



ESTUDIO DE ACCESO Y PERTINENCIA CULTURAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Departamento de Salud y Pueblos Indígenas
División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL
Centro de Salud Global Intercultural, ICIM,
Facultad de Medicina, UDD



INSTITUTO DE CIENCIAS E INNOVACIÓN EN MEDICINA
Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo



Equipo Investigación:

Alejandra Carreño,
Antropóloga PhD - Investigadora Principal
Baltica Cabieses, Epidemióloga PhD
Alexandra Obach, Antropóloga PhD
Alice Blukacz, Cientista Política, Ms.
Daniela Olivares, Estadística, Ms.
Marcela Oyarte, Estadística, Ms.
Katherine Meneses, Antropóloga, Ms ©
María Consuelo Robledo, Antropóloga, Bs
Andrea Ortega, Antropóloga, Bs

Estudio original desarrollado por el Centro de Salud Global Intercultural, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. LICITACION 757-103-LE22 de la DIPOL, Ministerio de Salud.

Las autoras agradecen todo el apoyo recibido de parte de Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC); MINSAL, a los referentes y equipos de salud del Servicio Salud Tarapacá, Servicio Salud Occidente, Servicio de Salud O'Higgins, a las referentes regionales del programa Chile Crece Contigo, a la I. Municipalidad de Rancagua y a la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días de Rancagua. Agradecemos a todos los/as participantes, por sus testimonios, sus esperanzas y el valor de emprender el viaje al cuidado de niños, niñas y adolescentes.

15 DE SEPTIEMBRE, 2023

INDICE

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	13
INTRODUCCIÓN	25
1. REVISIÓN NARRATIVA DE LITERATURA	34
RESULTADOS PARA CHILE	43
RESULTADOS A NIVEL GLOBAL	55
BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESO A SALUD DE NNA MIGRANTES	55
NECESIDADES DE SALUD	59
ACEPTABILIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN NNA MIGRANTES .	69
RECOMENDACIONES E INTERVENCIONES	79
CUADRO RESUMEN	84
REFERENCIAS DE LA REVISIÓN NARRATIVA	88
2. COMPONENTE CUANTITATIVO	109
2.1 Diseño: Plan de análisis de datos	110
2.2 Aspectos metodológicos	112
2.2.1 Fuentes de información	112
2.2.2 Definición de migrante internacional.....	117
2.2.3 Revisión documentaria disponible en el país.....	119
2.2.4 Software	120
RESULTADOS CUANTITATIVOS	121
2.3 Caracterización sociodemográfica	121

2.3.1	Reportes nacionales disponibles sobre población migrante en el país	121
2.3.2	CENSO 2017 y proyecciones 2018-2021	124
2.3.2.1	Características demográficas, población migrante internacional general	124
2.3.2.2	Características sociodemográficas, NNA migrante	133
2.3.3	Encuesta de Caracterización Sociodemográfica Nacional (CASEN) 155	
2.3.3.1	Características demográficas, población migrante internacional general	156
2.3.3.2	Niñez y adolescencia migrante según CASEN 2020 ...	161
2.4	Perfil epidemiológico	185
2.4.1	Egresos Hospitalarios	185
2.4.1.1	Egresos hospitalarios en población general	185
2.4.1.2	Egresos Hospitalarios Niños, niñas y adolescentes	205
2.4.2	REM: Resúmenes estadísticos mensuales	239
2.4.2.1	Serie P	239
2.4.2.1.1	Gestantes en control y con evaluación de riesgo psicosocial. 239	
2.4.2.1.2	Estado nutricional	242
2.4.2.1.3	Trabajo y Estudios en población en control adolescente. 256	
2.4.2.1.4	Población SENAME	261
2.4.2.1.5	Población según diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS). 263	
2.4.2.1.6	Áreas de Riesgo en población adolescente	265
2.4.2.1.7	Ámbitos gineco-urologico/sexualidad.	269
2.4.2.1.8	Lactancia Materna.....	272

2.4.2.1.9	Factores de riesgo biopsicosocial	276
2.4.2.1.10	Enfermedades transmisibles, exposición a enfermedades y tamizajes. 278	
2.4.2.1.11	Evaluación de desarrollo psicomotor	281
2.5	Conclusiones del componente cuantitativo	286
	BIBLIOGRAFÍA COMPONENTE CUANTITATIVO.....	289
3.	COMPONENTE CUALITATIVO	291
3.1.	Diseño.....	292
3.1.1.	Técnicas de investigación	292
3.1.2.	Proceso de reclutamiento	294
3.1.3.	Criterios de inclusión y exclusión.....	297
3.1.4.	Caracterización de la muestra.....	297
3.1.5.	Aspectos éticos	303
3.1.6.	Análisis	306
3.1.7.	Codificación	306
	RESULTADOS CUALITATIVOS PARA LA I REGIÓN DE TARAPACÁ.....	309
	Contexto y codificación.....	310
3.2.	RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 3 REGIÓN DE TARAPACÁ ...	315
3.2.1.	BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA I REGIÓN DE TARAPACÁ	316
	• <i>Información</i>	316
	• <i>Barreras discrecionales</i>	318
	• <i>Miedo</i>	320
	• <i>Cobros arbitrarios</i>	324
3.2.2.	FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA I REGIÓN DE TARAPACÁ.....	325
	• <i>Redes familiares y amigos</i>	325

• <i>Vínculos con ONG's, albergues y ayuda humanitaria</i>	326
• <i>Acciones Intersectoriales</i>	328
• <i>Equipos de salud como facilitadores</i>	331
3.2.3. BARRERAS DE ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA I REGIÓN DE TARAPACÁ	334
• <i>Barreras individuales</i>	334
• <i>Barreras socioeconómicas</i>	339
• <i>Movilidad como barrera</i>	341
• <i>Barreras estructurales: el funcionamiento del sistema</i>	344
3.2.4. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA I REGIÓN DE TARAPACÁ	349
• <i>Redes Intersectoriales</i>	349
• <i>Intervenciones comunitarias</i>	351
RESUMEN	355
3.3. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4 REGION DE TARAPACÁ ...	358
Contextualización	359
3.3.1. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DE LAS FAMILIAS DE I REGION IQUIQUE	361
• <i>Aceptabilidad y pertinencia cultural en servicios en general</i> 361	
• <i>Atención de embarazo, parto y puerperio</i>	364
• <i>Control de niño sano</i>	369
• <i>Nutrición y acceso a leche</i>	370
• <i>Vacunaciones</i>	372
• <i>Urgencias</i>	374
• <i>Salud de adolescentes</i>	375

• <i>Salud Mental</i>	377
• <i>Discapacidad</i>	378
3.3.2. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD I REGION IQUIQUE	381
• <i>Control de niño Sano</i>	381
• <i>Embarazo, parto y puerperio</i>	383
• <i>Nutrición</i>	386
• <i>Vacunación</i>	387
• <i>Salud Mental y Desarrollo cognitivo</i>	388
RESUMEN	392
RESULTADOS CUALITATIVOS PARA LA XIII REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO	394
Contexto y codificación.....	395
3.4. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 3 REGION METROPOLITANA	399
3.4.1. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA XIII REGIÓN METROPOLITANA.....	400
• <i>Información</i>	400
• <i>Tiempo como barrera de atención</i>	403
• <i>Malos tratos como barrera de atención</i>	406
3.4.2. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA XIII REGION METROPOLITANA.....	410
• <i>Trabajadores que promueven derechos de la infancia</i>	410
• <i>Intervenciones educativas con los cuidadores</i>	412
• <i>Intervención de personal de salud de origen extranjero</i>	413
• <i>Facilitadores Interculturales</i>	415

3.4.3. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA XIII REGIÓN METROPOLITANA	416
• <i>Barreras individuales</i>	416
• <i>Barreras sociales y económicas</i>	424
• <i>Barreras estructurales</i>	430
3.4.4. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE LA XIII REGIÓN METROPOLITANA	434
• <i>Acciones intramuro</i>	434
• <i>Facilitadores y Gestores Interculturales</i>	436
• <i>Acciones extramuro</i>	438
• <i>Personal de salud de origen extranjero</i>	440
RESUMEN	442
3.5. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4 REGION METROPOLITANA	445
3.5.1. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DE LAS FAMILIAS DE LA XIII REGION METROPOLITANA	446
• <i>Embarazo, parto y puerperio</i>	446
• <i>Control de niño sano</i>	448
• <i>Salud Dental</i>	449
• <i>Vacunaciones</i>	451
• <i>Nutrición y acceso a leche</i>	452
• <i>Lactancia Materna</i>	456
• <i>Salud Mental</i>	456
• <i>Salud de adolescentes</i>	458
3.5.2. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA XIII REGION METROPOLITANA	460

• <i>Control de niño Sano</i>	460
• <i>Embarazo, parto y puerperio</i>	461
• <i>Salud Dental</i>	464
• <i>Vacunaciones</i>	466
• <i>Salud Adolescente</i>	468
• <i>Chagas y TBC</i>	469
• <i>Nutrición y lactancia</i>	471
• <i>Lenguaje y otros trastornos del desarrollo</i>	474
• <i>Salud Mental y Violencia Intrafamiliar</i>	476
RESUMEN	480
RESULTADOS CUALITATIVOS PARA LA VI REGIÓN DE O’HIGGINS ...	481
Contexto y codificación.....	482
3.6. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 3 REGIÓN DE O’HIGGINS ...	486
3.6.1. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA XIII REGIÓN METROPOLITANA.....	487
• <i>Información. barreras discrecionales y cobros indebidos</i> ...	487
• <i>Coordinación entre Redes Asistenciales</i>	489
• <i>Pertinencia cultural de la atención administrativa</i>	491
3.6.2. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA VI REGION DE O’HIGGINS	494
• <i>Facilitadores asociados a la dimensión del territorio</i>	494
• <i>Coordinación con ONGs y otras instituciones de ayuda humanitaria</i>	495
• <i>Apoyo de oficinas municipales</i>	496
• <i>Redes informales y vínculos con la comunidad</i>	497
• <i>Coordinación entre niveles asistenciales</i>	499

3.6.3. BARRERAS DE ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA VI REGIÓN DE O’HIGGINS	500
• <i>Barreras individuales</i>	500
• <i>Barreras socioeconómicas</i>	503
• <i>Barreras del sistema</i>	505
3.6.4. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA VI REGION DE O’HIGGINS....	510
• <i>Coordinación con las redes asistenciales</i>	510
• <i>Uso de redes sociales y liderazgo migrante</i>	511
• <i>Facilitadores interculturales y organizaciones migrantes</i> ..	512
• <i>Coordinación con oficinas municipales y acciones comunitarias</i>	514
• <i>Capacitaciones</i>	515
RESUMEN	517
BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN, REGIÓN DE O’HIGGINS.....	517
3.7. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4 REGIÓN DE O’HIGGINS ...	519
3.7.1. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DE LAS FAMILIAS DE LA VI REGION DE O’HIGGINS.....	520
• <i>Control de Niño Sano</i>	520
• <i>Embarazo, parto y puerperio</i>	522
• <i>Nutrición</i>	525
• <i>Salud Dental</i>	529
• <i>Estimulación temprana</i>	530
• <i>Salud Mental</i>	531
• <i>Urgencias</i>	534

• <i>Salud Adolescente</i>	536
3.7.2. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA VI REGION DE O'HIGGINS	539
• <i>Control de niño sano</i>	539
• <i>Vacunaciones</i>	541
• <i>Lenguaje y desarrollo psicomotor</i>	542
• <i>Nutrición</i>	544
• <i>Salud Dental</i>	546
• <i>Salud Sexual y Reproductiva</i>	547
• <i>Salud Mental</i>	549
RESUMEN	551
RESULTADOS CUALITATIVOS INFORMANTES CLAVE	552
3.8. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 3: INFORMANTES CLAVE ...	553
3.8.1. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS INFORMANTES CLAVE	554
• <i>Barreras individuales</i>	554
• <i>Barreras socioeconómicas</i>	563
• <i>Movilidad y contactabilidad:</i>	565
• <i>Barreras estructurales: funcionamiento del sistema</i>	566
3.8.2. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS INFORMANTES CLAVE	574
• <i>Redes intersectoriales:</i>	574
• <i>Buenas prácticas</i>	576
RESUMEN	580
3.9. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4 INFORMANTES CLAVE	583
3.9.1. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DE LOS INFORMANTES CLAVE ..	584

• <i>Control del niño sano</i>	584
• <i>Enfermedades precedentes:</i>	585
• <i>Embarazo, parto y puerperio:</i>	586
• <i>Nutrición</i>	588
• <i>Vacunación</i>	591
• <i>Salud Mental y Desarrollo cognitivo</i>	592
• <i>Salud Dental</i>	594
• <i>Programa salud adolescente</i>	595
RESUMEN	603
4. COMPONENTE DE INTEGRACIÓN Y TRASLACIONAL	605
4.1. Resultados para el objetivo 5	606
4.1.1. Integración de resultados.....	607
..... RECOMENDACIONES GENERALES	
.....	622
Recomendaciones Regionales.....	634
5. BIBLIOGRAFIA GENERAL	638

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción

La migración es un reconocido determinante social de la salud debido a que tiene un impacto sobre la salud física y mental de la persona que migra, en todas las etapas del ciclo migratorio, desde la fase pre-migratoria hasta la fase de asentamiento (Castañeda et al., 2015). Si bien todos los niños, niñas y adolescentes (NNA) tienen el derecho de acceder a servicios de salud y al disfrute del más alto nivel posible de salud que les permita vivir dignamente, aquellos que migran en condiciones peligrosas y se enfrentan a condiciones de vida adversas necesitan atención específica por parte de los sistemas de salud y otras estructuras sociales para abordar su protección, bienestar y salud en todas las fases de su ciclo migratorio y vital (Mendoza, 2009). Las y los NNA migrantes se enfrentan a desafíos diferentes en comparación con la población local, porque afrontan dificultades vinculadas a la falta de acceso a atención de salud y otros servicios básicos, todos estos conocidos factores de riesgo para su salud (UNICEF, 2016).

Basados en la necesidad de conocer las condiciones de vida y salud de niños, niñas y adolescentes migrantes presentes en Chile, se presentan los resultados del estudio “ESTUDIO DE ACCESO Y PERTINENCIA CULTURAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA” ejecutado por Departamento de Salud y Pueblos Indígenas (DIVAP, MINSAL) y el Centro de Salud Global Intercultural de la Universidad del Desarrollo.

Objetivo General:

Identificar barreras y facilitadores del acceso y pertinencia cultural en la atención de salud de niñas y niños en contexto de migración en atención primaria, que emergen desde sus familias y desde los equipos de salud, en el marco del control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O'Higgins

Objetivos Específicos

A.	Caracterizar epidemiológica y socio demográficamente la situación actual de salud biopsicosocial de la infancia migrante en Chile, de acuerdo a encuestas poblacionales y registros estadísticos de salud (CASEN, ELPI, REM, ENSI, ENS y otros).
B.	Identificar barreras y facilitadores que determinan acceso y pertinencia cultural en la atención de salud la infancia migrante reportados por la literatura nacional e internacional .
C.	Describir barreras y facilitadores del acceso y atención de salud con pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración , especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, de los profesionales, funcionarios y de los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O'Higgins .
D.	Problematizar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, profesionales, funcionarios y en los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O'Higgins
E.	Integrar los resultados cuantitativos y cualitativos y generar recomendaciones para el acceso y atención y pertinencia cultural en la atención de salud de niñas y niños en contextos de migración, en las siguientes dimensiones: accesibilidad y aceptabilidad, que deban incorporarse a las orientaciones programáticas del Ministerio de Salud

Metodología

Se realizó un estudio mixto en cuanto se pretendió conocer la evidencia disponible a nivel de barreras y facilitadores de acceso a salud para niñez y adolescencia migrante, caracterizar social y epidemiológicamente a la población infantil en contexto migratorio y a la vez abordar aspectos de acceso y pertinencia cultural circunscritos al ámbito actitudinal y de las subjetividades desplegadas en el cuidado del proceso

salud/enfermedad/atención. Es por ello que se organizaron tres componentes del estudio:

Revisión de Literatura: Revisión narrativa de literatura, se realizaron búsqueda en bases de datos de revistas científicas y literatura gris. Se identificaron **298 artículos** publicados en temáticas de barreras y facilitadores de acceso a salud de NNA migrante, necesidades de salud, aceptabilidad, pertinencia cultural y buenas prácticas de atención. Se describieron principales hallazgos y recomendaciones presentes en la literatura nacional e internacional

Componente Cuantitativo: Se analizaron encuestas poblacionales y bases de datos de registros epidemiológico puestas a disposición por el DEIS, Ministerio de Salud. Se analizaron los resultados de CENSO 2017 y sus proyecciones 2018-2021; CASEN 2020; Egresos Hospitalarios de los años 2019, 2020, 2021 y Registros Estadísticos Mensajes 2019, 2020, 2021. Se realizó análisis descriptivo de las bases de dato con foco en la situación de niños, niñas y adolescentes migrantes. Se desagregó la información y comparó, cuando fue posible, por condición NNA migrante v/s NNA local, privilegiando datos sociodemográficos y epidemiológicos.

Componente Cualitativo: Se realizó trabajo de campo en las regiones de Tarapacá, O'Higgins y Metropolitana. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y en profundidad a N=42 participantes, entre los que se encuentran: a) cuidadores, padres, madres o tutores de NNA migrantes (total N=24, 8 por región); b) equipos de salud: trabajadores de atención primaria que se encuentran en atención directa de NNA migrantes, privilegiando encargados de programas como control de niño sano, nutrición, vacunas, Programa salud Adolescente, etc (total N=12, 4 por región) e informantes clave, profesionales responsables de programas de protección infantil, encargados municipales y otros actores con experiencia en la gestión de temas referidos a niñez y migración (total N=6, 2 por región). . Se utilizó el software Atlasti para apoyar la codificación y análisis de la información y una vez recopilada fue clasificada por temas y especificidades por región.

Ética

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad del Desarrollo (5 Enero 2023). Se trabajó exclusivamente con adultos, de modo que se realizaron consentimientos informados se aseguró que los/as participantes recibieran toda la información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, velando por la comprensión de la misma, y que su participación en el estudio fuera absolutamente voluntaria y confidencial. El estudio no contó con la participación directa de NNA, como establecido en TDR, lo que constituye un límite metodológico. Se recomienda que futuras investigaciones incluyan el punto de vista de NNA y no solo de sus cuidadores adultos.

Resultados

Revisión de literatura
• Una proporción importante de NNA migrantes en Chile y en el mundo se enfrenta a procesos de discriminación, racialización, violencia, vulnerabilidad social, condiciones de vida precarias, vulneración de derechos y limitaciones al ejercicio de su derecho a disponer de un nivel de vida digno y lograr un desarrollo integral. • Entre las barreras se encuentran las barreras administrativas o burocráticas, las barreras ligadas a la falta de información o falta de cumplimiento por discriminación, las barreras vinculadas con limitaciones estructurales asociadas a disponibilidad y barreras lingüísticas. • Constituyen barreras también la falta de información acerca de los derechos en salud, lo cual puede a su vez generar temor a verse negada la atención, y desconfianza de los servicios de salud acerca del riesgo de denuncia y deportación en migrantes en situación irregular. • Barreras asociadas a conceptos culturales del proceso de salud y enfermedad, donde no necesariamente se percibe la necesidad de atención a menos de presentar síntomas graves. • Entre los facilitadores, destacan los bajos costos, el la presencia de facilitadores interculturales y la posibilidad de recibir atención extra-muros (colegios, casas de acogida). • Entre los facilitadores, destaca el rol de la comunidad en transmitir información, toda vez que ésta sea actualizada, y el rol de personas de confianza para abogar por la familia como son facilitadores y líderes migrantes. • Se considera que facilitan la aceptabilidad de la atención de salud general el trato respetuoso, sin juicio, el evitar patologizar creencias, expresar interés en entender contexto de vida y adaptar recomendaciones en base a eso, evitar asimetrías de poder/tratar como pares, el promover y practicar el diálogo intercultural, conocer los abordajes no biomédicos

de enfermedades comunes y, a nivel de sistema, el trabajo intersectorial basado en la confianza.

- Por último, emergieron hallazgos relativos a necesidades de salud e inequidades que afectan negativamente a la población de NNA migrante:

- *Salud mental*: no existe evidencia consistente respecto a mayor prevalencia de trastornos de salud mental en NNA migrantes. Se reconocen como condiciones de riesgo las condiciones de viaje, aculturación, estatus migratorio, precariedad financiera, idioma, presión escolar, percepción de tener pocas perspectivas, salud mental de los padres y cuidadores y estrés derivado de relaciones con pares. Son factores protectores las políticas de protección de NNA en situación irregular, el conocer y entender el proyecto migratorio, la presencia de redes de apoyo, las buenas relaciones con pares, el apoyo suficiente en el colegio, el apoyo familiar, el reconocimiento de su capacidad de agencia, y las conexiones con la cultura de origen representan factores protectores.
- *Salud dental*: poca evidencia a nivel nacional, la evidencia internacional indica mayor prevalencia de problemas de salud dental en NNA migrantes que en sus pares locales, incluyendo peor calidad de vida relacionada con la salud dental y mayor nivel de severidad de caries.
- *Salud sexual y reproductiva* en adolescentes migrantes ha sido particularmente estudiada en América Latina y el Caribe, donde se señalan preocupaciones acerca del embarazo adolescente, experiencias de violencia sexual y violencia obstétrica, y la necesidad de brindar educación sexual integral.
- *Salud perinatal*: la evidencia señala, entre madres migrantes, mayor riesgo biopsicosocial, problemas de salud crónica y enfermedades infecciosas, además de ingreso tardío a controles prenatales.
- *Desarrollo psicomotor*: la evidencia es escasa e inconcluyente, aunque sí existe acuerdo sobre la necesidad de adaptar escalas a contextos interculturales. Respecto de los trastornos neurológicos, la evidencia global ha discutido la asociación entre migración y el surgimiento de trastornos del espectro autista en segundas generaciones.
- *Nutrición y las enfermedades crónicas*: el proceso migratorio conlleva riesgos de inseguridad alimentaria, pero también cambios importantes en los hábitos alimenticios como consecuencia de proceso de integración y asimilación, lo cual podría explicar la prevalencia de presión sanguínea alta e índice de masa corporal alto incluyendo obesidad en ciertos grupos, y los riesgos de desarrollar hipertensión y dislipidemia. El tema ha sido poco estudiado en Chile.
- Se señala que NNA migrantes sin seguro de salud llegan a *servicios de urgencias* con necesidades asociadas a un bajo uso de servicios de prevención y promoción, incluyendo lesiones graves y traumatismos.

