¿Considera usted que existen mayores brechas en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de población migrante LGTBIQA+?
- 8) ¿Considera que existen diferencias en la atención en salud sexual y reproductiva entre migrantes y chilenas?
- 9) ¿Cómo se articulan las ONG y la población migrante para optimizar el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva?
- 10) ¿Cómo se articulan APS y las ONG para optimizar el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva?

Anexo 3. Formulario de consentimiento Informado.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE

Código:

Título: MIGRACIÓN Y ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CASO DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE DURANTE EL AÑO 2023.

Investigadora responsable: Matrona María Belén Reinoso Cataldo.

Vinculación con la Universidad de Concepción de Investigadora Responsable: Estudiante del programa de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Universidad de Concepción.

Co-investigadoras e institución con las que están vinculados(as):

- **Tutora académica:** Mercedes Carrasco Portiño, Profesora Titular. Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.
- **Co-investigadora:** Cecilia Bustos Ibarra. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción.
- **Co-investigadora:** Valeria Stuardo Ávila. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello / Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.

Centro Patrocinante: Programa de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva. Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Estimada/o:

Mediante el presente documento se invita a participar a usted en la investigación titulada “**MIGRACIÓN Y ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CASO DE LA PROVINCIA DE IQUIQUE DURANTE EL AÑO 2023.**” Esta información le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención y puede que existan algunas palabras que no entienda. Por favor,

siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle a la Investigadora Responsable cuando desee.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Describir el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante en la provincia de Iquique desde la perspectiva de las personas usuarias y los agentes de salud.

RAZÓN POR LA QUE SE INVITA A LA PERSONA PARTICIPAR.

Si accede a participar es porque cumple con los criterios de inclusión que son:

Personas migrantes	Profesionales de APS*	Agentes Comunitarios de las ONG**
Mujeres u hombres trans de 18 años o más.	Matrona o Matrón	Que participe en forma directa en la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante
De origen migrante.	2 años o más de experiencia en la atención primaria de salud	
De Bolivia, Perú O Colombia.		

*APS: Atención primaria de Salud; ** ONG: Organización no gubernamental.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO: Su participación en esta investigación es totalmente LIBRE Y VOLUNTARIA. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, su atención no se verá afectada en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo con perspectiva fenomenológica.

- a) **PROCEDIMIENTO:** ¿En qué consiste su participación?: Los antecedentes necesarios para investigar serán obtenidos mediante las respuestas que usted entregue en una entrevista en profundidad, la cual será grabada para posteriormente ser transcrita. Esta tendrá una duración máxima de 60 minutos y se abordarán los temas de interés orientados a los objetivos de la presente investigación. Esta entrevista será realizada de manera presencial en acuerdo de un lugar óptimo para el desarrollo de la entrevista, o remota según su disponibilidad. En modalidad remota según sea acordado se enviará link de plataforma de reunión por correo electrónico después de que nos proporcione la información de contacto. Es importante mencionar que todo el relato que usted aporte durante su intervención será anonimizada y resguardada por la Investigadora Responsable, quien hará custodia y resguardo estricto de esta información a la cual sólo ella podrá acceder. En caso de imposibilidad de hacerlo, lo realizará la Tutora académica antes mencionada. Con la entrevista realizada y la firma del consentimiento expreso y libre de formar parte del estudio, usted ingresa a la investigación.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACION: La presente investigación nos dará a conocer la percepción del acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de la población migrante en la provincia de Iquique durante el año 2023, desde la perspectiva de los agentes de salud y las personas usuarias. Las vivencias relatadas permitirán establecer estrategias e intervenciones que permitan mejorar el acceso a estas prestaciones con el objetivo de mejorarla calidad de la atención en esta área y disminuir barreras en el sistema que pudieran influir en el acceso y cobertura de salud. Este estudio no contiene riesgos, puede suponer un riesgo potencial en el caso de que algún relato manifestado durante la entrevista resulte sensible para algún participante. Cabe mencionar que no está obligado(a) a responder preguntas que no quiera y/o le generen incomodidad. Frente situaciones de riesgo y/o necesidad de abordaje profesional que logre percibir cada participante al responder la entrevista, tendrá a su disposición y siempre y cuando usted autorice, puede solicitar apoyo psicosocial de ser necesario, el cual será coordinado por la investigadora responsable. Además, dispondrá del contacto del equipo de investigación en caso de que los/las participantes requieran información adicional respecto al estudio. La investigadora responsable se hará cargo de enviar información sobre los resultados globales del estudio a los/las participantes que lo soliciten.

CONFIDENCIALIDAD: La información que recojamos se mantendrá CONFIDENCIAL y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto, se usará un código que identifique la información proporcionada por los sujetos de investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor. La investigadora responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio.

PUBLICACIÓN DE RESULTADOS: Al finalizar esta investigación, los resultados obtenidos serán difundidos en el informe que corresponde a mi tesis de grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, de la misma forma, el conocimiento que obtengamos puede ser difundido hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. Manteniendo la absoluta confidencialidad de sus participantes.

CONTACTO: Si tiene alguna duda comuníquese con la Investigadora responsable María Belén Reinoso Cataldo al correo electrónico mabelen.rc@gmail.com, o con la presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de la Universidad de Concepción Dra. Isabel Cottin Carrazana, al correo electrónico cecmedicina@udec.cl. También podrá comunicarse con el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. Dra. Andrea Rodríguez Tastets, correo electrónico secrevid@udec.cl.

Código: _____

**HOJA DE FIRMAS DOCUMENTO DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL ESTUDIO
TITULADO:**

**“MIGRACIÓN Y ACCESO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CASO DE
LA PROVINCIA DE IQUIQUE DURANTE EL AÑO 2023.”**

ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO DECLARO QUE:

- Mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción y considero que entiendo toda la información proporcionada acerca del estudio.
- Acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en este formulario de consentimiento informado.
- He decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna.
- Recibí una copia firmada y fechada de este documento.
- Sé que, al firmar este documento, no renuncio a ninguno de los derechos legales.

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre de participante

Firma

Yo, el que suscribe, investigador, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Declaro que procedí en completo acuerdo con los principios éticos descritos en las Directrices de GCP (Buenas Prácticas Clínicas) y otras leyes nacionales e internacionales vigentes. Se le proporcionará a la participante una copia de esta información.

Nombre de Investigador(a) responsable

Firma

Director/a centro de investigación o su delegado/ministro de Fé

Firma

Anexo 4. Documento de aprobación Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.



Universidad
de Concepción



Facultad de
Medicina

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^a 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 5. 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, secrevrid@udec.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 Magíster 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 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 **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 TASTETS
PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

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



Este documento ha sido firmado electrónicamente por
María Belén Reinoso Cataldo - reinosoc@udac.cl
Credencial por el Sigen. S.A. en sistema.sigen.cl el día 10/05/2023