Componente cuantitativo

- Los resultados son concluyentes en ciertos aspectos y muestran por una parte, la creciente presencia de población migrante en el tramo 0-19 años a lo largo de todo el país con concentración en diversas regiones y por otra, las condiciones de vida en que se encuentran insertos y que pueden afectar sus resultados en salud.
 - Se registra presencia de NNA en una proporción mayor al 15% en todas las regiones analizadas, llegando a representar el 18,84% de la población migrante en la región de Tarapacá. La región metropolitana también presenta una alta presencia de hogares con niños entre 0 y 15 años y la región de O'Higgins si bien tiene índices menores, éstos tienen la particularidad de estar marcados por mayor índice de masculinidad.
 - Las nacionalidades de los NNA migrantes son principalmente de origen latinoamericano, liderando la presencia de colectivos venezolanos en varias regiones, aunque también destaca la presencia de NNA bolivianos en Tarapacá, peruanos en Región Metropolitana y haitianos en O'Higgins.
 - En tramos etarios la población migrante menor de 19 años se concentra en el tramo 10-19 en todas las regiones, sin embargo esta distribución puede estar marcada por los efectos del ius solis que otorga nacionalidad chilena a todos los niños nacidos en el territorio, afectando especialmente el tramo lactantes.
 - La concentración de la población de NNA en el tramo adolescente requiere de atención en tanto los datos epidemiológicos y sociodemográficos alertan sobre las particulares condiciones de vulnerabilidad al que estarían siendo expuestos adolescentes en este tramo.
 - La niñez y adolescencia migrante se concentra en zonas urbanas, especialmente en regiones como la Región Metropolitana. O'Higgins y Tarapacá, en cambio, si bien también concentran su población migrante en centros urbanos, presentan la particularidad de tener porcentajes más altos que la media nacional asentados en zonas rurales.
 - Colectivos como el boliviano y haitiano, trabajadores temporeros del sector agrícola, se asientan en zonas rurales haciendo necesario poner atención a las necesidades de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en dichos territorios.
 - Respecto a la pertenencia a pueblos originarios, en general el porcentaje de NNA migrantes que se adscribe a alguna identidad étnica indígena es menor que el porcentaje nacional. Sin embargo, es de particular interés evidenciar el hecho que en la región de Tarapacá el porcentaje de niños migrantes que se consideran pertenecientes a pueblos originarios es mayor que la media nacional y alcanza un 25,9%, mientras que en O'Higgins llega a un 6,1%.
 - Datos de escolaridad reflejan las desigualdades que afectan negativamente a la niñez y adolescencia migrante, quienes presentan mayores tasas de inasistencia y deserción escolar, así como mayor proporción de adolescentes trabajando en distintas formas, incluida la del trabajo doméstico no remunerado.

- En términos de previsión las brechas de afiliación a salud son persistentes y se observan en todas las bases de datos analizadas. Por una parte, en todas las regiones existe un porcentaje significativamente más alto de NNA migrante sin previsión comparado con locales en la misma situación. En Tarapacá y O'Higgins el porcentaje de NNA Migrante sin previsión sextuplica al de NNA locales generando brechas de acceso preocupantes y urgentes de resolver.
- Se observa a nivel país que en todas las regiones la proporción de NNA migrantes en condición de pobreza monetaria (extrema o no extrema) es más alta que la de NNA locales. En los casos de las regiones implicadas en el estudio es preocupante la situación de la Región de Tarapacá donde casi el 20% de los hogares que incluyen NNA migrantes se encuentra en pobreza extrema.
- En hacinamiento, se observa también una mayor proporción de familias que incluyen NNA migrantes en condiciones de hacinamiento v/s la población chilena que se encuentra en dicha condición. En todas las regiones estudiadas los NNA migrantes que viven en hacinamiento superan al 30%, llegando a representar un 48% en el caso de la Región de Tarapacá.
- En términos epidemiológicos se observa que la principal causa de Egresos Hospitalarios es por embarazo, parto y puerperio en población migrante en general, pero también para población migrante menor de 19 años. Esto significa que existe un problema relevante asociado al embarazo adolescente, que presenta tasas preocupantes en Regiones como Tarapacá donde el año 2020 los egresos por esta causa alcanzaron el 39%.
- Se confirman las brechas de previsión de salud, demostrando consistentemente desigualdades de previsión entre NNA migrantes y NNA locales en egresos como por ejemplo aquellos causados por envenenamientos, traumatismos y causas externas, que constituyen la segunda causa de egreso en NNA migrantes.
- Otras causas relevantes para la población migrante son las enfermedades del aparato digestivo y respiratorio.
- El análisis REM confirma la situación de embarazos adolescentes en población migrante, relevando situaciones de riesgo psicosocial en todas las regiones indagadas, así como diagnóstico de trabajo adolescente en jóvenes de origen extranjero.
- En términos nutricionales también emergen hallazgos importantes en torno a la presencia de desnutrición y riesgo de desnutrición en niñez y adolescencia migrante, cuyos porcentajes son más altos que los que presentan niños y adolescentes locales en dicha condición.
- También se destaca que si bien la población migrante está más presente que la población nacional en el rango nutricional "normal", a los datos sobre desnutrición se suman datos sobre aparición de sobrepeso y obesidad también en población migrante.
- En torno a salud sexual y enfermedades transmisibles los resultados no son concluyentes y requieren de mayor profundización.
- El desarrollo psicomotor si bien no arroja resultados consistentes para todas las regiones, sí alerta sobre la necesidad de observar posibles sesgos en la aplicación de

pautas que tienden a registrar mayores niveles de riesgo de rezago en población migrante.

Componente cualitativo

Los hallazgos refieren a barreras y facilitadores de acceso a salud, así como a dimensiones de aceptabilidad y pertinencia cultural en programas de atención primaria dirigidos a NNA migrantes.

En cuanto a las barreras:

- Falta de conocimiento y comprensión del funcionamiento del sistema de salud por parte de la población migrante, así como falta de aceptabilidad del enfoque preventivo en salud propio de la atención primaria. De parte de los equipos de salud y administrativos se reporta desconocimiento sobre el derecho a acceso a salud de NNA y el ejercicio de cobros discrecionales, solicitud de autodenuncia y otras barreras administrativas.
- El miedo constituye una importante barrera para acceder a salud, junto a situaciones de desconfianza que se ven incrementadas por ambiente xenófobo y episodios públicos de racismo.
- Como parte de las dificultades de aceptabilidad y efecto de las brechas de afiliación se registra uso de urgencias y del sistema hospitalario como referencia de atención de salud, en el que ocasiones reciben informaciones erradas respecto al derecho a atención de NNA.
- Barreras burocráticas del sistema se registran como parte de las dificultades en la afiliación, obtención de NIP y la poca disponibilidad de documentos con que cuentan las familias migrantes.
- Se registran maltratos como factor de disuasión del uso de servicios y confirmación de “no derecho”, hay relatos de uso de amenazas y miedo a perder la custodia de los hijos como parte de las estrategias comunicacionales que se dan en el espacio sanitario.
- La movilidad y contactabilidad de la población migrante es un problema reportado por equipos de salud que deben realizar esfuerzos importantes para contactar a población altamente móvil.
- Se reportan barreras específicas para colectivos como la población boliviana, en especial aquella asentada en zonas rurales y/o implicada en trabajos estacionales.
- Se reconoce el déficit de infraestructura y recursos humanos, así como el retroceso en iniciativas comunitarias realizadas antes de la pandemia.
- La falta de tiempo y las múltiples citas que requiere el sistema asistencial dificultan el acceso de familias que deben priorizar obligaciones laborales para superar condiciones de vida precarias.
- Determinantes sociales de la salud como vivienda, acceso a alimentación saludable, agua potable, espacios de recreación y educación son reconocidas como determinantes que afectan negativamente a la niñez y adolescencia migrante.

En cuanto a los facilitadores:

- Se reconoce el rol que cumplen redes familiares, de amigos y comunidad migrante en general en la difusión de información y orientación en el sistema.
- Se observan estrategias de preparación de las reunificaciones familiares que pueden ser fortalecidas a través de un trabajo intersectorial
- Se destaca el rol que cumplen albergues, organizaciones no gubernamentales, organizaciones internacionales y de ayuda humanitaria en proveer de servicios de salud y de orientación sobre el funcionamiento del sistema.
- Se reconoce la efectividad de acciones intersectoriales principalmente articuladas con el sector educación para el caso de NNA migrantes. Se recomienda fortalecer acciones extramuro.
- Se destaca el impacto positivo en temas de afiliación y orientación en el sistema de salud que tienen operativos comunitarios tales como visitas a campamentos, organización con juntas vecinales, jornadas informativas en escuelas, ferias, etc. no solo en la reducción de brechas de afiliación sino también en la sensibilización del personal administrativo y de salud sobre la situación de NNA migrantes.
- Se destaca la regularidad migratoria como factor protector de niños y adolescentes.
- Se reconoce la efectividad de un trabajo coordinado entre PESPI y programa migrante, especialmente en regiones donde la condición migratoria y migrante se sobreponen.
- Se valoran positivamente la coordinación interna de las redes. Coordinación entre sector hospitalario con APS, así como con oficinas municipales y entidades privadas como Teletón, hospitales pediátricos, etc. fortalecen la capacidad de respuesta del sistema.
- Se valorizan positivamente los alcances del uso de redes sociales, whatsapp, sitios Instagram, Facebook, transmisiones en vivo, etc. tanto para la mejor resolutiveidad del sistema de toma de horas y asignación de prestaciones como de generación de acciones de prevención y promoción en salud.
- Se valora positivamente el trabajo de facilitadores interculturales no solo por su capacidad de resolver problemas de comunicación con población no hispanohablante, sino por su coordinación con la comunidad migrante y la capacidad de generar y apoyar acciones interculturales en todos los programas.
- Se valora positivamente el trabajo de iniciativas como OPS duplas socio-sanitarias y el fortalecimiento del personal psicosocial para el abordaje de situaciones complejas que suelen quedar exclusivamente en manos de trabajadores sociales.

En cuanto a la aceptabilidad y pertinencia cultural de programas de salud para niños, niñas y adolescentes:

- *Modelo de Atención primaria:* Sistema de urgencias y hospitales como referencia de atención, tanto por falta de afiliación, conocimiento del sistema de salud como aceptabilidad del modelo de atención primaria. En general se observa un enfoque “hospitalo-céntrico” con dificultades de incorporación del paradigma de promoción y prevención que se considera contradictorio en tanto en general, en salud de NNA hay multiplicidad de citas y controles que se concentran en atención individual en el consultorio.
- *Embarazo, parto y puerperio:* Temor de acercarse a los servicios de salud y falta de información sobre derecho de acceso a salud de mujeres gestante (incluida Ley IVE). Hay una percepción de exceso de controles de gestación e incompatibilidad con obligaciones laborales y de cuidado de otros hijos entre mujeres gestantes. Se reconoce falta de disponibilidad de recurso humano e ingresos prenatales tardíos. Persiste entre los equipos de salud la percepción del uso del embarazo como mecanismo de regularización migratoria. Entre mujeres gestantes la percepción de la atención en EPP es, en general, positiva.
- *Control de niño sano:* Programa con alta aceptabilidad y adherencia en los primeros años, la adherencia se pierde progresivamente a partir de los cuatro años. Hay dificultades de pertinencia cultural en tanto programa impartido por personal de diversas disciplinas de la salud y no especialistas en pediatría. Se valoriza el agendamiento de atenciones inmediatamente después del primer contacto y su coordinación con otras prestaciones como vacunación, retiro de leche, etc. Persisten falta de aceptabilidad en el enfoque de promoción y prevención, se realiza búsqueda de atención cuando los niños están enfermos.
- *Salud de Adolescente:* Se registra poco conocimiento del programa y dificultades de aceptabilidad por pertinencia cultural respecto al proceso de adolescencia. Valoración positiva de apoyo a parentalidad y orientación en salud mental para adolescentes de parte de cuidadores que han asistido al programa. Preocupación por situación de adolescentes no acompañados y gestaciones adolescentes que se han visto incrementadas en los últimos años.
- *Salud dental:* Valoración positiva pero poco conocimiento del programa, con algunos problemas de aceptabilidad en tanto persiste la idea que no sea parte de la salud, ni necesaria para menores de edad. Las personas que han accedido a tratamientos lo han hecho en su mayor parte en sector privado.
- *Salud sexual y reproductiva:* poca información sobre acceso a anticoncepción en adolescentes migrantes. Se pesquisa valoración positiva de los servicios de salud sexual a través de testeos PAP y acompañamiento al aborto. Sin embargo, persisten problemas de aceptabilidad y pertinencia cultural en temas como anticoncepción, testeo y tratamiento de VIH, especialmente en comunidad haitiana.
- *Nutrición y las enfermedades crónicas:* Seguridad alimentaria como impulsor de las migraciones. Preocupación por surgimiento de casos de desnutrición por déficit y situaciones de falta de acceso a alimentación en JUNAEB. Falta de pertinencia cultural y aceptabilidad en las pautas nutricionales de lo que se considera saludable, en torno a preparaciones, horarios y cantidades. Contradicciones culturales en torno a la introducción temprana de alimentos. Población más vulnerable valora positivamente

el acceso a leche, mientras que familias de más larga instalación en el país no utilizan el beneficio.

- *Desarrollo psicomotor*: Existe preocupación en familias y equipos de salud por trastornos del lenguaje eventualmente vinculados a la experiencia migratoria. Se concuerda sobre la falta de pertinencia cultural pautas de medición desarrollo y la necesidad de incorporar determinantes sociales como el acceso a espacios de recreación y la organización de los cuidados. Persisten estereotipos sobre maternidades específicas y conflictos culturales en torno a noción de apego.
- *Salud Mental*: Programa poco conocido en APS, con escasas derivaciones y uso por parte de NNA migrantes. Preocupación por salud mental de cuidadoras, condiciones de soledad y precariedad laboral en el ejercicio de la parentalidad. Se registra poca aceptabilidad del programa, presencia de VIF no reconocida y poco denunciada.

Recomendaciones

La información recopilada se traduce en recomendaciones generales y transversales para las tres regiones estudiadas, con algunas especificadas acorde a las realidades regionales. 1) En primer lugar se recomienda realizar acciones urgentes para disminuir las brechas de afiliación en poblaciones específicas, particularmente en NNA migrantes que no cuenten con su condición migratoria al día. Acciones orientadas a difundir información en espacios como tomas, campamentos, albergues, asentamientos estacionales en zonas agrícolas, etc. son prioritarios para eliminar esta barrera. 2) Es necesario remover las barreras discrecionales y administrativas de acceso y uso de los servicios de salud a través de una constante capacitación del personal de salud y del personal administrativo, incluyendo guardias, SOME, etc. También se recomiendan medidas de fiscalización. 3) Fortalecimiento del rol de facilitadores interculturales para la remoción de barreras idiomáticas y la promoción de la comunicación en salud, garantizando el acceso a información clara y veraz. En regiones como Tarapacá y O'Higgins se recomienda coordinar acciones entre programa migrante y programa PESPI dada la presencia de NNA migrantes que adscriben a pueblos indígenas. 4) Mejorar la resolutiveidad de la red a través de iniciativas comunitarias y acciones extra-muros que fortalecen el enfoque de atención primaria, la prevención y promoción y descomprimen la demanda asistencial en el espacio sanitario. 5) Fortalecer el enfoque de trato digno y de salud de NNA como derecho humano, eliminando y fiscalizando toda forma de maltrato y/o uso de las amenazas como estrategia de relación con la comunidad migrante. 6) Fortalecer los instrumentos de apoyo a la parentalidad migrante, a través de la incorporación del enfoque intercultural en los programas

del sistema Chile Crece Contigo que se encargan del tema y la realización de actividades en horarios y espacios pertinentes con los compromisos laborales y familiares de los cuidadores de NNA. 7) Promover la circulación de información sobre derecho a salud de NNA y funcionamiento de las prestaciones de APS en la comunidad migrante a través de intervenciones previamente probadas en las distintas regiones (Red de líderes migrantes, mesas intersectoriales, mesas regionales, coordinación con JUNAEB, JUNJI, Integra, embajadas, consulados etc.). 8) Considerar variables como tiempo y gastos de bolsillo asociados a la atención de salud para gestionar la realización de prestaciones que eviten la multiplicación de desplazamientos. Promover la extensión horaria de los centros de salud. 9) Priorizar el acceso a prestaciones de salud para NNA migrantes en grupos especialmente sujetos a experimentar vulnerabilidad social, identificados por región y territorio específico. 10) Visibilizar la situación de niños, niñas y adolescentes migrantes pertenecientes a pueblos originarios, particularmente presentes en Región de Tarapacá y O'Higgins, 11) Contextualizar las condiciones de salud de NNA migrantes en el enfoque de los determinantes sociales de la salud, relevando riesgos psicosociales y fomentando factores protectores presentes en comunidad educativa, familiar y barrial. 12) Incorporar interculturalidad en todos los programas dedicados a la atención de niños, niñas y adolescentes priorizando aquellos más urgentes y que presentan menores niveles de aceptabilidad y pertinencia cultural: salud e

INTRODUCCIÓN

El siguiente documento tiene por objetivo dar cuenta de los resultados de la licitación “ESTUDIO DE ACCESO Y PERTINENCIA CULTURAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE NIÑAS Y NIÑOS EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA” Número 757-103-LE22, encargada por el Ministerio de Salud y adjudicada por el equipo de investigadoras del Centro de Salud Global Intercultural, de la Universidad del Desarrollo en Noviembre, 2022. De común acuerdo con la contraparte ministerial, el estudio incluyó temáticas de salud de niños de 0 a 9 años, así como adolescentes entre 10 a 19 años, por lo que se transitó hacia el título “ESTUDIO DE ACCESO Y PERTINENCIA CULTURAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (NNA) EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA”.

Estudiar la situación de acceso y pertinencia cultural en la atención de salud de NNA resulta relevante debido a que, como estipula actualmente UNICEF se calcula que en el mundo hay 37 millones de NNA migrantes, de los cuales casi 4 millones son migrantes en América Latina y el Caribe (UNICEF, 2022). Antes de adentrarnos en la situación de NNA migrantes es preciso recordar que, en términos conceptuales, no existe consenso respecto a la definición de migración internacional y que, de consecuencia, la infancia migrante es también una categoría que tiende a ser invisibilizada en la literatura global. Para la OIM, por ejemplo, una persona migrante internacional es definida, de manera general y no jurídica, como: “cualquier persona que se encuentre fuera de un Estado del que sea ciudadano o nacional o, en el caso de los apátridas, de su país de nacimiento o residencia habitual” (OIM, 2019). El término incluye a los migrantes que tienen la intención de trasladarse de forma permanente o temporal, a los que se trasladan de forma regular o con la documentación requerida, y a aquellos que se encuentran en situación irregular. Para efectos estadísticos, en cambio, el Departamento de Asuntos

Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES) define “migrante internacional” como “toda persona que cambia de país de residencia habitual” (Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales, Revisión 1 [1999], párr. 32). Esta definición excluye los movimientos “con fines de ocio, vacaciones, visitas a amigos y familiares, negocios, tratamiento médico o peregrinación religiosa” (OIM 2019). Por su parte, algunos autores situados desde la geografía (Kauffman, V., 2006) han abordado la temática proponiendo incluir las migraciones internacionales dentro del complejo fenómeno de la movilidad humana, indicando que la migración internacional no es sino una categoría más de las cuatro categorías de movilidad espacial que estudian las ciencias sociales, caracterizada por ser de baja frecuencia y larga distancia. Las otras tres serían a) movilidad cotidiana (alta frecuencia, desplazamiento dentro del espacio de frecuentación cotidiana), b) movilidad residencial (baja frecuencia, desplazamiento dentro del espacio de frecuentación cotidiana) y c) viaje (frecuencia alta, larga distancia). La intensificación de la movilidad humana, el aumento de fenómenos como la multiresidencia (primera y segunda vivienda en distintos países), la conmutación de larga distancia (por trabajos estacionales u ocio) o el turismo recurrente de larga distancia, han extendido esta categorización en cuanto ejemplos de la complejidad que el concepto mismo de movilidad humana incluye. Para efectos de este informe y con el fin de concentrarnos en la población de origen extranjero que se ha asentado temporal o definitivamente en Chile, utilizaremos la definición de la OIM entendiendo como migrante a “cualquier persona que se encuentre fuera de un Estado del que sea ciudadano o nacional o, en el caso de los apátridas, de su país de nacimiento o residencia habitual”, excluyendo a quienes se encuentren en Chile ejerciendo turismo.

Por su parte, en torno a los conceptos a utilizar para referirse a NNA afectados por la migración también existe poco consenso en tanto solo recientemente se ha iniciado a visibilizar el alcance del fenómeno en la niñez y a reconocer que esta condición no solo afecta a los NNA que realizan desplazamientos en primera persona, sino que incluye a diversas generaciones y núcleos que son indirectamente afectados por la movilidad humana. Es por ello que estudiosos del tema (Cernadas et al., 2014) relevan que existen al menos cinco categorías de niñeces vinculadas a la migración, muchas de ellas

invisibilizadas por las políticas públicas locales y globales. Brevemente, los NNA migrantes pueden diferenciarse en: a) NNA que permanecen en su país de origen, mientras sus padres han migrado a otro país, este es el caso de flujos migratorios altamente feminizados como los de Perú, Filipinas, Rumania, etc., que participan de las cadenas globales de cuidado en las que mujeres migran para cuidar en contextos de alta renta y dejan a cargo de otras mujeres el cuidado de sus propios hijos/as y familiares dependientes (Hochschild, 2000, Yeates, 2012); b) NNA no acompañados y/o separados, que en el primer caso refieren a adolescentes que migran sin compañía de ningún adulto de referencia por lo que han sido internacionalmente nominados como MINA (menores no acompañados) y, en el segundo caso, viajan al cuidado de un adulto que no es su tutor legal (un vecino, conocido, pariente lejano, pareja, en el caso de adolescentes); c) NNA que migran con sus padres, situación que se ha intensificado en las migraciones venezolanas y centroamericanas en América Latina d) NNA que nacen en el país en el que migraron sus padres y que en ocasiones asumen tal nacionalidad (llamados también migrantes de segunda generación); y e) NNA retornados, que regresan al país de origen de sus padres o se mueven hacia otro país, ya sea voluntariamente o sometidos a deportación.

Precisar estos conceptos resulta necesario para visibilizar la complejidad del fenómeno y el aparataje teórico que subyace a cualquier aproximación a la niñez y adolescencia migrante. Es relevante también aclarar que, en términos metodológicos, un trabajo con niñeces debería implicar la recopilación en primera persona de las experiencias y testimonios de NNA, dado el consenso existente respecto al derecho a la participación del que gozan NNA independiente de su nacionalidad, género y condición migratoria. Al respecto, como equipo de investigación adherimos a las reflexiones realizadas por colegas de diversas disciplinas (Di Iorio et al., 2021) (Tortajada et al., 2021), quienes indican que el reconocimiento de los NNA como sujetos de derecho debe generar cambios en los modos de investigar las infancias. El derecho a la escucha y a participar de las temáticas que los atañen son principios que hasta hace poco no eran incluidos en los diseños metodológicos del trabajo con niñeces. Sin embargo, si bien se han realizado intentos por traducir el lenguaje de la investigación hacia modalidades que incluyan la

participación de NNA, éstos han tendido más bien a propiciar una retórica de ética humanitaria, donde el NNA consiente la ejecución de la investigación a través de mecanismos como el asentimiento informado y consentimiento de los tutores a cargo, sin que estas formas de tutela impliquen realmente formas participación en el proceso investigativo. Este proceso “gramático” de inscripción de la participación a lo largo de todo el proceso investigativo requiere de la formulación de metodologías cuyos tiempos de ejecución exceden con creces de los tiempos que ofrece esta licitación. Es por ello que, a modo de declaración de límites de la propuesta, explicitamos que, tal como fue establecido en los términos de referencia, ésta no cuenta con la participación de las niñas y adolescencias migrantes en primera persona y que futuras investigaciones deberían contar con las condiciones de tiempo, recursos y metodologías para realizar un proceso acabado de implicación de los NNA como actores principales de investigaciones que los involucren.

OBJETIVOS

1.1 Objetivo General:

Identificar barreras y facilitadores del acceso y pertinencia cultural en la atención de salud de niñas y niños en contexto de migración en atención primaria, que emergen desde sus familias y desde los equipos de salud, en el marco del control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O'Higgins

1.2 Objetivos Específicos

- A. Caracterizar epidemiológica y socio demográficamente la situación actual de salud biopsicosocial de la infancia migrante en Chile, de acuerdo a encuestas poblacionales y registros estadísticos de salud (CASEN, ELPI, REM, ENSI, ENS y otros).
- B. Identificar barreras y facilitadores que determinan acceso y pertinencia cultural en la atención de salud la infancia migrante reportados por la literatura nacional e internacional.
- C. Describir barreras y facilitadores del acceso y atención de salud con pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, de los profesionales, funcionarios y de los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O'Higgins.
- D. Problematicar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, profesionales, funcionarios y en los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O'Higgins

E. Integrar los resultados cuantitativos y cualitativos y generar recomendaciones para el acceso y atención y pertinencia cultural en la atención de salud de niñas y niños en contextos de migración, en las siguientes dimensiones: accesibilidad y aceptabilidad, que deban incorporarse a las orientaciones programáticas del Ministerio de Salud

ETAPAS

El estudio tuvo como objetivo “Identificar barreras y facilitadores del acceso y pertinencia cultural en la atención de salud de niñas y niños en contexto de migración en atención primaria, que emergen desde sus familias y desde los equipos de salud, en el marco del control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O’Higgins”, para ello se diseñó una propuesta metodológica mixta, de carácter cuantitativo y cualitativo entregada el 29 de Noviembre 2022 a la contraparte técnica ministerial, que contempla las siguientes tres etapas:

Fase 1 Cuantitativa: Corresponde a las actividades de investigación dedicadas a dar respuesta al objetivo específico 1:

Objetivo 1 “Caracterizar epidemiológica y socio demográficamente la situación actual de salud biopsicosocial de la infancia migrante en Chile, de acuerdo a encuestas poblacionales y registros estadísticos de salud”

Para ello se diseñó un componente cuantitativo basado en el análisis de las encuestas CASEN 2020 y CENSO 2017 para la caracterización sociodemográfica de la situación actual de salud biopsicosocial de la infancia migrante en Chile. Acogiendo la necesidad de actualizar los datos ofrecidos por CENSO 2017, se realizó una complementación de datos, así como una inclusión de otras encuestas poblacionales actualizadas y relevantes, utilizadas como antecedentes.

Por su parte, para la caracterización epidemiológica se utilizaron:

A) Egresos hospitalarios 2019, 2020, 2021. Que permitieron informar acerca de causas de hospitalización en población general menores de 18 años, inmigrante y local, distribuida por sexo, edad y tipo de previsión de salud

B) Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) del DEIS, (MINSAL), 2019, 2020, 2021, Que permitieron conocer uso de servicios de salud específicos de atención primaria, en NNA migrantes y nacionales.

Fase 2 Cualitativa: Para responder a los objetivos específicos 2, 3 y 4 se diseñó una fase cualitativa mirada a:

Objetivo 2 Identificar barreras y facilitadores que determinan acceso y pertinencia cultural en la atención de salud la infancia migrante reportados por la literatura nacional e internacional”;

Objetivo 3 Describir barreras y facilitadores del acceso y atención de salud con pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, de los profesionales, funcionarios y de los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O’Higgins

Objetivo 4 Problematizar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, profesionales, funcionarios y en los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O’Higgins

Para dar cumplimiento al objetivo específico 2 se planteó una revisión narrativa de literatura científica referida a necesidades de salud de niños, niñas y adolescentes en

contexto migratorio, con especial foco en migrantes en situación irregular (MISI), migraciones latinoamericanas, salud mental, prevención y promoción de salud infantil, controles pediátricos, salud dental, vacunación. Se incluyó evidencia internacional de principales barreras y facilitadores para el acceso a salud de NNA, principales barreras y facilitadores de accesibilidad, calidad y pertinencia cultural de servicios biomédicos que atienden a NNA. Para efectos de facilidad en el uso del texto, la bibliografía referida a la revisión narrativa de literatura se presenta inmediatamente a continuación de la misma y funciona como un cuerpo bibliográfico independiente de la bibliografía general.

Respecto a los objetivos 3 y 4 se planteó cumplirlos a partir de la aplicación de 24 entrevistas en profundidad con familias migrantes a cargo de NNA usuarias y no usuarias de APS, entrevistas a 12 miembros de equipos de salud de atención primaria que trabajan en atención directa a NNA migrantes y 6 actores clave. La fase cualitativa fue integralmente realizada y la muestra cumplida.

La Fase 3 Integración y Traslacional: refiere a la integración de resultados para cumplir el objetivo referido a:

Objetivo 5 “Problematizar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, profesionales, funcionarios y en los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O’Higgins”

Para ello, a partir del cruce los resultados obtenidos a través de las metodologías mixtas en la generación de productos para la política pública, se diseñó un cuadro de recomendaciones que incluyen el tipo de evidencia disponible, su complementariedad de fuentes y el cruce para la generación de recomendaciones.

Este informe final presenta los resultados de todas las fases y metodologías, integrando las correcciones de las presentaciones de resultados que hemos realizado mensualmente entre Marzo y Agosto 2023. Se expondrán, en primer lugar, la caracterización sociodemográfica y epidemiológica de niños, niñas y adolescentes migrantes, en segundo lugar, los hallazgos en materia de evidencia científica nacional e internacional que emergen de la revisión narrativa de literatura, con su respectiva metodología de búsqueda y análisis. En tercer lugar, se detallan los resultados cualitativos de los trabajos de campo realizados en las regiones asignadas, para concluir con la integración de datos cuantitativos y cualitativos y la generación de productos de transferencia comprometidos.

1. REVISIÓN NARRATIVA DE LITERATURA

BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESO Y PERTINENCIA CULTURAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD A NNA MIGRANTES

Para la implementación del derecho a la salud tanto física como mental, la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece el derecho a un sistema de protección de la salud, que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, lo cual implica considerar los siguientes principios interrelacionados por el modelo de Tanahashi: la disponibilidad, accesibilidad física, económica y sin discriminación, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud (Tanahashi, 1978).

El objetivo de la presente revisión de literatura es identificar barreras y facilitadores que determinan el acceso y la pertinencia cultural en la atención de salud a NNA migrantes reportados por la literatura nacional e internacional. Se realizó una revisión de literatura y análisis sobre la experiencia nacional e internacional referida a 1) las necesidades de salud NNA en contexto migratorio, 2) la evidencia de principales barreras y facilitadores para el acceso a salud de NNA, 3) la evidencia de principales barreras y facilitadores de accesibilidad, calidad y pertinencia cultural de servicios biomédicos que atienden a NNA migrantes, y 4) las recomendaciones e intervenciones en salud pública y promoción de salud con énfasis en NNA migrantes e interculturalidad.

METODOLOGÍA

Diseño

Revisión narrativa de literatura. Se aplican los lineamientos generales de rigurosidad de una revisión sistemática, utilizando una ecuación de búsqueda y selección de títulos

en bases de datos de literatura científica, para luego redactar una síntesis de hallazgos comprensibles para un público profesional general.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron dos búsquedas de literatura. La primera se llevó a cabo en la base de datos Web of Science (WOS) en inglés el 15 de diciembre 2022, con la siguiente ecuación de búsqueda:

("Health Services"[Mesh] OR "health care" OR "Health service access" OR "Health service acceptability" OR "Health care access" OR "Healthcare access" OR "Health care acceptability" OR "Healthcare acceptability" OR "Specialised health services" OR "Specialist" OR "Hospitalisation" OR "Emergency health services" OR "Mental health services" OR "Preventive health services" OR "health check-ups" OR "primary service" OR "dental care" OR "dental") AND ("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Immigrant" OR "irregular migrant" OR "undocumented migrant" OR "Ethnic minority") AND ("Child"[Mesh] OR "Children" OR "Adolescent" OR "Adolescents" OR "Youth" OR "minor") AND ("culture" OR "cultural" OR "culturally competent care" OR "cross-cultural care")

Se aplicó asimismo un filtro por fecha (2012-2022) y por idioma (inglés, español, francés, portugués).

La segunda se realizó en Google Scholar en español el 22 de diciembre 2022, con la siguiente ecuación de búsqueda:

(servicios de salud) AND (acceso OR aceptabilidad) AND (barreras OR facilitadores) AND (niños OR niñas) AND (adolescentes OR jóvenes) AND (migrantes OR refugiados) AND (salud intercultural)

Se aplicó asimismo un filtro por fecha (2012-2022).

Selección de artículos

La búsqueda en WOS arrojó 544 resultados. En el caso de la búsqueda en Google Scholar, se encontraron 15 300 resultados, con lo cual se tomó la decisión de tomar en consideración los 400 primeros títulos. Luego de eliminar 18 duplicados, se tomaron en consideración 926 resultados para revisión de título y resumen.

En esa etapa, se usaron los siguientes criterios de exclusión:

- ➔ Se enfoca explícitamente en otra población (por ej. Pueblos indígenas, migrantes internos, tercera generación).
- ➔ Se enfoca explícitamente en adultos o enfermedades que aquejan principalmente a otros grupos poblacionales (por ej. adultos mayores, próstata, cáncer de mama, etc.).
- ➔ Se enfoca explícitamente en otro tema sin mencionar dimensiones sociosanitarias (por ej. educación).
- ➔ No se mencionan explícitamente a los NNA, familia, madres, padres.
- ➔ Se enfoca solamente en gestación y sin referencia a salud perinatal.
- ➔ Es un protocolo de investigación, una validación de escalas o estudio clínico.
- ➔ Se trata de tesis, cartas al editor, una editorial, comentario u otros textos que no implicaron revisión de pares.

Este proceso de revisión inicial llevó a la exclusión de 514 publicaciones. Se revisaron entonces 412 textos completos, con los siguientes criterios de exclusión:

- ➔ Indaga solamente en familias sin referencia explícita a NNA.
- ➔ No es posible identificar claramente si se tratan de NNA primera/segunda generación o minoría étnica (p.e población afroamericana, población indígena). Si incluye a ambos grupos, no se desagregan resultados/recomendaciones.
- ➔ No es posible identificar el grupo de estudio incluye a menores de 18 años bajo la categoría de jóvenes.
- ➔ No tenemos acceso al texto completo y no se puede conseguir por vía alternativa.

Tras la revisión de los textos completos, se excluyeron 137 artículos que no correspondían con los criterios de inclusión quedando seleccionadas 275 publicaciones para su inclusión en la revisión. Posterior a la revisión se agregaron manualmente 23 artículos que no aparecieron en la ecuación de búsqueda pero que referían a temas específicos de interés a pesar de estar fuera de los años de publicación, por lo que fueron incluidos. Estos 23 artículos se distribuyen de la siguiente manera:

- A) Se agregaron 2 artículos enfocados en la tuberculosis y su aumento en los últimos años en Chile, lo cual representa un tema poco explorado y de primera prioridad en el país por tratarse de una enfermedad que ha demostrado un enlentecimiento de la velocidad de disminución desde hace al menos 10 años (Victorino et al., 2017). En consecuencia, los textos agregados son:

1. Escobar N, Herrera T. Tuberculosis infantil en Chile: ¿de dónde provienen los casos?. Revista chilena de enfermedades respiratorias, 2021. 37(4):325-331.
2. Altet Gómez M, Alcaide Megías J. La tuberculosis en niños inmigrantes: dificultades y recomendaciones. In Anales de Pediatría, 2005. 62(1):1-5.

- B) Se agregaron 4 artículos sobre temáticas referidas a desarrollo psicomotor, 3 internacionales y uno enfocado en Chile, porque contribuyen al debate en torno a temas que se han esbozado como problemáticas relevadas para la niñez migrante en estudios preliminares realizados por el equipo investigador (Correa, E., 2021), permitiendo enriquecer la evidencia presentada sobre el tema:

1. Puelles-Díaz Á, Illanes-González H, Órdenes Y, Gallardo E. Desarrollo psicomotor de niños y niñas de padres chilenos y haitianos pertenecientes a jardines infantiles en la comuna de Coquimbo, Chile: estudio descriptivo. Revista Medwave, 2020. 20(4).

2. Augereau N, Tordjmann S. Étude de la place de la migration parmi les facteurs de vulnérabilité aux troubles autistiques. *Contraste*, 2017. 46: 163-188.
3. Barnevik M, Gillberg C, Fernell E. Prevalence of autism in children of Somali origin living in Stockholm: brief report of an at-risk population. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2010. 52(12); 1167-1168.
4. Becerra TA, von Ehrenstein OS, Heck JE, Olsen J, Arah OA, Jeste S, Ritz B. Autism spectrum disorders and race, ethnicity, and nativity: a population-based study. *Pediatrics*; 2014; 134(1), e63-e71.

C) Se agregaron 14 publicaciones específicamente para Chile de las autoras Iskra Pavez, Catherine Galaz, Monique Voltarelli y Claudia Calquín que, si bien tocan más bien el ámbito de la educación, son relevantes por referir específicamente a infancia migrante en Chile.

1. Galaz, C., Pavez, I., Alvarez, C., & Hedrera, L. (2019). Polivictimización y agencia de niños y niñas migrantes en Chile desde una mirada interseccional. *Athenea digital*, 19(2).
2. Galaz, C., Pavez, I., & Magalhães, L. (2021). Polivictimización de niños/as migrantes en Iquique (Chile). *Si Somos Americanos*, 21(1), 129-151.
3. Pavez Soto, I. (2012a). Inmigración y racismo: experiencias de la niñez peruana en Santiago de Chile. *Si Somos Americanos*, 12(1), 75-99.
4. Pavez Soto, I. (2012b). ¿Quién decide la migración infantil? Niñez y poder en familias peruanas transnacionales. *Rayuela, Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en la Lucha por sus Derechos. Niñez y Migración*, 3(5).
5. Pavez Soto, I. (2013). Los significados de “ser niña y niño migrante”: conceptualizaciones desde la infancia peruana en Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*(35).
6. Pavez Soto, I. (2015). Los derechos de las niñas y niños peruanos en Chile: La infancia como un nuevo actor migratorio. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 8(12), 27-51.

7. Pavez Soto, I. (2017). Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local. El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile). *Chungara: Revista de Antropología Chilena*, 49(4), 613-622.
8. Pavez Soto, I. (2018). Violencias contra la infancia migrante en Santiago de Chile: Resistencias, agencia y actores. *Migraciones internacionales*, 9(4), 155-186.
9. Pavez Soto, I., Durán-Agüero, S., & Valladares, M. (2017). Infancia migrante y alimentación: Desafíos culturales y sanitarios. *Revista médica de Chile*, 145(1), 135-136.
10. Pavez Soto, I., & Galaz Valderrama, C. (2018). Hijas e hijos de migrantes en Chile: Derechos desde una perspectiva de inclusión social. *Diálogo andino*(57), 73-86.
11. Pavez Soto, I., Ortiz-López, J., Poblete-Godoy, D., Alfaro, C., & Villegas, P. (2022). The Immigrant Childhood in Chile. *Academic Journal of Pediatrics and Neonatology*, 11(5).
12. Pavez Soto, I., Valderrama, C. G., Poblete-Godoy, D., Acuña, V., & Sepúlveda, N. (2020). Horizontes de la intervención social con infancia migrante en Chile. *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*(23), 9-40.
13. Pavez-Soto, I., Ortiz-López, J. E., Sepúlveda, N., Jara, P., & Olguín, C. (2019). Racialización de la niñez migrante haitiana en escuelas de Chile. *Interciencia*, 44(7), 414-420.
14. Voltarelli, M. A., Pavez Soto, I., & Derby, J. (2020). Niñez migrante y pandemia: la crisis desde Latinoamérica. *Linhas Críticas*, 26.

Asimismo, se agregaron dos publicaciones concernientes el subsistema Chile Crece Contigo.

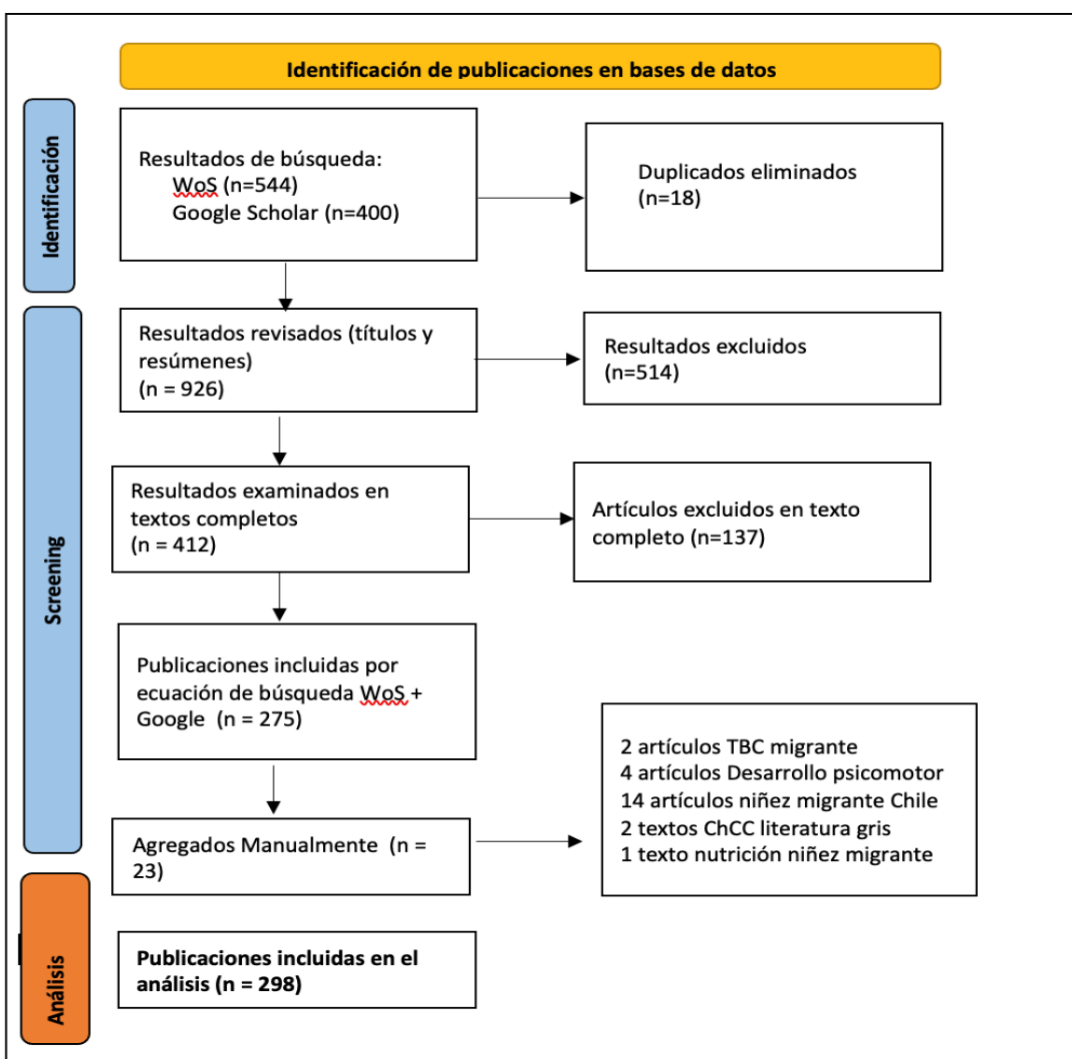
1. Chile Crece Contigo. (2019). *Catálogo de prestaciones 2019-2020*.
2. Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *¿Qué es Chile Crece Contigo?*

Finalmente, en base a intereses expresados por la contraparte y que dialogan con los resultados cualitativos del estudio, se incluyó un estudio que discute la asociación entre malnutrición por déficit y exceso y migración en niños y niñas migrantes:

1. Renzaho, A., Gibbons, C., Swinburn, B., Jolley, D., & Burns, C. (2006). Obesity and undernutrition in sub-Saharan African immigrant and refugee children. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2006;15(4):482-90. PMID: 17077063

El total de artículos revisados fue de 298. Se resume el proceso de selección en el flujograma PRISMA a continuación:

Figura 1. PRISMA revisión de literatura salud de NNA migrantes a nivel global



Extracción de información y análisis

La extracción de datos de los artículos seleccionados fue realizada mediante una matriz diseñada en Microsoft Excel que incluyó autores y año de publicación, país(es), y tipo de estudio o publicación. Además, se clasificaron las publicaciones según si abordan principalmente necesidades de salud, sistema de salud (barreras y facilitadores de acceso y aceptabilidad) o un programa/intervención específico/a para la promoción de la salud de NNA migrantes. Se considera asimismo la posibilidad de que una publicación aborde más de una de estas categorías.

Descripción de la muestra

Se incluyeron **298 publicaciones en el análisis**, entre las cuales 276 artículos en revistas científicas y 22 publicaciones de literatura gris (informes, políticas, reportes situacionales y capítulos de libro). En lo que concierne la metodología de las publicaciones, predominan los estudios cualitativos (125), seguidos por revisiones narrativas de literatura (57). Por otra parte, entre los estudios cuantitativos, predominaron estudios transversales (50), y se registraron solamente 5 estudios de cohorte y 4 estudios de prueba controlada aleatorizada. Se registraron asimismo 18 estudios multi-métodos, 10 revisiones sistemáticas de literatura, 9 documentos de literatura gris sin metodología claramente identificable, 5 estudios retrospectivos, 5 estudios de caso, 4 revisiones exploratorias (“scoping review”), 4 documentos de política, y finalmente un estudio 1 de prueba pre-post. En relación con el año, se distribuye de la siguiente manera:

2005 (1); 2006 (1); 2010 (1); 2012 (15), 2013 (15), 2014 (15), 2015 (25), 2016 (18), 2017 (32), 2018 (34), 2019 (35), 2020 (41), 2021 (32), 2022 (33).
--

Con respecto a la distribución geográfica, los estudios se distribuyen de la siguiente manera:

América del Norte	
Estados Unidos	89
Canadá	43
Europa	
Países Bajos	15
Suecia	14
Reino Unido	13
Alemania	10
España	6
Francia	4
Noruega	5
Dinamarca	5
Italia	4
Bélgica	3
Suiza	2
Chipre	3
Hungría	2
Portugal	3
Austria	
Finlandia	2
Escocia	2
Irlanda	2
Grecia	2
Otros países europeos	8

América central y del sur	
Chile	46
Colombia	8
Argentina	5
Perú	3
México	3
Ecuador	2
Brasil	1
Costa Rica	1
Asia	
Taiwan	1
Hong Kong	5
Israel	3
Turquía	3
Otros países asiáticos	6
Oceanía	
Australia	25
Nueva Zelanda	2
Africa	
Tanzania	1
Sudafrica	1

Cabe señalar que 22 estudios incluyen más de un país, y 6 publicaciones se enfocan en el nivel global, 4 en América Latina y el Caribe 3 en las Américas, 3 en Europa y 1 en África, sin especificar ningún país.

RESULTADOS PARA CHILE

Se identificaron 46 publicaciones con resultados para Chile sobre la temática. Primero, se presentan las necesidades de salud reportadas, luego los resultados correspondientes al sistema de salud (acceso y aceptabilidad) y finalmente algunas intervenciones llevadas a cabo y recomendaciones para la promoción de la salud de NNA migrantes.

Necesidades de salud

A modo de contexto, es importante primero describir los procesos de racialización y discriminación a los cuales se enfrentan los NNA migrantes en Chile, ya que, desde un punto de vista de la migración como determinante social de la salud, estos procesos tienen un impacto sobre su salud física y mental. En primer lugar, a partir del trabajo de la investigadora Iskra Pávez, se pueden identificar experiencias de discriminación y racismo en niños y niñas peruanos en la ciudad de Santiago basados en el color de la piel, los rasgos fenotípicos, las supuestas características de la personalidad y la nacionalidad (Pavez Soto, 2012a). Por otra parte, en niños y niñas haitianos en su inserción escolar se enfrentan a procesos de alterización, estereotipación y discriminación, además de significativas barreras idiomáticas (Pavez-Soto et al., 2019). Desde una mirada de vulnerabilidad estructural, la cual implica que la estructura social impone riesgos y constricciones específicas a la salud individual y colectiva mediante la violencia estructural (Piñones-Rivera et al., 2021), es importante recalcar que si bien la población migrante en Chile, tanto adulta como las infancias, es diversa, una proporción no menor se enfrenta a condiciones de vida precarias, vulneración de derechos y limitaciones al ejercicio de su derecho a disponer de un nivel de vida digno y lograr un desarrollo integral (Pavez Soto, 2017, 2018; Pavez Soto & Galaz Valderrama, 2018) con un impacto sobre su salud física y mental. Esto, además se exacerbó en el marco de la pandemia por COVID-19 (Voltarelli et al., 2020).

En lo que concierne las necesidades generales de salud, cabe señalar que un análisis de la encuesta CASEN 2009, 2011, 2013 y 2015 indica que las y los NNA migrantes reportaron menor presencia de problemas de salud en los 3 meses previos a la encuesta, que las y los NNA chilenos en esos años (Chepo & Cabieses, 2018). Sin embargo, otros estudios destacan necesidades específicas de salud que es necesario examinar. Primero se presentan necesidades de salud mental, para luego indagar algunos hallazgos en salud perinatal, desarrollo psicomotor, nivel hospitalario y finalmente salud sexual y reproductiva.

Con respecto a la salud mental de NNA migrantes en Chile, se pesquisan necesidades socioemocionales, especialmente en mujeres (González Araya & Leal Fuentes, 2021). Destacan factores ligados al proceso migratorio, tanto en niños y niñas de menor edad, como en adolescentes, quienes reportan ideación suicida ligada a experimentar crisis identitaria como producto del proceso migratorio, además de efectos de las diferencias culturales, el desconocimiento del territorio local, las experiencias de discriminación y el estar lejos de sus seres queridos (Obach et al., 2018; Obach et al., 2020). Cabe recalcar, sin embargo, que existen estudios que muestran a los adolescentes migrantes como más resilientes que sus pares chilenos, a pesar de las adversidades enfrentadas, y esto se manifiesta en relatos de adolescentes migrantes que sostienen que los adolescentes chilenos son más propensos a la ideación y ejecución del suicidio, percibiéndolo como una debilidad frente los problemas de la vida (Santander et al., 2020). A pesar de ello, una de las dificultades clave es la narrativa y el sentido del proyecto migratorio para los NNA, donde no entender o conocer la historia del proyecto migratorio se podría traducir en sufrimiento psíquico (Becerra & Altimir, 2012; Pavez Soto, 2012a). Esta falta de conocimiento del proyecto migratorio se relaciona también con el hecho que los niños y niñas no siempre son reconocidos como actores sociales y se invisibilizan en el contexto del proceso familiar de migración, observado desde una mirada más bien adultocéntrica, limitando su posibilidad de participación y protagonismo en este proceso (Pavez Soto, 2012b, 2015; Pavez Soto et al., 2022). Este fenómeno también se reproduce en el contexto de la violencia estructural a la cual se pueden enfrentar en distintos ámbitos, donde se les construye como figura monolítica

de sujeto “víctima” sin reconocer su capacidad de agencia y las estrategias de resistencia que ponen en acto en los entornos en que se insertan (Galaz et al., 2019; Galaz et al., 2021; Pavez Soto, 2018). Por otra parte, la construcción del “ser migrante” en niños y niñas puede suponer desafíos vinculado con las distintas “formas de ser niño” entre el país de origen y el de acogida, lo cual está ligado, a su vez, a procesos de integración entendido como la adecuación o acomodación a las normas y valores de este último, aun cuando les produce un conflicto, especialmente en el ámbito escolar (Pavez Soto, 2013).

Por otra parte, la literatura releva que es importante tomar en cuenta también la salud mental y emocional de los padres, madres y cuidadoras/es, la cual tiene impacto sobre los NNA (Bernaes et al., 2019). Particularmente, surge como inquietud a nivel familiar la regulación emocional frente a crisis emocionales y la capacidad de los padres y madres de enfrentarlas de la mejor manera (Correa & Cabieses, 2021). Según la misma fuente, esto se exagera en el contexto de familias solicitantes de asilo y en condición de refugio, quienes pueden haberse enfrentado a un proceso migratorio especialmente desafiante y traumático. Por otra parte, en el proceso migratorio y de asentamiento en Chile, se pueden llegar a tensionar normas de crianza del país o cultura(s) de origen con las normas de crianza dominantes en Chile, generando en los padres y madres estrés post-migratorio, lo cual a su vez, puede repercutir en la salud mental y el bienestar de los NNA (Gallardo Zanetta, 2022). Es entonces necesario abordar la salud mental y el bienestar de los NNA migrantes con una mirada al grupo familiar, a su historia de migración y a elementos culturales en torno a la crianza.

Con respecto a salud perinatal, la literatura nacional pesquiza mayor proporción de madres inmigrantes con riesgo biopsicosocial (62,3% vs 50,1% en chilenas) (Cabieses et al., 2017) y factores de riesgos específicos para grupos vulnerables como mujeres haitianas (Carreño et al., 2022), lo cual puede tener un impacto sobre la salud de sus hijos/as. Asimismo, se reportan mujeres migrantes embarazadas con problemas de salud, como diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, anemia o problemas de peso, además de casos de sífilis y enfermedad de Chagas (Cabieses & Obach, 2022). Entre otros desafíos relevantes en los primeros años de vida, profesionales

de salud y de educación reportan percibir un mayor rezago en el desarrollo psicomotor de los niños y niñas migrantes (Correa & Cabieses, 2021). Finalmente, se reporta que NNA migrantes presentan esquemas de vacunación incompletos, vinculados a dificultades de acceso o falta de información (Cabieses & Obach, 2022).

A nivel hospitalario, en migrantes entre 7-14 años son más frecuentes los egresos por traumatismos/ otras causas externas que en Chilenos (23,6% vs 16,7%) (Cabieses et al., 2017). Asimismo, entre temas de interés para el nivel hospitalario, según Carrasco y colegas, está la prevalencia en NNA migrantes de patologías de baja prevalencia en Chile, tales como anemia, tuberculosis, dengue, malaria, neurocisticercosis, estrongiloidiasis, asma y patologías cardiovasculares (Carrasco et al., 2020). En el caso de la tuberculosis, un estudio reciente demuestra un aumento en la presencia de casos, especialmente menores de 5 años, entre los que la población migrante tiene una representación creciente. El estudio observa un aumento importante para el antecedente de contacto, llegando a ser el 37% el año 2019. Las principales nacionalidades de los casos pesquisados de NNA migrantes con TBC son Haití, Perú, Bolivia (Victorino & Herrera 2017). Por último en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes migrantes, destaca la necesidad que reportan de acceder a preservativos (Obach et al., 2020) y la proporción de partos adolescentes no atendidos en el sistema de salud, la cual es mayor que en adolescentes chilenas (González Araya & Leal Fuentes, 2021).

Finalmente, se están vislumbrando desafíos en torno a alimentación, nutrición y enfermedades crónicas en NNA migrantes, en el marco de la transición de hábitos que se puede realizar durante el proceso de adaptación cultural en el país de acogida, donde los NNA migrantes imitan los hábitos de NNA locales, lo cual puede implicar mayor consumo de alimentos altos en grasa y azúcares (Pavez Soto et al., 2017).

Sistema de salud

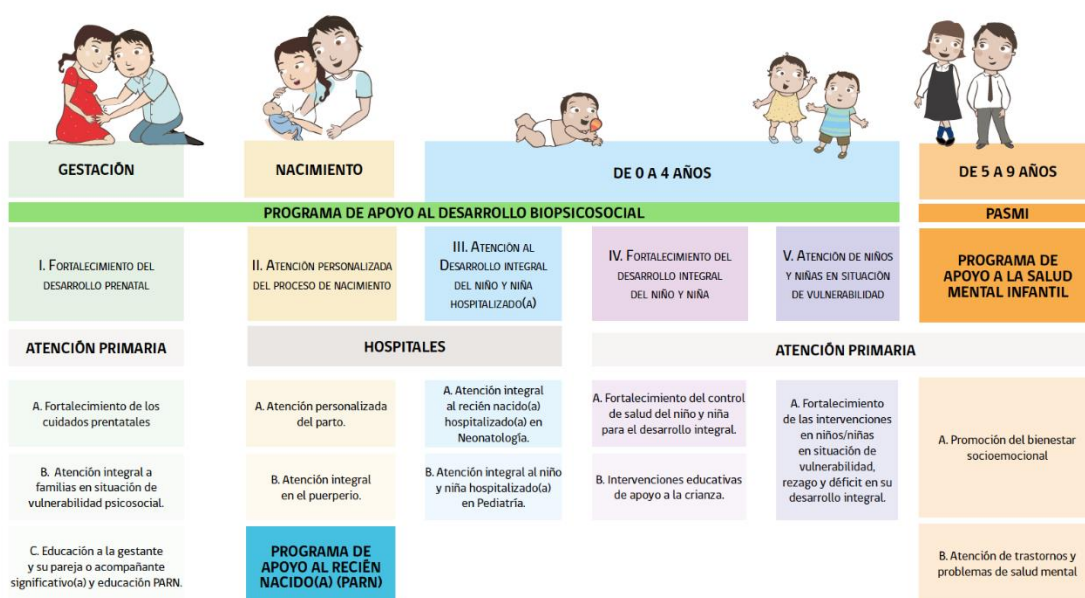
Este apartado concerniente el sistema de salud aborda 1) marco normativo, 2) cobertura previsional y uso de servicios, 3) barreras y facilitadores de acceso y 4) barreras y facilitadores en cuanto a la aceptabilidad de los servicios.

Primero, es necesario señalar que el marco normativo para el acceso a servicios de salud en NNA migrantes en Chile se ha vuelto progresivamente más favorable. En 2008 se establece por Resolución Exenta N°1914 el convenio de colaboración entre los Ministerios de Salud y del Interior que asegura la regularización migratoria de niños, niñas y adolescentes extranjeros y luego mediante el Oficio Ordinario A 14 N°3229, el Ministerio de Salud instruyó a los directores de Servicios de Salud sobre la regularización y atención a niños, niñas y adolescentes en situación migratoria irregular (Becerra & Altimir, 2012; Larenas & Cabieses, 2018). Asimismo, las mujeres embarazadas, aun en situación irregular pueden acceder a controles de embarazo y los niños y niñas pueden acceder a los controles de niños sano hasta los 9 años, así como las prestaciones del Chile Crece Contigo.

El subsistema de protección integral a la infancia Chile Crece Contigo (Chile Crece Contigo, 2019; Ministerio de Desarrollo Social, 2015) es parte del sistema de protección social chileno, institucionalizado a partir de la Ley N° 20.379 y fue creado a partir del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma a las políticas de infancia conformado en 2006 durante el primer mandato de la presidenta Michelle Bachelet, sumándose a una larga trayectoria de planes, programas y lineamientos implementados de avanzar hacia el ejercicio efectivo de derechos y un desarrollo saludable para las y los niños y niñas del territorio chileno. Chile Crece Contigo se implementa desde el 2007 y se define como un “subsistema integrado de prestaciones universales y diferenciadas multisectoriales, cuyo objetivo es lograr que niños y niñas alcancen su máximo potencial de desarrollo, a través del acompañamiento a su trayectoria, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar”, abarcando desde la gestación hasta los 8 años de edad. En 2008 se extiende su implementación a todas las comunas del país. El subsistema consta de 4 componentes: (1) Prestaciones dirigidas para todos los niños y niñas menores de 4 años y sus familias; (2) Prestaciones para todos los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud; (3) Prestaciones Diferenciadas para niños y niñas en situación de vulnerabilidad; (4) Programas de apoyo a la gestión e implementación del Subsistema de Protección Integral a la Infancia.

Más específicamente, el componente de salud de Chile Crece Contigo, tiene tres programas, cada uno con sus respectivas prestaciones ordenadas cronológicamente para acompañar la trayectoria del desarrollo infantil y se actualizan anualmente: (1) Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial; (2) Programa de Apoyo al Recién Nacido(a); (3) Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil. Se presenta a continuación una figura elaborada en el marco del Catálogo de prestaciones 2019-2020 del componente Salud del subsistema:

Figura 2: Diagrama de seguimiento a la trayectoria de desarrollo infantil del Componente de Salud



Fuente: (Chile Crece Contigo, 2019)

El subsistema Chile Crece Contigo es de carácter universal, con lo cual las y los niños y niñas migrantes pueden acceder a sus distintas prestaciones.

La Política de Salud del Migrante Internacional del 2017 reconoce que los NNA migrantes se puedan enfrentar a situaciones de vulnerabilidad social con consecuencias en su salud y recalca su alineación con la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989

(Pizarro Quevedo et al., 2017). En 2018, se publica el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada, el cual incluye un objetivo enfocado en adolescentes y jóvenes migrantes que apunta a “fortalecer el acceso a los servicios especializados de salud por parte de adolescentes y jóvenes en situación de migrantes o pertenecientes a familias migrantes, independiente de su estado jurídico, no estableciendo restricciones arbitrarias, estigmatizadoras o prácticas discriminatorias a los y las adolescentes y jóvenes migrantes, basadas en las condiciones de salud que estos experimentan” (Pública, 2018). Finalmente, en lo que respecta el contexto de pandemia por COVID-19, cabe destacar que Chile presentó estrategias focalizadas para mejorar el acceso a servicios sociales y de salud de la población y de NNA en situación de marginalidad, lo cual incluye a la población migrante (González et al., 2021).

A pesar de estas medidas, en lo que concierne la cobertura previsional, se reportan brechas de afiliación (Loredo Chupán, 2019). El estudio de Chepo et. Al, de tipo observacional, analiza la Encuesta CASEN para los años 2015 y 2017, que como se sabe considera a la vivienda como unidad última de selección y a la unidad de reporte son las personas miembros del hogar. Para este análisis se consideraron solo los núcleos familiares que reportaron integrantes menores de 18 años de edad dentro de su grupo familiar, tanto chilenos como migrantes. Tal condición fue reportada a partir de la pregunta ¿Cuándo usted nació, en qué comuna residía su madre?. Según los datos reportados, una de las mayores inequidades entre niños migrantes y chilenos aparece en temas de acceso a salud: en CASEN de 2017 la proporción de NNA migrantes internacionales sin previsión en salud corresponde a un 20,2% (vs 1,2% de niños chilenos), cifra que si bien representa una mejoría respecto a CASEN 2015, (22,3% de no cobertura en migrantes frente a 1,6% en chilenos), igualmente es preocupante. (Chepo, 2021). Respecto del uso, según un análisis de la CASEN 2017, hubo menor tasa de consulta en NNA migrantes que en NNA chilenos aunque con un leve aumento comparado con lo reportado por CASEN 2015 (Chepo, 2021) y específicamente en salud perinatal, se observa mayor proporción de madres migrantes con ingreso tardío al programa Chile Crece Contigo que madres chilenas (63,1% vs 33,4%) (Cabieses et al.,

2017). Estas inequidades se repetirían en el ámbito de los adolescentes con quienes, si bien no hay análisis estratificados por edad (tramo 10-19), si existen estudios que reportaron en el año 2019 que el 60% afirmó desconocer si estaba inscrito en el sistema de salud, y el 50% afirmó nunca haberlo utilizado (Obach et al., 2020).

Segundo, se reportan barreras de acceso a servicios de salud de carácter administrativo, barreras idiomáticas, de falta disponibilidad de servicios específicos como salud mental o falta de derivación oportuna, largas esperas, y discriminación (Cabieses & Obach, 2022; Espejo & Balart, 2012; Obach et al., 2020; Santander et al., 2020). Asimismo, destacan barreras vinculadas a falta de información, donde por ejemplo adolescentes reportan no saber a dónde acudir en caso de necesitarlo o creen erróneamente no poder acudir sin un adulto especialmente para atención relacionada con salud sexual y reproductiva, o no tener información sobre servicios de salud mental disponibles (Obach et al., 2020; Santander et al., 2020). También es importante destacar que en ciertas ocasiones, los mismos profesionales de salud tienen limitada información sobre el derecho de los NNA migrantes a acceder a atención de salud en Chile (Espejo & Balart, 2012) y se reportan instancias donde funcionarios administrativos obstaculizan el acceso a la atención (Scozia Leighton et al., 2014). Por otra parte, se reportan barreras de atención de salud perinatal, administrativas y vinculadas a medio y falta de confianza hacia instituciones de salud o miedo a verse negada la atención (Arcos et al., 2018; Scozia Leighton et al., 2014). Asimismo, algunas barreras se relacionan con el abordaje de la enfermedad o del embarazo en población haitiana, quien no necesariamente percibe la necesidad de atención a menos de presentar síntomas graves o no tener el hábito de realizarse controles de embarazo mensuales (Cabieses & Obach, 2022). En adolescentes, se reportan como facilitadores: estrategias en escuelas para atención de salud sexual y reproductiva y salud mental y el uso de internet, RRSS y tecnología para buscar información sobre el sistema de salud (Obach et al., 2020; Santander et al., 2020).

Tercero, en lo que respecta de la aceptabilidad de la atención, se pesquisan distintas brechas. Desde una perspectiva crítica, se ha detectado una construcción de la familia migrante como unidad inherentemente vulnerable en el ámbito de la salud, lo cual la

sujeta a dinámicas de racialización y de exclusión, especialmente en las prácticas de parentalidad y cuidados, donde se desprenden formas sutiles de control, disciplinamiento y normalización de las familias migrantes, impidiendo el ejercicio de su agencia y la posibilidad de un diálogo intercultural (Calquín et al., 2022). Asimismo, un estudio llevado a cabo con profesionales de salud en el ámbito escolar apunta a una sexualización del o de la adolescente migrante, justificado en supuestas diferencias culturales con respecto al cuerpo y la sexualidad (Obach et al., 2021).

En una línea similar, se pesquisan conflictos vinculados con las diferencias culturales en torno a la crianza y educación de los NNA, especialmente con la población haitiana (Cabieses & Obach, 2022). De la misma manera, los parámetros de control de niño sano propios del sistema de salud chileno pueden no estar adaptados a la cultura de ciertos grupos culturales, posibilitando la generación de diagnósticos erróneos (Bernaes et al., 2019). Asimismo, se señala que la intervención social enfocada en NNA migrantes tiende a diseñarse desde la construcción de estos grupos como deficientes e incompetentes, especialmente en lo que concierne las habilidades parentales en familias migrantes (Pavez Soto et al., 2020) y que desde el ámbito psicosocial, se reproducen dinámicas de exclusión a través de la esencialización de las familias migrantes como sujetos vulnerables (Calquín et al., 2022). Por otra parte, distintas expectativas con respecto a tratamientos y prontitud de la entrega de medicamentos pueden llevar a generar desencuentros entre padres, madres y equipos de salud (Bernaes et al., 2019).

En salud perinatal, madres peruanas reportan haber recibido una atención mejor que en su país de origen, sin embargo reportan haberse sentido discriminadas en la atención y no tomadas en cuenta a la hora de solicitar información o tomar decisiones. En ese mismo estudio, algunos funcionarios se refieren a la “lentitud” y “menor capacidad de captar la información” de las usuarias peruanas (Scozia Leighton et al., 2014). Finalmente, respecto a salud perinatal se destaca que para una adecuada prevención de la transmisión vertical de VIH en mujeres migrantes, se debe ampliar el abordaje biomédico de la salud para incluir distintas visiones con respecto a la enfermedad (Cabieses et al., 2020).

Por su parte, los adolescentes migrantes reportan generalmente una atención buena, pero distante e impersonal. Asimismo, algunos reportan la percepción de que en ciertas ocasiones se vulnera su confidencialidad y en otras, maltratos por parte de los equipos de salud, aunque estas se darían menor proporción cuando acuden con un adulto (Obach et al., 2020; Santander et al., 2020). Finalmente quienes han accedido a esta atención de salud mental relatan baja adherencia debido a experiencias negativas y falta de relevancia con respecto a su realidad y necesidades (Obach et al., 2020).

Intervenciones y recomendaciones

Se llevó a cabo en 2019 con familias venezolanas y haitianas el programa piloto “Programa Taller Acompañando en el cuidado y desarrollo de niños y niñas migrantes y sus familias” (Correa & Cabieses, 2021), cuyo objetivo fue “apoyar al cuidado de niños y niñas migrantes que crecen en situación de vulnerabilidad social en Chile, a través de un programa de formación básico que entregue herramientas a familias y cuidadores de la comunidad, promoviendo un desarrollo integral de estos niños(as). El programa aborda las siguientes temáticas: (1) el rol que cumplen los padres, madres, y cuidadores, en potenciar el desarrollo y crecimiento de niños y niñas, (2) el funcionamiento, acceso y uso del sistema de salud en Chile; (3) primeros auxilios en el hogar y cuidados de salud; (4) psicomotricidad y estimulación del desarrollo de niños y niñas. Se realizaron dos encuestas de evaluación y los participantes reportaron a través de los resultados de la primera encuesta, un aumento en su percepción de felicidad, y su capital social, relacionado con la confianza y contacto con la comunidad cercana e instituciones y valores culturales. La segunda encuesta permitió evaluar el programa en su conjunto y en la sección de preguntas abiertas, las participantes señalaron que aprendieron y compartieron herramientas útiles para el cuidado de sus hijos(as) y su desarrollo. Se valoró además que la experiencia fuera presencial y grupal, permitiendo compartir con otras familias con una experiencia similar experiencias de cuidados y salud.

Por otra parte, según un informe de “Sistematización de experiencias y aprendizajes de comunas con y sin implementación del Programa Ministerial de Atención a Migrantes de APS en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente” (Cabieses & Obach, 2022), los profesionales de salud de APS valoran la presencia de un facilitador intercultural para la interacción con familias migrantes provenientes de Haití y la generación de material de información traducido al creole en el marco del Programa Chile Crece Contigo. Sin embargo, se remarcó la necesidad de generar un diálogo intercultural efectivo entre los equipos de salud y las familias. Además, el diseño de intervenciones y programas culturalmente sensible para el apoyo a familias migrantes debe estar basado en evidencia y mayor conocimiento en temáticas de parentalidad migrante desde un enfoque intercultural (Gallardo Zanetta, 2022).

Con respecto a recomendaciones para el abordaje de la salud de NNA migrantes, Vásquez-De Kartzow (Vásquez-De Kartzow, 2018) propone un protocolo de atención de salud específico a esta población, que tiene como objetivos (1) Informar cómo funciona el sistema de salud en el país; (2) Conocer el estado de salud del niño inmigrante; (3) Detectar y tratar enfermedades que pueda tener el niño a su llegada al país de acogida; (4) Evaluar el estado de inmunización y actualizar vacunas; y (5) Aplicar el protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud adecuado a su edad. Asimismo, contempla la presencia de un facilitador intercultural en las consultas. Por otra parte, desde un enfoque bioético y de derechos de los NNA, se recomienda promover la salud de los NNA migrantes bajo los principios de vulnerabilidad, respeto y amor, y de acceso y atención sanitaria, facilitando el acceso efectivo a la atención sanitaria, creando la figura del mediador intercultural, haciendo mayor seguimiento de los niños, y promoviendo la formación de los profesionales y la disponibilidad de recursos sanitario suficientes (Capella, 2012). Finalmente, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada por su parte, recomienda el respeto a la diversidad en la toma de decisiones ético-clínicas (Subsecretaría de Salud Pública, 2018).

Conclusiones de la literatura nacional

Las principales necesidades de salud identificadas en NNA migrantes en Chile se enfocan en acceso a salud, salud mental, salud perinatal, desarrollo psicomotor, salud sexual y reproductiva y necesidades de atención de urgencia. Por otra parte, si bien se pueden observar importantes avances que apuntan a la inclusión de los NNA en el sistema de salud en Chile, se siguen observando brechas de cobertura, uso y barreras de acceso, entre las cuales barreras administrativas, idiomáticas, de falta disponibilidad de servicios específicos como salud mental o falta de derivación oportuna, largas esperas, y discriminación. Las barreras de aceptabilidad, por otra parte, están principalmente vinculadas con la limitada implementación del enfoque intercultural en salud y la falta de incorporación de mediación intercultural en las prestaciones a familias migrantes. Se reportan algunas recomendaciones e intervenciones comunitarias que contribuyen a mejorar el acceso y la aceptabilidad de la atención de salud en NNA migrantes en Chile.

RESULTADOS A NIVEL GLOBAL

BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESO A SALUD DE NNA MIGRANTES

Los NNA migrantes se pueden enfrentar a múltiples barreras que impiden o retrasan su acceso a servicios de salud. Esas barreras, muchas veces, son compartidas con las reportadas por adultos migrantes (Martínez-Santa et al., 2021), y otras son específicas a su rango etario. En este apartado, se presentan las barreras derivadas del sistema de salud y barreras individuales, así como los facilitadores para el acceso a la salud de NNA migrantes a nivel global.

Barreras y facilitadores a nivel del sistema de salud

Las barreras más comunes del sistema de salud que obstaculizan el acceso a atención de salud en NNA migrantes son las barreras administrativas o burocráticas. Estas barreras se manifiestan de distintas maneras. En ciertos países, las personas migrantes en situación irregular solo tienen derecho a atención básica y/o de urgencia, lo cual en sí constituye una barrera para acceder a atención integral, mientras que en otros, se permite todo tipo de atención cualquier sea el estatus migratorio de la persona, lo cual no siempre se cumple por falta de información adecuada para equipos de salud y administrativos de los derechos de las personas migrantes (ya sea derecho a atención médica de urgencia o atención de otro tipo), lo cual propicia la discrecionalidad en torno a si se otorga o no la atención (Clavijo Cáceres et al., 2018; Ochoa Escobar et al., 2021; Ortega Velázquez, 2015; Elisa Ortega Velázquez, 2017; Pelacani, 2022; Rink et al., 2017). Además, esto se puede exacerbar corto o mediano plazo a partir de un cambio de norma (Rink et al., 2017). Por otra parte, estas restricciones por estatus migratorio pueden ser contrarias a otras normas de protección de NNA que garantizan su acceso a la salud, como es el caso en Colombia, dejando la posibilidad de judicializar los casos (Pelacani, 2022). Asimismo, aunque el hijo/a tenga la nacionalidad del país de acogida, el estatus irregular de los padres/madres puede tener un impacto sobre su acceso efectivo a atención de salud, como se ha documentado en EEUU (Farfán-Santos, 2019b). Finalmente, el tener un estatus migratorio “intermedio”, es decir estar

esperando la resolución del trámite migratorio, también puede constituir una barrera para el acceso a la atención en NNA migrantes (Salami et al., 2020).

La falta de disponibilidad horaria y los largos tiempos de espera para la atención son barreras estructurales que también afectan a grupos migrantes. En el caso de Argentina, las personas se presentan al amanecer en los centros para ser atendidas hasta seis horas después, a lo cual se agrega, como en el caso de Noruega la sensación de los padres y madres que sus esperas se prolongan por ser “visiblemente” migrantes (Cantore & Bertoni, 2021; Rydström & Dalheim Englund, 2015; Woodgate et al., 2017). A su vez, se pueden presentar limitada opción para elegir con cual profesional atenderse (Berra et al., 2014; Cantore & Bertoni, 2021). Estas barreras se ven exacerbadas en el caso de consultas de especialidad (Ortega Velázquez, 2015; Park et al., 2022), lo que puede generar la necesidad de buscar atención en el sector privado, conllevando gastos de bolsillo que suponen una barrera financiera. Este también puede ser el caso en sistemas de salud que tienen limitada cobertura, en donde la oportunidad de acceder a una atención gratis o a bajo costo es limitada (Higginbottom et al., 2016; King & Dudina, 2019; Kobylanskii et al., 2018; Ortega Velázquez, 2015; Woodgate et al., 2017). Asimismo, esto propicia que el primer contacto NNA migrantes con el sistema de salud sea con servicios de emergencia (Aljafari et al., 2015; Riggs et al., 2014).

Por otra parte, se pueden presentar barreras lingüísticas (Cantore & Bertoni, 2021; Islam & Ali, 2012; Khanlou et al., 2015; Ragavan et al., 2020; Reza et al., 2016), las cuales en algunos casos, pueden ser mitigadas por NNA que dominan el idioma y traducen para sus madres y padres (Hess et al., 2021; Katz, 2014; Martinez et al., 2017; Santos et al., 2018).

En ciertos casos, se pueden cruzar barreras vinculadas con la condición de migrante y con el tener discapacidad, como lo reportan, por ejemplo, madres y padres de Asia del Sur en Hong Kong cuyos hijos presentan necesidades especiales. Ellos experimentan exclusión institucional, microagresiones, malentendidos y falta de un abordaje respetuoso e informado al tratar de acceder a servicios de salud (Kwok & Kwok Lai Yuk

Ching, 2022). Finalmente, un estudio llevado a cabo con padres de NNA con discapacidad reportan percibir que el sistema de salud es sesgado a favor de las madres y que reciben limitado apoyo en su rol de cuidadores de género masculino (Khanlou et al., 2015).

Entre los facilitadores del acceso, se identifican costos razonables para la atención de salud (Rydström & Dalheim Englund, 2015), el atenderse con profesionales de salud que comparten la misma cultura e idioma y que en ciertas oportunidades se adaptan en términos de costo y horarios (Marcus et al., 2022). En el caso de menores no acompañados en EEUU, quienes se enfrentan a barreras substanciales para acceder a atención de salud, la posibilidad de recibir atención en la escuela o en casas de acogida representa un facilitador, sin embargo, no elimina los desafíos de continuidad de la atención ni tampoco ofrece la posibilidad de acceder a cuidados más prolongados como terapias por ejemplo (Misra et al., 2021). Finalmente, en EEUU en población latina, existe evidencia de que las barreras de acceso se van disolviendo tras generaciones, y que las disparidades más grandes se observan entre los migrantes de primera generación, entre la segunda generación y media y la tercera, y entre la tercera y la cuarta generación (Balcazar et al., 2015).

Barreras individuales

Las barreras individuales son aquellas que surgen del contexto de las personas migrantes, sus creencias, conocimiento, entre otros, los cuales pueden ser vinculados a elementos culturales, personales y estructuras que reproducen desigualdades e inequidades. Primero, se reporta como barrera la falta de información adecuada que los padres y madres poseen sobre sus derechos y los derechos de sus hijas e hijos a acceder a la atención de salud. Esto puede generar asimismo un miedo al rechazo por parte de los equipos de salud, o a ser denunciados y deportados en el caso de estar en situación irregular (Ortega Velázquez, 2015; Stahmer et al., 2019).

Asimismo, se identifica como barrera la falta de información sobre cómo orientarse en sistema de salud (Higginbottom et al., 2016; Lane & Vatanparast, 2022; Sudo & Hamamoto, 2019; Woodgate et al., 2017) y sobre servicios disponibles especialmente

en salud preventiva, salud mental, salud dental, servicios especializados para NNA con discapacidad y vacunación contra el VPH (Baker et al., 2019; Chien et al., 2013; Garg et al., 2017; Khanlou et al., 2015; Kim & LeClaire, 2019; Lai et al., 2017; Nicol et al., 2014; Park et al., 2022; Ragavan et al., 2020). Los usuarios identifican asimismo su comunidad como facilitador para el acceso a la información, en el sentido de pertenecer a grupos de una misma nacionalidad/etnia que pueden compartir información clave acerca del sistema de salud (Chen et al., 2013; Karim et al., 2020). Sin embargo, en otro estudio, los equipos de salud identificaron este mismo elemento como una barrera cuando hay cambios dentro del sistema y no se comparte información actualizada (Baker et al., 2019). Más específicamente, se identifica el poder contar con una persona de confianza que pueda abogar por la familia y facilitar el acceso al servicio de salud como un facilitador (Isaacs et al., 2013a; Karim et al., 2020).

En el caso de la vacuna contra el VPH, además de falta de información, las barreras de acceso se vinculan con tabúes en torno a la sexualidad de los adolescentes, dudas en torno a la necesidad de vacunación o en la eficacia de la vacuna (Dailey & Krieger, 2017), lo cual, a su vez, puede ser mediado por el nivel de aculturación (Gerend et al., 2021). Otras barreras se vinculan con condiciones de vida y recursos, como por ejemplo la falta de transporte para acudir a centros de salud y horarios de atención incompatibles con horarios trabajo (Kennard et al., 2020; Kobylanskii et al., 2018; Woodgate et al., 2017).

NECESIDADES DE SALUD

Vulnerabilidad social y experiencias de violencia

Antes de profundizar en aspectos específicos de la salud de los NNA migrantes identificados en la literatura global, se desarrolla este apartado enfocado en salud, vulnerabilidad social y experiencias de violencia en esta población, considerando que fue un aspecto importante destacado en varias publicaciones. Considerando que la migración es un determinante social de la salud y que una proporción importante de NNA migrantes, especialmente aquellos que migran de manera forzada, experimentan violencia, vulnerabilidad social, y vulneración de sus derechos, es una temática de gran relevancia para su salud (CEPAL, 2019). Sin embargo, en particular para lo que refiere a esta población, es necesario introducir el concepto de resiliencia, o la capacidad de generar estrategias de adaptación y resistencia, evitando conceptualizarlos como inherentemente vulnerables (Gartland et al., 2021; Linton et al., 2016).

En el contexto de olas migratorias provenientes del Medio Oriente hacia Europa, se ha detectado la presencia de NNA no acompañados y marcas de trauma físico en menores de edad (Arsenijević et al., 2017). En este mismo contexto, se han detectado instancias alarmantes de abusos y explotación sexual de niños y adolescentes varones, tanto durante el tránsito como luego de su llegada a Grecia, con consecuencias sobre su salud que incluyen infecciones transmitidas sexualmente como el VIH, incontinencia, discapacidad genital y rectal, infertilidad, disfunción sexual y castración parcial o total (Chynoweth et al.). En el continente Americano, también en contexto de tránsito, se señala que los cierres de fronteras por COVID-19 han aumentado los ingresos por pasos no habilitados con consecuencias sobre la seguridad de las niñas y adolescentes migrantes, quienes corren un peligro exacerbado de situaciones de violencia, explotación, tráfico de personas y trata con fines de explotación sexual en general y particularmente en esas circunstancias (Federation, 2020; Roldán Dávila & Pérez García, 2012). La violencia experimentada tiene impactos sobre la salud física y mental

de niñas y adolescentes y en algunos estudios aparece asociada a un elevado tasas de suicidio (Céspedes & Robles, 2016). La pandemia por COVID-19, de manera general, ha aumentado la vulnerabilidad social experimentada por NNA migrantes (CEPAL et al., 2020; Maalla M'jid, 2021).

Las condiciones de vida precarias en el país de acogida son un tema recurrente en cuanto a riesgos de salud física y mental de NNA migrantes, y los desafíos para el bienestar a nivel familiar pueden incluir inseguridad financiera y laboral, aislamiento social, aculturación de los NNA, y barreras de acceso a servicios de salud, todos ligados a las condiciones que viven muchas personas migrantes (Mwanri et al., 2022; Pitt et al., 2015). Más específicamente, la vulnerabilidad social experimentada durante los procesos de migración puede llevar a advertir inseguridad alimentaria, malnutrición y trastornos en las prácticas alimentarias, lo cual se exacerba en niñas y mujeres embarazadas (Dondi et al., 2020; WHO, 2019). En un estudio realizado Costa Rica, por ejemplo, se señala que los NNA migrantes de origen nicaragüenses están expuestos a condiciones de vida inseguras, con consecuencias sobre su salud (Ministerio de Salud Costa Rica, 2016). En Perú, se reportan NNA y familias de origen venezolano en situación de calle y mendicidad (Blouin et al., 2019). En Estados Unidos, se ha pesquisado que NNA de origen mexicano presentan niveles más alto de concentración de químicos peligrosos que otros NNA, debido a viviendas precarias, ambientes deteriorados, dieta y niveles bajos de aculturación (Perla et al., 2015). En el caso específico de los NNA migrantes en entornos rurales en EEUU, se presentan riesgos en casa y en el ámbito laboral, tales como exposición a pesticidas, insolaciones, inhalación de polvos nocivos, zoonosis, limitado acceso a agua potable, falta de instalaciones sanitarias adecuadas, inseguridad alimentaria y riesgos para la salud mental (McLaurin & Liebman, 2012).

Salud mental

Una de las temáticas que más presenta evidencia internacional con respecto a las necesidades de salud de los NNA es la salud mental.

En lo que concierne la prevalencia, en Austria se detectó mayor uso de servicios de urgencia psiquiátrica en NNA migrantes que nacionales, por intentos de suicidio y trastornos de estrés agudo (Akkaya-Kalayci et al., 2017). En EEUU se ha registrado que los adolescentes asiáticos de segunda generación tienen más probabilidad de sufrir de ansiedad o de algún trastorno afectivo comparado con adolescentes asiáticos de primera generación y adolescentes no asiáticos de tercera o más generación (Georgiades et al., 2018). Por su parte, los niños refugiados no acompañados en Alemania presentaron altas tasas de trastornos de salud mental, entre los cuales destacan estrés post-traumático, ansiedad y depresión (Hanewald et al., 2020). Sin embargo, estos estudios no son consistentes y al igual que para el caso de los adultos, presentan ciertas variaciones. De hecho en Suecia, se señala que los NNA migrantes en su conjunto tenían menor riesgo de tener trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), excepto en el caso de que la madre fuera sueca y el padre migrante y en el caso de NNA migrantes de otros países escandinavos y de países de las Américas y el Caribe (Osooli et al., 2021). Asimismo, un estudio de cohorte realizado en Hong Kong concluyó que el factor migración no tuvo efecto sobre sintomatología depresiva y que el tener dos padres migrantes llevaba a presentar mejor comportamiento (Leung et al., 2015).

A pesar de la variedad de los resultados, los estudios coinciden en que los factores de desarrollo de trastornos de salud mental o afectivos son múltiples en NNA migrantes. Las condiciones de viaje pueden ser un factor, especialmente en NNA que experimentan patrones de migración forzada, ya que, además de experimentar factores de estrés esperables en un evento de vida tan importante como una migración, pueden sufrir exposición a instancias de violencia y separación o pérdida de familiares y seres queridos (Alisic et al., 2017; Maalla M'jid, 2021; Myles et al., 2018; Pieloch et al., 2016;

Russell et al., 2020). Por ejemplo, menores no acompañados (MINA) en España expresaron malestar psicológico, indicando que en algún momento se sentían sin fuerzas para seguir adelante, y que estos sentimientos solían venir acompañados de pérdida de apetito y problemas de sueño (Bravo & Santos-González, 2017). En Perú, en albergues para familias venezolanas, se han observado comportamientos agresivos de los padres hacia los hijos y de los niños entre sí, lo cual se atribuyó a desesperación frente a las condiciones del viaje y desafíos de adaptación al país de acogida (Blouin et al., 2019). Asimismo, las condiciones en el país de origen, tales como guerras y conflictos armados, pueden llevar a mayor estrés familiar y violencia intrafamiliar durante el proceso migratorio, tal como se ha reportado en familias refugiadas provenientes de Siria y radicadas en Jordania. Estos episodios de violencia tienen un impacto sobre la salud mental de los NNA, quienes presentan emociones intensificadas, tristeza, depresión, ansiedad y crisis de llanto (Al-Natour et al., 2022).

La aculturación es un tema clave en torno a la salud mental de NNA migrantes. Es importante tomar en cuenta que procesos positivos de aculturación, donde se desarrolla un vínculo fuerte con la cultura de acogida a la vez que se mantiene el vínculo con la cultura de origen, pueden verse influenciados por factores más amplios, tales como el hablar el idioma de país de llegada y tener un estatus migratorio regular (Khawaja & Carr, 2020). El estrés por aculturación y la discriminación son factores para el desarrollo de depresión y ansiedad y en familias latinas en EEUU, se ha observado que esto se exagera en el contexto de conflictos familiares y violencia familiar (Palomar-Lever, 2017). Asimismo, en los Países Bajos, se encontró una asociación entre síntomas o trastornos psiquiátricos en jóvenes de origen marroquí y rasgos psicópatas, un número alto de experiencias traumática, tener más hermanos, conflictos familiares, afiliación con pares que delinquen, discriminación percibida, desconfianza cultural, marginalización y baja autoestima (Adriaanse et al., 2016). Se atribuye también la mayor utilización de servicios de emergencia psiquiátrica en adolescentes turcas en Austria por factores como conflictos intrafamiliares y estrés por aculturación que llevan a intentos de suicidio (Akkaya-Kalayci et al., 2017). Por otro lado aunque la evidencia existente es ambigua, se suele atribuir mayores niveles de abuso de sustancias a

mayores niveles de aculturación, específicamente en abuso de alcohol en adolescentes musulmanes de familias migrantes en Europa (Slobodin & Crunelle, 2019). Más específicamente, el desarrollo de una identidad personal es un proceso clave sobre el cual migrar puede tener un impacto. Por ejemplo, un estudio realizado con adolescentes refugiados en Canadá muestra cómo estos se concentran en sus creencias religiosas y valores familiares para distanciarse de la presión social ejercida por sus pares, lo cual puede afectar sus relaciones de amistad o íntimas. Asimismo, sentirse rechazados por pares de la misma etnia presenta un obstáculo al desarrollo de una identidad personal, considerando que confunde acerca de la pertenencia de uno a la comunidad étnica de origen (Ndengeyingoma et al., 2014).

Es preciso tomar en cuenta también las interacciones entre experiencias traumáticas y aculturación sobre resultados de salud mental en NNA, en cuanto haber experimentado acontecimientos traumáticos en el pasado, a veces varios y de manera acumulativa, lleva a experimentar mayor estrés por aculturación, y a su vez, una mayor internalización de síntomas de salud mental en adolescentes recién llegados (Thibeault et al., 2017). Estos procesos complejos y multidimensionales se deben tomar en cuenta a la hora de abordar la salud mental de NNA migrantes.

Finalmente, otros factores de estrés en el país de acogida pueden incluir el estatus migratorio, la precariedad financiera, el idioma, la presión escolar, la percepción de tener pocas perspectivas, y el estrés derivado de relaciones con pares (DeJonckheere et al., 2017; Kwan et al., 2018; Nomaguchi & Milkie, 2020). Frente a estas situaciones, algunas políticas públicas de protección hacia NNA migrantes en situación irregular como el Deferred Action for Childhood Arrivals en Estados Unidos, han demostrado tener un impacto positivo sobre la salud mental de esta población (Rodriguez et al., 2021). Asimismo, la presencia de redes de apoyo, buenas relaciones con pares, apoyo suficiente en el colegio, apoyo familiar y conexiones con la cultura de origen representan factores protectores (DeJonckheere et al., 2017; Pieloch et al., 2016).

Salud dental

Otra temática que emergió en la literatura existente es la salud dental de los NNA migrantes, especialmente en Australia, EEUU, Canadá, y en menor proporción algunos países de Europa. Se estima que los NNA de origen latino en EEUU presentan la mayor prevalencia de caries en el país (Crespo, 2019). Adicionalmente los NNA cuyos dos padres son migrantes tienden a tener una peor calidad de vida relacionada con la salud dental que pares cuyos padres no son migrantes o que tienen solo a uno de los padres de origen extranjero, incluso después de controlar los factores demográficos, socioeconómicos y de características de la salud dental, según un estudio llevado a cabo en Alemania (Aarabi et al., 2018). Estos resultados son similares a los de un estudio realizado en los Países Bajos, donde los niños y niñas originarios de Turquía y Surinam presentaron peor calidad de vida relacionada con la salud dental que sus pares holandeses (Van Meijeren-van Lunteren et al., 2019). En Taiwán, se encontró una alta prevalencia de caries severas en niños y niñas migrantes, comparado con nacionales (Lin et al., 2019). Asimismo, en Australia, un estudio encontró que más del tercio de los niños y niñas de su muestra presentaba caries (Gibbs et al., 2016). Otro estudio llevado a cabo en el mismo país encontró que entre niños y niñas migrantes que nunca habían ido al dentista porque los padres reportaron no identificar motivos para llevarlos, el 22% presentaba caries y el 8% caries a un nivel severo (Christian et al., 2015).

Salud sexual y reproductiva

Este tema ha sido ampliamente estudiado para mujeres migrantes adultas, sin que muchas de las investigaciones hagan referencia explícita a la situación de adolescentes migrantes, a pesar de que algunas las incluyan en las muestras. En Colombia, por ejemplo, un estudio llevado a cabo con población migrante venezolana pesquisó en adolescentes mujeres las siguientes necesidades: acceso a métodos anticonceptivos, a abortos seguros y atención prenatal, y a servicios orientados hacia el cuidado menstrual, la detección y tratamiento de violencia sexual y la promoción y apoyo a la lactancia. Las necesidades expresadas por adolescentes hombres fueron las siguientes: acceso a preservativos, información sobre ITS, educación sexual integral y atención orientada a jóvenes (Calderón Jaramillo et al., 2021). El estudio no hizo referencia a diversidades sexuales.

En particular en América Latina el embarazo adolescente, estando presente en una proporción importante de países origen de las migraciones sur-sur (81), inicia a tener mayor prevalencia en mujeres migrantes que nacionales en contextos como Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y Argentina (Fanta Garrido, 2020; Gottero et al., 2016; Guijarro, 2017; USAID, 2021). En el caso de jóvenes bolivianas en Argentina, por ejemplo, un estudio destaca la presencia de embarazos adolescentes en contextos familiares que normalizan la situación y en el marco de un proyecto de parejas constituidas. Por su parte, un estudio realizado en un hospital de la ciudad fronteriza de Tijuana detectó que entre las mujeres adolescentes en puerperio, las adolescentes migrantes estaban en menor proporción estudiando antes del embarazo, tenían menor tasa de uso de anticonceptivos, convivían con sus parejas previo al embarazo y mencionaron con más frecuencia desear embarazarse a pesar de su edad. Por su parte, en Europa, en contextos de migración forzada, se señala que las adolescentes y las niñas padecen problemas obstétrico-ginecológicos y alta prevalencia de abortos, así como, abusos y violaciones (Rodríguez-García-de-Cortázar et al., 2018). Asimismo, en EEUU, se identificó en particular la necesidad de abordar la salud sexual y reproductiva

de las niñas y adolescentes que provienen de países con presencia de modificaciones genitales femeninas (MGF) (Young et al., 2020).

Nutrición y enfermedades crónicas

En la literatura internacional también se identifican desafíos en torno a enfermedades crónicas en NNA migrantes, especialmente con respecto a la nutrición, donde el proceso migratorio conlleva riesgos de inseguridad alimentaria, pero también cambios importantes en los hábitos alimenticios como consecuencia de proceso de integración y asimilación (Dondi et al., 2020). De acuerdo con una encuesta realizada con médicos en distintos países de Europa, las enfermedades crónicas representan el problema de salud más frecuente (Carrasco-Sanz et al., 2018). En Canadá, un estudio encontró que el 60% y el 42% de NNA refugiados y migrantes respectivamente tenían altos niveles de colesterol y que los NNA recién llegados tienden a aumentar mucho de peso al llegar al país, debido a cambios de dieta, compensaciones por falta de alimentos en el pasado, falta de información sobre nutrición, y percepciones de que niños delgados son niños enfermos, esto último también fue pesquisado en Dinamarca (Ditlevsen, 2018; Lane et al., 2018). Por otra parte, en un estudio hecho en Hong Kong emergió que NNA migrantes de primera generación tenían presión sanguínea alta e índice de masa corporal alto, especialmente quienes migraron durante la infancia (Hui et al., 2018). Una revisión de literatura enfocada en Europa encontró que los adolescentes migrantes presentan riesgos de desarrollar hipertensión y dislipidemia y que las adolescentes originarias de África del norte tendrían una mayor prevalencia de obesidad que sus pares nacionales (Rosenthal et al., 2022). Finalmente, en Turquía, se detectaron distintas enfermedades reumáticas en pacientes refugiados, entre las cuales artritis idiopática juvenil, fiebre mediterránea familiar, vasculitis, y enfermedad mixta del tejido conectivo (Karadağ et al., 2020).

Enfermedades infecciosas

En el contexto de EEUU, se señala que las enfermedades infecciosas constituyen el riesgo más común entre NNA migrantes, incluyendo la tuberculosis, la hepatitis B, infecciones parasitarias, infecciones de transmisión sexual, y que la prevalencia de cada una depende del país de origen, la edad del NNA y factores de riesgos individuales (Linton et al., 2016). El caso de la TBC ha sido estudiado ampliamente debido a su prevalencia en países de baja renta, origen de flujos migratorios que han reactualizado su presencia en países de alta renta como Europa y Estados Unidos. El desarrollo de la infección se agrava si va asociado a factores ampliamente presentes en las infancias migrantes como la desnutrición, estrés, hacinamiento y en general condiciones de precariedad (Altet Gómez & Alcaide Megías, 2005).

Desarrollo psicomotor y trastornos neurológicos

Se identificó poca literatura relacionada con el desarrollo psicomotor, sin embargo cabe mencionar que en Brasil, evaluaciones realizadas en Boa Vista y Roraima mostraron que niños y niñas indígenas venezolanos tienen mayores índices de retraso en el crecimiento en comparación con las personas no indígenas, debido a condiciones de vida precarias, no alineadas con su cultura y sus tradiciones (Machado et al., 2021). Sin embargo, en Chile, una investigación comparativa entre niños chilenos y haitianos relevó que éstos últimos tenían menos nivel de retraso según la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor y mejor desempeño en el área de coordinación. El estudio declara la necesidad de adaptar escalas a contextos interculturales (Puelles-Díaz et al., 2020).

En términos de trastornos del neurodesarrollo, diversos estudios han tendido a asociar la migración con el surgimiento de trastornos del espectro autista (Barnevik-Olsson et al., 2010) en segundas generaciones, a pesar de lo cual no existe concordancia respecto a los motivos asociados a la prevalencia (Becerra et al., 2014). Un estudio realizado en Francia revisa los antecedentes que asocian la migración y el autismo, identificando tres momentos de la experiencia migratoria que se asocian a un posible sufrimiento

psíquico: la experiencia previa a la migración, el viaje y la experiencia posterior a la migración. El análisis evidencia la importancia de situar la migración y la adversidad social encontrada por los niños y sus padres, entre uno de los antecedentes que podrían transmitirse a las generaciones posteriores tanto psicológicamente como biológicamente a través de mecanismos epigenéticos (Augereau & Tordjman, 2017).

Cáncer

Un estudio llevado a cabo en Finlandia concluyó que los NNA migrante cuyo madre o padre era finlandés tenían mayor tasa de supervivencia a 5 años que NNA nacidos en el extranjero de padres extranjeros, posiblemente por barreras de acceso y aceptabilidad de la atención y tratamiento, además de otros posibles factores genéticos y biológicos (Kyrönlähti et al., 2020).

Vacunación

En torno a vacunación, en EEUU se pesquisó que la mayoría de los NNA refugiados atendidos en un centro de salud de Kentucky no habían recibido las vacunas de los esquemas primarios para enfermedades prevenibles de baja incidencia o erradicadas en el país (Carrico et al., 2017).

Hospitalización

Un estudio llevado a cabo en Canadá indica los NNA migrantes que no cuentan con seguro de salud son los que llegan a servicios de emergencias con las necesidades más urgentes, incluyendo lesiones graves, lo cual se atribuye por una parte a la precariedad de sus condiciones de vida y por otra parte al atraso en buscar atención por las múltiples barreras a las que se enfrentan (Cécile Rousseau et al., 2013).

Otras necesidades de salud

Se ha detectado en Turquía que la guerra en Siria ha tenido un impacto sobre el acceso a tratamiento y continuidad del cuidado en niños y niñas con labio leporino provenientes de ese país, lo cual se asocia a mayor necesidad de tratamiento y mayores complicaciones (Boynuyogun et al., 2020), igualmente en Costa Rica, se señala que NNA

migrantes tienen riesgos de contraer parasitosis, enfermedades de la piel, enfermedades respiratorias, y diarreas debido sus condiciones de vida (Ministerio de Salud Costa Rica, 2016).

ACEPTABILIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN NNA MIGRANTES

Además de barreras para el acceso a servicios de salud, los NNA migrantes se enfrentan a barreras de aceptabilidad de la atención recibida. Cabe señalar que el tener una experiencia negativa en la atención de salud puede, a su vez, presentar una barrera para la búsqueda de atención en el futuro (Barghadouch & Norredam, 2022).

Salud general

Uno de los elementos destacado para la aceptabilidad de la atención de salud es el trato respetuoso por parte de los equipos de salud (Brandenberger et al., 2019; Newton, 2016; Tavallali et al., 2017). En su interacción con el sistema de salud, madres mexicanas en EEUU reportaron haber sido despreciada por los equipos de salud, quienes patologizan sus creencias culturales, religiosas y formas de vivir y expresar su maternidad en el marco de la atención de salud de sus hijas e hijos (Farfán-Santos, 2019a). En una línea similar, adolescentes latinos en el mismo país reportaron sentirse juzgados por los médicos y sentir que éstos tienen poco interés en entender sus necesidades y experiencias, perdiendo así la posibilidad de acceder a información clave para promover o mejorar su salud (Lightfoot et al., 2019). Por otra parte, los padres y madres migrantes no siempre desean participar en la toma de decisiones en torno a la salud de sus hijos, especialmente cuando valores de respeto por el profesional de salud prevalecen (Newton, 2016). Esto, si bien no necesariamente impacta la aceptabilidad de la atención, puede reforzar una asimetría en las relaciones entre el profesional y los usuarios. En el caso en que esa asimetría sea percibida y rechazada por los padres y madres, la aceptabilidad de la atención es impactada negativamente, como en el caso de madres mexicanas en EEUU, quienes se sienten percibidas como ignorantes y no como pares en el esfuerzo de mejorar la salud de sus hijos/as (Lo, 2016).

Es clave, por otra parte, que los equipos de salud conozcan las condiciones de vida y necesidades de las familias migrantes que atienden para poder dar una atención integral, abordar los determinantes sociales de la salud de los NNA y promover la adherencia a tratamientos (Nicholas et al., 2017; Ogbonnaya et al., 2015; Prakash et al., 2019; Sanchez et al., 2022; Stockler et al., 2012). Así, un estudio reporta que jóvenes latinas en EEUU perciben que los médicos prescriben fármacos que sienten que no necesitan, sin tomar en cuenta su contexto económico (Lightfoot et al., 2019).

En la misma línea, el diálogo intercultural es un elemento importante para la aceptabilidad de la atención y para promover la adherencia a tratamiento, tal como se ha documentado en familias originarias de Cabo Verde en Portugal (Mourão & Bernardes, 2019). Otro estudio que explora el uso de medicina populares y biomedicina para abordar la salud de NNA latinos en EEUU señala que algunas familias recurren a medicina popular para tratar síntomas que creen que no serán tomados en serio por equipos de salud biomédicos o para enfrentar síntomas leves (Andrews et al., 2013; Fortin et al., 2013). Los equipos de salud biomédicos, a su vez, tienen una percepción positiva del uso de remedios tradicionales complementarios a tratamientos biomédicos (Andrews et al., 2013). Por otra parte, los equipos de salud reconocen dificultades para atender a familias migrantes culturalmente diversas sin haber recibido capacitación en salud intercultural (Chen & Huang, 2018; Choe et al., 2019). El conocer los abordajes no biomédicos de enfermedades comunes puede, por ejemplo, permitir un mejor diálogo intercultural en salud (Pachter et al., 2016). Cabe señalar, por otra parte, que pueden haber variaciones de percepción acerca de la relevancia intercultural de la atención recibida dependiendo del país de origen (Ragavan et al., 2020).

Se presentan barreras idiomáticas en la atención, que pueden ser mediadas por facilitador (Kroening et al., 2016; Mangrio & Persson, 2017) el cual es valorado por los usuarios, (Brandenberger et al., 2019) aunque se señalan dificultades para asegurar la presencia de uno en las atenciones (Choe et al., 2019), asimismo, algunas familias prefieren ser atendidas por profesionales de salud que hablan su mismo idioma

(Sheppard-Law et al., 2021). Entre las experiencias positivas, cuando se compara el sistema de salud del país de acogida con el del país de origen, algunos expresan una percepción positiva (Mangrio & Persson, 2017; Mourão & Bernardes, 2019). Se identifica como facilitador el recibir información clave por escrito (Mangrio & Persson, 2017). Finalmente, se señala como facilitador a nivel de sistema para mejorar la atención a familias migrantes, el trabajo intersectorial basado en la confianza en las competencias mutuas y el desarrollo de competencias interculturales (Isaacs et al., 2013b)

Salud perinatal

La aceptabilidad de la atención de salud perinatal es clave para la salud de los NNA migrantes y su familia, ya que puede determinar la continuidad del acceso y la adherencia a tratamientos y recomendaciones en el contexto del embarazo, pero también durante el desarrollo del niño. La experiencia de las madres y de los padres en atención de salud perinatal puede ser desafiante en una etapa de la vida particularmente compleja, especialmente en contexto de movilidad y asentamiento en un país distinto al de origen (Benza & Liamputtong, 2017). Así, las madres y padres pueden sentirse particularmente vulnerables, desinformados, e incomprendidos en un sistema que les es ajeno (Wojnar, 2015).

Se señala que, en el contexto de la maternidad migrante, el abordaje biomédico, etnocéntrico y culturalista permite difícilmente integrar las dimensiones psicológica, social y cultural para un encuentro intercultural en salud exitoso (Ugarte-Gurrutxaga, 2019). En Argentina por ejemplo, en el contexto de la atención a madres bolivianas, se tensionan los saberes tradicionales de éstas con las normas biomédicas en torno a la lactancia entre otros, llevando a “retos” y maltratos hospitalarios por parte de las enfermeras según las madres que participaron del estudio (Cantore & Bertoni, 2021). Más específicamente, las madres sudanesas en Canadá ven el parto y la maternidad como un acontecimiento de vida natural que no debiese ser altamente medicalizado, lo cual crea tensiones con enfermeras del sistema de salud biomédico (Paton et al.,

2013). Al contrario, en Noruega, mujeres de países de Europa del Sur tienen expectativas de mayor seguimiento prenatal y mayor medicalización de lo que experimentan en ese país (Herrero-Arias et al., 2020). Por otra parte, las madres migrantes pueden tener expectativas basadas en experiencias en su país de origen que no se cumplen, como ejemplo la libertad de auto derivarse al especialista de su elección (Lee et al., 2014).

Con respecto a la adherencia a recomendaciones específicas, en Canadá, mujeres originarias del Medio Oriente comentan que un motivo de no adherencia a las recomendaciones alimentarias para sus hijas e hijos y de lactancia entregadas por los equipos de salud es la falta de relevancia cultural de éstas (Jessri et al., 2013, 2015). Por otra parte, madres de origen chino reportaron que durante su embarazo alteraron algunas de sus costumbres alimentarias basadas en tradiciones propias por la confianza que tenían en el médico y sus recomendaciones (Higginbottom et al., 2018). Finalmente, madres magrebíes en Canadá se apoyan en saberes tradicionales transmitidos en el ámbito familiar y en las recomendaciones de los equipos de salud para tomar decisiones en torno a su nutrición durante el embarazo (Legault & Marquis, 2014). Los equipos de salud generalmente reconocen la diversidad de pertenencias de sus pacientes en términos de país de su origen, etnicidad, religión, sin embargo no siempre reconocer su “carácter transnacional”, lo cual incluye vínculos emocionales, sociales, económicos con miembros de su familia en el país de origen y lo que eso puede significar en el marco del cuidado perinatal (Merry et al., 2020).

Asimismo, la relación entre el equipo de salud y las pacientes que se atienden en el marco de un embarazo puede estar basada en una percepción equivocada de las necesidades de éstas. Se describe el caso de las mujeres refugiadas de etnia Karen (Myanmar y Tailandia) en EEUU, quienes son percibidas como tímidas y calladas, sin necesidades específicas, por los equipos de salud biomédicos. Sin embargo, esto se debe más bien a historiales de abuso y normas culturales en torno a la relación médico-paciente que han vivido estos grupos y provoca asimetrías en sus intercambios con equipos de salud (LaMancuso et al., 2016).

El idioma representa otra barrera importante de aceptabilidad de la atención y adherencia a las recomendaciones de los equipos de salud (Wojnar, 2015), especialmente cuando se une con bajos niveles de aculturación (da Conceição F Santiago & Figueiredo, 2015). Asimismo, es un problema particularmente importante cuando implica dificultades para la expresión de consentimiento informado (Origlia Ikhilor et al., 2019). Se reporta que en ciertos casos, las madres migrantes prefieren ser atendidas por médicos y matronas que hablen su mismo idioma (Lee et al., 2014) o valoran la presencia de un intérprete (Kynoe et al., 2020). Al respecto, en Dinamarca surgió la pregunta de si la atención en salud perinatal debiese ser diferencial para mujeres migrantes, en respuesta de lo cual se recomienda promover el conocimiento y la comunicación intercultural de los equipos de salud para evitar estigmatizar a las madres migrantes al “apartarlas” en el entorno clínico y provocar sucesivos efectos xenofóbicos (Villadsen et al., 2019).

En lo que concierne la necesidad de información, es común que las mujeres migrantes cotejen la información recibida en contexto de la atención de salud con información buscada en internet u obtenida a través de sus redes de apoyo, y viceversa (Criss et al., 2015). Finalmente, es importante reconocer que las matronas pueden ser, en ciertos casos, contactos importantes para mujeres migrantes que sufren de violencia doméstica y tienen limitadas redes de apoyo y oportunidades de reportar lo vivido (Garnweidner-Holme et al., 2017).

Salud mental

El primer elemento clave en lo que concierne la aceptabilidad de la atención de salud mental en NNA migrantes es, por una parte, evitar la re-victimización (Elisa Ortega Velázquez, 2017), y por otra parte, incluir los enfoques interculturales, transculturales y sensibles al trauma (“trauma-informed care”) (Browne et al., 2021; Carrera et al., 2020; Cox & McDonald, 2020; Fegert et al., 2018; Musliu et al., 2019; Wylie et al., 2018). Asimismo, la atención de salud mental debe tomar en consideración los recursos

y estrategias que los NNA migrantes y sus familias usan para enfrentar las adversidades experimentadas y sus desafíos de salud mental, como por ejemplo la religión, la comunicación sana entre miembros de la familia, las redes de apoyo y el apoyo de pares (Betancourt et al., 2015).

Los profesionales de salud mental pueden enfrentarse a desafíos para entender las necesidades de salud mental de adolescentes migrantes, en cuanto su expresión de malestar psíquico puede ser distinta a la esperada (Kwan et al., 2018). Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en el Reino Unido recomienda evaluar los patrones de sueño de adolescentes no acompañados solicitantes de asilo originarios de Afganistán para detectar potenciales trastornos de estrés de una manera que sea más culturalmente neutra que las metodologías de evaluación del estrés post-traumático (Bronstein & Montgomery, 2013). Asimismo, los profesionales de salud mental no necesariamente tienen conocimiento de los mecanismos de la migración como determinante social de la salud mental y de los factores de riesgos específicos que se pueden presentar en NNA a lo largo de su trayectoria migratoria, es decir desde el contexto de partida, en las experiencias que viven durante el desplazamiento sea que éste esté compuesto por un solo viaje o por múltiples viajes fragmentados, y en los desafíos que enfrentan en el contexto de llegada (Cox & McDonald, 2020; Cullins et al., 2016; Fegert et al., 2018; Franco, 2018; Rodriguez et al., 2022). El concepto de trayectoria migratoria implica pensar la articulación de todos los nodos que explican la salida de un lugar, el tránsito por otro y la permanencia, rompiendo la idea que sujetos migrantes salen de un destino y llegan a otro de supuesta acogida (Contreras, 2019). Esto incluye el impacto del estrés por aculturación en otros potenciales trastornos de salud mental (McCullough et al., 2020). Es importante que la atención tome en cuenta los desafíos a los que se puedan enfrentar las familias migrantes en su fase de asentamientos, incluyendo condiciones financieras y de vida precarias y la pérdida de redes de apoyo, evitando, por lo mismo patologizar aspectos adaptativos y relativos al duelo migratorio (Ansion & Merali, 2018). Estos elementos y conceptos claves pueden ser introducidos a través de capacitaciones y también se ha reportado que profesionales de la salud mental que son migrantes o minorías étnicas tienen mayor conciencia de esos procesos y realizan adaptaciones a su

atención para asegurar la relevancia cultural y aceptabilidad (Ramos et al., 2021). Por otra parte, los NNA migrantes pueden no confiar en el profesional de salud, por experiencias negativas en el pasado o desconfianza general en el marco de un proceso complejo de asentamiento (Majumder et al., 2015).

Es crucial adaptar las intervenciones a la cultura de los padres y madres en términos de conceptos en torno a la salud mental y estrategias de apoyo, cuidados y tratamientos para que sean aceptables para ellos y que las perciban como útiles (McNeely et al., 2020; Nadeau et al., 2017). Asimismo, es relevante tener conocimiento de las percepciones de los padres y madres acerca del abordaje de la salud mental, incluyendo su capacidad de identificar sintomatología que requiere apoyo profesional e interpretar sus causas de una manera que no sea invalidante o estigmatizante para el NNA, y sus expectativas en torno a la atención de salud mental y de su rol en apoyar a sus hijos/as (Chapman & Stein, 2014; Lawton et al., 2016). Finalmente, con relación directa a los padres y madres, se debe tomar en consideración patrones diferenciados de aculturación entre los NNA y sus padres y madres, lo cual puede ser un factor de riesgo para desarrollar de sintomatología depresiva o ansiosa y puede afectar el abordaje de la salud mental de los NNA migrantes (Haack et al., 2016).

Por otra parte, puede suceder que se detecten necesidades de salud mental en NNA a nivel de APS y que se presenten desafíos para la derivación a un especialista, por falta de recursos o porque los padres y madres se rehúsan a recibir atención de otro centro o específicamente de psiquiatría. En estos casos, los colegios pueden cumplir una función clave en la provisión de atención de salud mental a través de un equipo de salud mental (Cecile Rousseau et al., 2013). Igualmente, la atención de salud mental en el contexto escolar puede presentar barreras de aceptabilidad, por ejemplo algunos padres y madres expresaron su preocupación en torno a la confidencialidad de la atención considerando la estigmatización de los trastornos de salud mental en su comunidad (Nadeau et al., 2017). Asimismo, los equipos de salud mental en colegios deben estar capacitados para abordar la salud mental de los NNA migrantes y en la medida de lo posible, los equipos deben ser multidisciplinarios (Baak et al., 2020;

Franco, 2018; Vega et al., 2015). Adicionalmente, los equipos docentes deben recibir capacitación para poder identificar adecuadamente las necesidades de derivación de sus alumnos y evitar riesgos de sobre patologización por falta de comprensión cultural y tolerancia hacia comportamientos distintos (Poverene, 2018). Finalmente, se debe tomar en cuenta que los docentes pueden tener distintas opiniones acerca de la migración y que algunos pueden percibir el fenómeno como problemático, lo cual podría tener un impacto sobre su abordaje de la salud mental de las y los alumnos migrantes (Tatar, 2012).

Finalmente, los equipos de salud también identifican cuellos de botellas a la hora de garantizar una atención de salud mental relevante y aceptable: la falta de continuidad del cuidado en comunidades muy móviles, la falta de portabilidad de las fichas médicas, la limitada comunicación entre profesionales, los limitados conocimientos en salud (“health literacy”) de los padres y madres, y las diferencias culturales (Baauw et al., 2018).

Salud dental

Dado que se trata de un problema prevalente en comunidades migrantes particularmente desventajadas, varios elementos deben ser tomados en cuenta para brindar una atención de salud dental culturalmente aceptable y relevante para NNA migrantes y sus padres y madres.

Se deben examinar los conocimientos de los padres y madres acerca de la higiene dental, así como sus creencias y tradiciones, para poder formular recomendaciones culturalmente relevantes y aceptables (Chen et al., 2014; Mustafa et al., 2021; Riggs et al., 2015). Primero, se mencionan determinantes en el país de origen, como por ejemplo la dieta, incluyendo al acceso a dulces y bebidas industrializadas consideradas alimentos de status, o la pérdida de hábitos tradicionales en torno al lavado de dientes, como el uso del miswak (palo de mascar usado en países árabes) (Adams et al., 2013; Crespo, 2019). Segundo, otros determinantes pueden estar vinculados con la etapa de tránsito especialmente en el caso de NNA refugiados quienes pueden haber estado en

campamentos con acceso a alimentos cariogénicos (Crespo, 2019), o haber sido alimentados principalmente con este tipo de productos durante los tránsitos migratorios. Tercero, en el país de acogida, se presentan factores como cambios de dieta que introducen alimentos que provocan caries, el dar bebida dulce a niños y niñas muy jóvenes para tranquilizarlos, y la tensión entre seguir usando hábitos tradicionales y adoptar hábitos del país de acogida (Crespo, 2019; Gibbs et al., 2016). Así, de la misma manera que en el ámbito de la salud mental, la aculturación puede ser un determinante de la salud dental positivo o negativo, en términos de dieta y hábitos de higiene dental (Dahlan et al., 2021; Floríndez et al., 2019). Por último, la información entregada debe ser lingüísticamente relevante (Arora et al., 2014).

Salud sexual y reproductiva

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, adolescentes latinos en EEUU reportan que los equipos de salud los ven a través de estereotipos de hipersexualización (mujeres) y violencia (hombres), asumiendo que tienen comportamientos promiscuos y de riesgo (Lightfoot et al., 2019). Igualmente, adolescentes venezolanos en Colombia reportaron haberse sentido discriminados en el ámbito de atención de salud (Calderón Jaramillo et al., 2021). Por otra parte, se releva la necesidad de entregar información culturalmente relevante a madres migrantes sobre temas de salud sexual y reproductiva para que se la puedan transmitir a sus hijas/os y encontrar estrategias de mediación entre tradiciones culturales diferentes en torno al ejercicio de la sexualidad por parte de jóvenes y adolescentes (Agbemenu et al., 2018). Por último, otra temática de relevancia para la aceptabilidad de la atención de salud sexual y reproductiva es el caso niños y adolescentes varones víctimas de violencia, explotación y abuso sexual, quienes pueden tener dificultad para verbalizar su experiencia debido a la estigmatización en torno a la temática. A su vez los equipos de salud carecen de información y experiencia para abordarlo y hacer derivaciones pertinentes (Chynoweth et al.).

Enfermedades crónicas

El abordaje intercultural de las enfermedades crónicas permite mejorar la adherencia al tratamiento, tanto al entregar información adaptada, como al abordar las barreras culturales que impactan la adherencia, como por ejemplo el estigma en el caso del asma en comunidades indias en Nueva Zelanda (Seeleman et al., 2012; Sudarsan et al., 2022). En el caso de la prevención del sobrepeso y de la obesidad, un estudio llevado a cabo en los Países Bajos indica distintas actitudes acerca del consumo de dulces y de la actividad física en padres y madres migrantes con respecto a sus pares holandeses, sugiriendo que el abordaje preventivo se debe adaptar a esas diferencias para ser exitoso (Kocken et al., 2012). Un estudio similar se llevó a cabo en Alemania con énfasis en conocimientos nutricionales de padres y madres migrantes (Schneider et al., 2013). Finalmente, se aborda la necesidad de brindar un apoyo culturalmente relevante a padres y madres cuyos hijo/a tiene alguna enfermedad crónica, incluyendo asegurarse de que la atención en salud recibida es adecuada y respetuosa (Desai et al., 2016).

Discapacidad

En lo que concierne la aceptabilidad de la atención a NNA con discapacidad, surgen varios desafíos. Primero, el estigma en torno a la discapacidad y barreras de idioma dificultan el diagnóstico y la aceptación de éste por parte de los padres y madres, lo cual significa que se tiene que llevar a cabo una labor de educación hacia ellos, además de entregar información cultural y lingüísticamente adecuada oralmente y por escrito y de ser posible contar con el apoyo de un intérprete (Brassart et al., 2017; Dijkstra & Rommes, 2021). Segundo, según un estudio llevado a cabo con terapeutas ocupacionales en Canadá, la rehabilitación tiene un enfoque occidental que no siempre se adapta a las necesidades de los NNA migrantes y su familia (Lindsay et al., 2014). Tercero, es clave promover los recursos, en términos de capital social y cultural, que los padres y madres de NNA con discapacidad poseen para apoyarlos en su vida cotidiana (Egilson et al., 2020).

Cuidados paliativos, duelo

El último tema que cabe destacar en torno a la aceptabilidad de la atención de salud de NNA migrantes son los cuidados paliativos y el manejo del duelo. Una revisión sistemática que analizó publicaciones de EEUU, Canadá, Australia y Suecia indica que los padres y madres que experimentaron el trauma de migrar de manera forzada, además de tener a un hijo/a con necesidad de cuidados paliativos pueden experimentar falta de agencia propia y una reducción de la capacidad de empoderamiento frente a la situación, lo cual requiere que los equipos de salud se adapten a la situación de la familia y brinden una atención culturalmente relevante (Clancy et al., 2020). Por otra parte, un estudio cualitativo enfocado en la experiencia de duelo de padres (hombres, “fathers”) migrantes racializados en Canadá reportó que los participantes se sintieron particularmente discriminados y alterizados por los equipos de salud (Kongnetiman-Pansa & Haines-Saah, 2022).

RECOMENDACIONES E INTERVENCIONES

De la literatura hasta ahora revisada, surge la necesidad de abordar la salud de los NNA migrantes de manera integral e intersectorial, desde un enfoque basado en la evidencia que toma en consideración el impacto de las políticas públicas, de factores comunitarios e institucionales y de las experiencias familiares e individuales, y que reconoce que el racismo y otras inequidades sistémicas contribuyen a las inequidades en salud a las que se enfrentan las poblaciones migrantes más allá de las vulnerabilidades individuales (Ayalew et al., 2021). Se debe asimismo integrar el enfoque de derechos en la atención a NNA migrantes (Schon et al., 2015) y asegurar capacidades prioritarias a nivel nacional y regional para garantizar las atenciones de salud física y mental, el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, la identificación de enfermedades infecciosas y la atención a mujeres embarazadas (Johnsen et al., 2020; Pinto et al., 2019). Por ejemplo, concretamente, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se recomienda suspender las políticas que impiden a las

personas migrantes acceder a servicios médicos generales y específicos, de bienestar infantil, protección social, inmunizaciones y otros servicios de protección (Sedas et al., 2020).

Intervenciones y programas en el ámbito escolar y comunitario

Las intervenciones que fortalecen capacidades existentes a nivel comunitario y escolar permiten abordar la salud de los NNA migrante de manera accesible e integral (Ayalew et al., 2021). Se han realizado diversas intervenciones y programas enfocados a la salud mental con anclaje en colegios y centros educativos. Por ejemplo, en entornos adversos en Siria, Líbano y Turquía, se llevaron a cabo sesiones con NNA refugiados en centros comunitarios y educativos enfocadas en entregar herramientas necesarias para manejar y expresar la ira sin utilizar la violencia y promover la cohesión social y restablecer las redes sociales mediante el respeto de la diversidad, la promoción de la autonomía y la creación de vías de acción que beneficiaran a la comunidad en general (Simpson, 2018). En el contexto de la pandemia por COVID-19, se realizaron en albergues en la ciudad de Tijuana, México, intervenciones de apoyo psicosocial con NNA migrantes y se facilitó atención con psicólogos a distancia (Bojorquez et al., 2020). En Jordania e Indonesia, se desarrolló una intervención para abordar la exposición prolongada al estrés en NNA refugiado y solicitantes de asilo utilizando el fútbol y se titula “Arsenal Football Club y Save the Children: Coaching for Life”. Si bien esta intervención fue exitosa, el uso de los deportes como estrategia de promoción de salud mental debe estar sostenido por un enfoque colaborativo y no competitivo, pues en caso contrario se pueden generar efectos adversos de frustración, competitividad y hostilidad entre NNA (Rosenbaum et al., 2021).

En colegios en EEUU, Reino Unido y Bélgica, se han propuesto programas que integren equipos multidisciplinarios, un abordaje colaborativo del cuidado, educación en salud mental para NNA migrantes y sus madres y padres, y la integración de componentes multiculturales e interculturales (Arora et al., 2021; Elliott et al., 2022; Hamari et al., 2022; Hughes, 2014; Spaas et al., 2022; Taylor et al., 2021; Valdez et al., 2018; Wang

et al., 2021; Wang et al., 2020). Más específicamente en Canadá, un estudio de caso concluyó que la inclusión de un facilitador cultural en colegios permite promover la salud mental de NNA refugiado y su bienestar general (Brar-Josan & Yohani, 2019). En los Países Bajos, por otra parte, se propone realizar evaluaciones para la detección de trastornos psiquiátricos en NNA migrantes en colegios para poder realizar intervenciones según necesidades (Adriaanse et al., 2015).

A nivel comunitario, se implementó el programa “First Steps” en Bélgica, que apunta a promover el desarrollo psicomotor, la sociabilización y el dominio del idioma local en niños y niñas de familias migrantes para prepararlos para su primer año de colegio, con enfoque cultural y con la participación activa de los padres y madres. El programa, además, tiene seguimiento, con los programas “Second Steps”, “Further Steps” y “Youth Steps” (Meurs et al., 2022). Por otra parte, se desarrolló en EEUU una intervención en línea de autoayuda para adolescentes latinas que padecen depresión, con la perspectiva de poder ser más accesible y costo-efectivo que otros programas (Davidson et al., 2015). En Tanzania, se realizó una adaptación y contextualización del programa Early Adolescent Skills for Emotions (EASE) de la Organización Mundial de la Salud para adolescentes refugiados originarios de Burundi (Fine et al., 2021). Por otra parte, en varios países de Europa se implementó un programa de apoyo psicosocial para familias refugiadas en tránsito que incluye el bienestar emocional de los NNA y de sus padres y madres de manera integral (Papadopoulos et al., 2022). En un línea similar, otro programa implementado en Suecia se enfocó en apoyar a padres y madres migrantes en temática de crianza en contexto de movilidad (Mangrio et al., 2022).

En el ámbito de la salud dental, también se han realizado intervenciones a nivel comunitario. En Taiwán, se llevó a cabo un programa intercultural de prevención de caries orientado a madres migrantes que fue exitosos en mejorar sus hábitos en torno a la salud dental de sus hijas e hijos y el acceso a atención de salud dental (Hsu et al., 2015). En Australia, se llevó a cabo un programa similar de educación en salud dental que también fue exitoso en términos de cambios de hábito y conocimientos en padres y madres migrantes (Gibbs et al., 2015).

Se realizaron intervenciones que apuntan a la educación en otros ámbitos de la salud de NNA migrantes. En EEUU, se utilizó exitosamente *fotovoice* para educar a padres y madres migrantes sobre gatilladores de crisis de asma en NNA (Trujillo et al., 2020). Por otra parte, en el mismo país, se adaptó un programa de gestión del peso para NNA migrantes latinos con sobrepeso que aborde la migración como determinante social de la salud (DeCamp et al., 2022). Asimismo, se adaptó culturalmente un programa de capacitación para padres y madres migrantes con hijos/as con trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual para que responda mejor a su experiencia y realidad (Magaña et al., 2021; Xu et al., 2022). Finalmente, cabe señalar que se identificó un vacío de intervenciones en educación para prevenir el maltrato infantil en familias migrantes (Finno-Velasquez et al., 2022).

Finalmente, se debe asegurar de que la población migrante tenga acceso a la información escrita que sea suficiente y cultural y lingüísticamente relevante (Pinto et al., 2019). Por ejemplo, en Australia, se evaluó la pertinencia cultural y lingüística de folletería educativa para madres originarias de la India sobre salud dental de niños y niñas. Se concluyó que los folletos debiesen ser en inglés simplificado considerando la diversidad de idiomas de ese país, y que no todas las madres entendían el hindi (A. Arora et al., 2021). En el caso de madres latinas en zonas rurales de EEUU, solicitaron limitar el texto e incluir fotos a color en material educativo sobre temas de salud infantil y asegurarse de que sean de un formato fácilmente transportable (Kilanowski, 2013). En este sentido, es importante pilotear materiales educativos y asegurarse de que sea relevante para audiencias diversas, aunque sean de un mismo país de origen.

Terapias especializadas

Se proponen asimismo terapias específicas en el ámbito clínico para abordar la salud mental de NNA migrantes. En la India, se implementó una intervención de habilidades para la vida en adolescentes tibetanos refugiados que tuvo buenos resultados en su salud mental (Yankey & Biswas, 2012). En Francia, se implementaron dos

intervenciones. La primera es un programa de terapia para menores no-acompañados que incluye un psiquiatra, un psicólogo, un intérprete y un trabajador social con un enfoque de cuidados de salud mental cultural, biológico, narrativo e institucional (Guessoum et al., 2022). La segunda se refiere a la implementación de terapias transculturales con familias migrantes y que aborda de manera integral la migración y la salud mental de los NNA de primera y segunda generación, permitiendo abordar sintomatología y factores de estrés complejos de manera exitosa (Lachal et al., 2020). Finalmente, en EEUU, se adaptó un programa de terapia cognitivo conductual para niños y niñas que sufren de un trastorno de ansiedad a las necesidades de NNA latinos en entorno rural. El programa se lleva a cabo por teléfono y permite llegar a familias de difícil acceso, reduciendo inequidades en salud mental (Chavira et al., 2018).

CUADRO RESUMEN

Se analizaron **298 publicaciones**, incluyendo artículos científicos revisados por pares y literatura gris, de alcance nacional e internacional.

NECESIDADES DE SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AFECTADOS POR LA MIGRACIÓN: PRINCIPALES HALLAZGOS
• Si bien la población migrante es diversa, una proporción importante de NNA migrantes en Chile y en el mundo se enfrenta a procesos de discriminación, racialización, violencia, vulnerabilidad social, condiciones de vida precarias, vulneración de derechos y limitaciones al ejercicio de su derecho a disponer de un nivel de vida digno y lograr un desarrollo integral. Frente a estas condiciones es necesario reconocer el concepto de resiliencia, o la capacidad de generar estrategias de adaptación y resistencia, evitando conceptualizar a los NNA migrantes como inherentemente vulnerables.
• Salud mental: la evidencia acerca de una posible mayor prevalencia de trastornos de salud mental en NNA migrantes comparado con los locales no es consistente ni concluyente. Sin embargo, los estudios coinciden en que los factores de desarrollo de trastornos de salud mental o afectivos pueden ser múltiples en NNA migrantes, incluyendo condiciones de viaje, aculturación, estatus migratorio, precariedad financiera, idioma, presión escolar, percepción de tener pocas perspectivas, salud mental de los padres y cuidadores y estrés derivado de relaciones con pares. Por otra parte, las políticas de protección de NNA en situación irregular, el conocer y entender el proyecto migratorio, la presencia de redes de apoyo, las buenas relaciones con pares, el apoyo suficiente en el colegio, el apoyo familiar, el reconocimiento de su capacidad de agencia, y las conexiones con la cultura de origen representan factores protectores.
• Salud dental: poca evidencia a nivel nacional, la evidencia internacional indica mayor prevalencia de problemas de salud dental en NNA migrantes que en sus pares locales, incluyendo peor calidad de vida relacionada con la salud dental y mayor nivel de severidad de caries.
• Salud sexual y reproductiva en adolescentes migrantes ha sido particularmente estudiada en América Latina y el Caribe, donde se señalan preocupaciones acerca del embarazo adolescente, experiencias de violencia sexual y violencia obstétrica, y la necesidad de brindar educación sexual integral.
• Salud perinatal: la evidencia señala, entre madres migrantes, mayor riesgo biopsicosocial, problemas de salud crónica y enfermedades infecciosas, además de ingreso tardío a controles prenatales.

- **Desarrollo psicomotor:** la evidencia es escasa e inconcluyente, aunque sí existe acuerdo sobre la necesidad de adaptar escalas a contextos interculturales. Respecto de los trastornos neurológicos, la evidencia global ha discutido la asociación entre migración y el surgimiento de trastornos del espectro autista en segundas generaciones.
- **Nutrición y las enfermedades crónicas:** se evidencia a nivel global que el proceso migratorio conlleva riesgos de inseguridad alimentaria, pero también cambios importantes en los hábitos alimenticios como consecuencia de proceso de integración y asimilación, lo cual podría explicar la prevalencia de presión sanguínea alta e índice de masa corporal alto incluyendo obesidad en ciertos grupos, y los riesgos de desarrollar hipertensión y dislipidemia. El tema ha sido poco estudiado en Chile.
- Se señala que NNA migrantes sin seguro de salud llegan a servicios de urgencias con necesidades asociadas a un bajo uso de servicios de prevención y promoción, incluyendo lesiones graves y traumatismos.
- Emergieron otros temas de interés, entre los cuales menores tasas de supervivencia a **cáncer** en NNA migrantes en Finlandia, bajas tasas de **vacunación** de esquemas primarios para **enfermedades infecciosas prevenibles** de baja incidencia o erradicadas en EEUU.

BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL ACCESO A SALUD: PRINCIPALES HALLAZGOS

- Se identifican barreras y facilitadores a nivel del sistema de salud. Entre las barreras se encuentran las barreras administrativas o burocráticas, las barreras ligadas a la falta de información de los profesionales de salud acerca de los derechos de las personas migrantes o falta de cumplimiento por discriminación, las barreras vinculadas con limitaciones estructurales de los sistemas de salud (poca disponibilidad etc.), las barreras lingüísticas y las barreras exacerbadas en el caso de NNA migrantes con discapacidad. Entre los facilitadores, destacan los bajos costos, el poder atenderse con profesionales de la misma cultura e idioma y la posibilidad de recibir atención extra-muros (colegios, casas de acogida).
- Barreras y facilitadores a nivel individual están vinculados con el proceso migratorio, elementos culturales, personales y estructuras que reproducen desigualdades e inequidades. Entre las barreras individuales se encuentra **la falta de información acerca de los derechos en salud**, lo cual puede a su vez generar, por una parte, un **temor** a verse negada la atención, y por otra parte, temores acerca

del riesgo de denuncia y deportación en migrantes en situación irregular. Asimismo, se detecta falta de información sobre el sistema de salud del país, especialmente acerca de servicios de especialidad. Por otra parte, algunas barreras se relacionan con **el abordaje de los procesos de salud y enfermedad**, donde no necesariamente se percibe la necesidad de atención a menos de presentar síntomas graves. Entre los facilitadores, destaca el **rol de la comunidad** en transmitir información, toda vez que ésta sea actualizada, y el rol de personas de confianza para abogar por la familia y facilitar el acceso al servicio de salud como un facilitador.

BARRERAS Y FACILITADORES DE ACEPTABILIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

- La falta de aceptabilidad de la atención de salud a su vez puede representar una barrera para la búsqueda de atención a futuro
- Se considera que facilitan la aceptabilidad de la atención de salud general el **trato respetuoso**, sin juicio, el **evitar patologizar creencias**, expresar interés en entender contexto de vida y **adaptar recomendaciones** en base a eso, **evitar asimetrías de poder/tratar** como pares, el promover y practicar el diálogo intercultural, conocer los abordajes no biomédicos de enfermedades comunes y, a nivel de sistema, el **trabajo intersectorial basado en la confianza**. Por otra parte, se señalan principalmente **barreras lingüísticas** para la aceptabilidad de la atención de salud general.
- Se destacan las barreras relacionadas con las limitaciones de los abordajes biomédicos, etnocéntricos y culturalistas así como la construcción de los NNA migrantes como sujetos inherentemente vulnerables sin capacidad de agencia, la falta de relevancia cultural de la atención y recomendaciones, la falta de reconocimiento del aspecto transnacional del abordaje de la salud, sucesos de re-victimización, dificultades vinculadas con expresiones diversas del dolor y malestar psíquico, preocupaciones para la privacidad de los pacientes en atención de salud en el contexto escolar, y finalmente, estigma en torno a la discapacidad.
- Entre los facilitadores, destacan la confianza en el equipo de salud, la atención con equipos de salud de misma cultura o que hablan su idioma, el incluir el enfoque de trauma en el cuidado (“trauma-informed care”), el tomar en consideración los recursos y estrategias de los NNA migrantes y sus familias, el reconocer la migración como

determinante social de la salud física y mental, el brindar información cultural y lingüísticamente adecuada oralmente y por escrito, y contar con el apoyo de un intérprete.

- Finalmente, se señala que si bien se deben hacer adaptaciones para facilitar la aceptabilidad de la atención de NNA migrantes, se debe hacer evitando apartar y estigmatizar en base a ello.

RECOMENDACIONES E INTERVENCIONES EN SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE SALUD DE NNA MIGRANTES

- Se evidencia la necesidad de abordar la salud de los NNA migrantes de manera **integral e intersectorial**, desde un enfoque de derechos, con base en la evidencia y tomando en consideración el impacto de las políticas públicas, de factores comunitarios e institucionales y de las experiencias familiares e individuales, reconociendo asimismo que el racismo y otras inequidades sistémicas contribuyen a las inequidades en salud a las que se enfrentan las poblaciones migrantes.
- Se recomienda desarrollar **intervenciones** y programas que desarrollen y fortalezcan las capacidades de abordaje de la salud de los NNA migrantes en **a nivel escolar y comunitario**. Se presentan diversas experiencias enfocadas especialmente en salud mental y apoyo psicosocial en distintos países.
- Asimismo, se debe garantizar **la disponibilidad y acceso a información escrita que sea suficiente y cultural y lingüísticamente relevante**, piloteado con audiencias diversas.
- Finalmente, destacaron **terapias especializadas para abordar la salud mental de NNA migrantes**, incluyendo desarrollo de habilidades para la vida, terapias integrales, terapias transculturales y terapias cognitivo-conductuales.

REFERENCIAS DE LA REVISIÓN NARRATIVA

- Aarabi, G., Reissmann, D. R., Sagheri, D., Neuschulz, J., Heydecke, G., Kofahl, C., & Sierwald, I. (2018). Oral health-related quality of life of children and adolescents with and without migration background in Germany. *Quality of Life Research*, 27(10), 2619-2627.
- Adams, M. J. H., Young, M. S., Laird, L. D., Geltman, P. L., Cochran, M. J. J., Hassan, M. A., Egal, F., Paasche-Orlow, M. K., & Barnes, L. L. (2013). The cultural basis for oral health practices among Somali refugees pre-and post-resettlement in Massachusetts. *Journal of health care for the poor and underserved*, 24(4), 1474.
- Adriaanse, M., Doreleijers, T., van Domburgh, L., & Veling, W. (2016). Factors associated with psychiatric symptoms and psychiatric disorders in ethnic minority youth. *European child & adolescent psychiatry*, 25(10), 1067-1079.
- Adriaanse, M., van Domburgh, L., Zwirs, B., Doreleijers, T., & Veling, W. (2015). School-based screening for psychiatric disorders in Moroccan-Dutch youth. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 1-13.
- Agbemenu, K., Devido, J., Terry, M. A., Hannan, M., Kitutu, J., & Doswell, W. (2018). Exploring the experience of African immigrant mothers providing reproductive health education to their daughters aged 10 to 14 years. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(2), 123-130.
- Akkaya-Kalayci, T., Popow, C., Waldhör, T., Winkler, D., & Özlü-Erkilic, Z. (2017). Psychiatric emergencies of minors with and without migration background. *neuropsychiatrie*, 31(1), 1-7.
- Al-Natour, A., Morris, E. J., & Mohammad Al-Ostaz, S. (2022). Through Her Eyes: The Impact of War on Syrian Refugee Families. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(1), 26-32.
- Alisic, E., Groot, A., Snetselaar, H., Stroeken, T., & Van De Putte, E. (2017). Children bereaved by fatal intimate partner violence: a population-based study into demographics, family characteristics and homicide exposure. *PLoS One*, 12(10), e0183466.
- Aljafari, A. K., Gallagher, J. E., & Hosey, M. T. (2015). Failure on all fronts: general dental practitioners' views on promoting oral health in high caries risk children-a qualitative study. *BMC oral health*, 15(1), 1-11.
- Altet Gómez, M., & Alcaide Megías, J. (2005). La tuberculosis en niños inmigrantes: dificultades y recomendaciones. *Anales de Pediatría*,
- Andrews, T. J., Ybarra, V., & Matthews, L. L. (2013). For the sake of our children: Hispanic immigrant and migrant families' use of folk healing and biomedicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 27(3), 385-413.
- Ansion, M., & Merali, N. (2018). Latino immigrant parents' experiences raising young children in the absence of extended family networks in Canada: Implications for counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(4), 408-427.
- Arcos, E., Vollrath, A., Sánchez, X., & Bailey, C. (2018). Motherhood immigrant women in Chile: A qualitative study. *Midwifery*, 66, 182-186.

- Arora, A., Maharaj, R., Naidu, S., Chimoriya, R., Bhole, S., Nash, S., & Jones, C. (2021). Views of Indian migrants on adaptation of child oral health leaflets: a qualitative study. *Children*, 8(1), 28.
- Arora, A., Nguyen, D., Do, Q. V., Nguyen, B., Hilton, G., Do, L. G., & Bhole, S. (2014). 'What do these words mean?': A qualitative approach to explore oral health literacy in Vietnamese immigrant mothers in Australia. *Health Education Journal*, 73(3), 303-312.
- Arora, P. G., Alvarez, K., Huang, C., & Wang, C. (2021). A three-tiered model for addressing the mental health needs of immigrant-origin youth in schools. *Journal of immigrant and minority health*, 23(1), 151-162.
- Arsenijević, J., Schillberg, E., Ponthieu, A., Malvisi, L., Ahmed, W. A. E., Argenziano, S., Zamatto, F., Burroughs, S., Severy, N., & Hebting, C. (2017). A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe. *Conflict and health*, 11(1), 1-9.
- Augereau, N., & Tordjman, S. (2017). Étude de la place de la migration parmi les facteurs de vulnérabilité aux troubles autistiques. *Contraste*, 46(2), 163-188.
- Ayalew, B., Dawson-Hahn, E., Cholera, R., Falusi, O., Haro, T. M., Montoya-Williams, D., & Linton, J. M. (2021). The health of children in immigrant families: key drivers and research gaps through an equity lens. *Academic Pediatrics*, 21(5), 777-792.
- Baak, M., Miller, E., Ziersch, A., Due, C., Masocha, S., & Ziaian, T. (2020). The role of schools in identifying and referring refugee background young people who are experiencing mental health issues. *Journal of school health*, 90(3), 172-181.
- Baaui, A., Rosiek, S., Slattery, B., Chinapaw, M., van Hensbroek, M. B., Van Goudoever, J., & Kist-van Holthe, J. (2018). Pediatrician-experienced barriers in the medical care for refugee children in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics*, 177(7), 995-1002.
- Baker, J. R., Raman, S., Kohlhoff, J., George, A., Kaplun, C., Dadich, A., Best, C. T., Arora, A., Zwi, K., & Schmied, V. (2019). Optimising refugee children's health/wellbeing in preparation for primary and secondary school: a qualitative inquiry. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11.
- Balcazar, A. J., Grineski, S. E., & Collins, T. W. (2015). The durability of immigration-related barriers to health care access for Hispanics across generations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 37(1), 118-135.
- Barghadouch, A., & Norredam, M. (2022). Psychosocial Responses to Healthcare: A Study on Asylum-Seeking Families' Experiences in Denmark. *Journal of immigrant and minority health*, 24(2), 551-555.
- Barnevik-Olsson, M., Gillberg, C., & Fernell, E. (2010). Prevalence of autism in children of Somali origin living in Stockholm: brief report of an at-risk population. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(12), 1167-1168.
- Becerra, M., & Altimir, L. (2012). El derecho a la salud de los niños y niñas migrantes y refugiados, contextos y especificidad en salud mental. In O. ACNUR, UNICEF (Ed.), *Los derechos de los niños, niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile* (pp. 191-216). ACNUR, OIM, UNICEF.
- Becerra, T. A., von Ehrenstein, O. S., Heck, J. E., Olsen, J., Arah, O. A., Jeste, S. S., Rodriguez, M., & Ritz, B. (2014). Autism spectrum disorders and race, ethnicity, and nativity: a population-based study. *Pediatrics*, 134(1), e63-e71.

- Benza, S., & Liamputtong, P. (2017). Becoming an 'Amai': Meanings and experiences of motherhood amongst Zimbabwean women living in Melbourne, Australia. *Midwifery*, 45, 72-78.
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A. M., Chepo, M., Flaño, J., & Obach, A. (2019). Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Salud pública de México*, 60, 566-578.
- Berra, S. d. V., Rodríguez Sanz, M., Rajmil, L., Pasarín, M. I., & Borrell, C. (2014). Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents.
- Betancourt, T. S., Abdi, S., Ito, B. S., Lilienthal, G. M., Agalab, N., & Ellis, H. (2015). We left one war and came to another: Resource loss, acculturative stress, and caregiver-child relationships in Somali refugee families. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 21(1), 114.
- Blouin, C., Jave, I., & Goncalves de Freitas, M. (2019). *Una mirada a los impactos psicosociales en personas refugiadas y migrantes venezolanas alojadas en albergues en Lima (Perú). Diagnóstico rápido*. <http://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2019/11/20174309/diagnostico-psicosocial.pdf>
- Bojorquez, I., Odgers, O., & Olivas, O. (2020). *Atención psicosocial a migrantes ante el Covid-19 en albergues de la sociedad civil en Tijuana* (Documentos de Contingencia, Poblaciones, Issue).
- Boynuyogun, E., Calis, M., Kara, M., Cinar, S., & Ozgur, F. (2020). The impact of Middle Eastern crisis on cleft care: evaluation of demographic and perioperative data in Syrian refugees with cleft lip and palate. *Journal of Craniofacial Surgery*, 31(6), 1668-1671.
- Brandenberger, J., Sontag, K., Duchêne-Lacroix, C., Jaeger, F. N., Peterhans, B., & Ritz, N. (2019). Perspective of asylum-seeking caregivers on the quality of care provided by a Swiss paediatric hospital: a qualitative study. *BMJ Open*, 9(9), e029385.
- Brar-Josan, N., & Yohani, S. C. (2019). Cultural brokers' role in facilitating informal and formal mental health supports for refugee youth in school and community context: a Canadian case study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 47(4), 512-523.
- Brassart, E., Prévost, C., Bétrisey, C., Lemieux, M., & Desmarais, C. (2017). Strategies developed by service providers to enhance treatment engagement by immigrant parents raising a child with a disability. *Journal of child and family studies*, 26(4), 1230-1244.
- Bravo, A., & Santos-González, I. (2017). Menores extranjeros no acompañados en España: necesidades y modelos de intervención. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 55-62.
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2013). Sleeping patterns of Afghan unaccompanied asylum-seeking adolescents: a large observational study. *PLoS One*, 8(2), e56156.
- Browne, D. T., Smith, J. A., & Basabose, J. d. D. (2021). Refugee children and families during the COVID-19 crisis: A resilience framework for mental health. *Journal of Refugee Studies*, 34(1), 1138-1149.
- Cabieses, B., Chepo, M., Oyarte, M., Markkula, N., Bustos, P., Pedrero, V., & Delgado, I. (2017). Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 88(6), 707-716.
- Cabieses, B., & Obach, A. (2022). *Sistematización de experiencias y aprendizajes de comunas con y sin implementación del Programa Ministerial de Atención a Migrantes de APS en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente: Informe final*. UDD.

- Cabieses, B., Sepúlveda, C., & Obach, A. (2020). Prevención de la transmisión vertical de VIH en mujeres migrantes internacionales: Escenario actual y desafíos. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 672-683.
- Calderón Jaramillo, M., Murad, R., Acevedo Guerrero, N., Forero, L. J., & Rivillas, J. C. (2021). Necesidades en salud sexual y salud reproductiva: perspectivas de la población migrante venezolana en cuatro ciudades fronterizas. *La Manzana de la Discordia*, 16(1).
- Calquín, C., Galaz, C., & Magaña, I. (2022). Intervención y familias migrantes: análisis crítico de la «vulnerabilidad» desde los/las profesionales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(2), 21.
- Cantore, A., & Bertoni, M. B. (2021). Mujeres indígenas mbyá-guaraní y migrantes bolivianas en Argentina: Comparaciones etnográficas sobre sus partos y atenciones sanitarias. *Antropología Experimental*(21), 469-484.
- Capella, V. B. (2012). Ethics of primary health care for children of international origin. *Acta Bioethica*, 18(2).
- Carrasco, P., Bracho, F., Montes, S., Córdova, P., Tomarelli, G., Arriagada, D., & Donoso, A. (2020). Patologías del niño inmigrante en la Unidad de Cuidados Intensivos. Actualización. *Revista chilena de pediatría*, 91(4), 597-604.
- Carrasco-Sanz, A., Leiva-Gea, I., Martín-Alvarez, L., Del Torso, S., van Esso, D., Hadjipanayis, A., Kadir, A., Ruiz-Canela, J., Pérez-González, O., & Grossman, Z. (2018). Migrant children's health problems, care needs, and inequalities: European primary care paediatricians' perspective. *Child: care, health and development*, 44(2), 183-187.
- Carreño, A., Cabieses, B., Obach, A., Gálvez, P., & Correa, M. E. (2022). Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo. *Castalia*, 38(1), 79-97.
- Carrera, L. C., Lévesque-Daniel, S., Radjack, R., Moro, M. R., & Lachal, J. (2020). Clinical approaches to cultural diversity in mental health care and specificities of French transcultural consultations: A scoping review. *Frontiers in psychiatry*, 11.
- Carrico, R. M., Goss, L., Wiemken, T. L., Bosson, R. S., Peyrani, P., Mattingly, W. A., Pauly, A., Ford, R. A., Kotey, S., & Ramirez, J. A. (2017). Infection prevention and control and the refugee population: Experiences from the University of Louisville Global Health Center. *American Journal of Infection Control*, 45(6), 673-676.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M.-E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- CEPAL, UNICEF, la, O. d., del, R. E., la, S. G. s., & Niños, V. c. l. (2020). *Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46485/S2000611_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CEPAL, N. (2019). Propuesta de agenda regional de desarrollo social inclusivo.
- Céspedes, C., & Robles, C. (2016). *Niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad* (1564-4170). <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/4733/Ni%3fb1as%20y%20adolescentes%20en%20Am%3fa9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%20deudas%20de%20igualdad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Chapman, M. V., & Stein, G. L. (2014). How do new immigrant Latino parents interpret problem behavior in adolescents? *Qualitative Social Work*, 13(2), 270-287.
- Chavira, D. A., Bustos, C., Garcia, M., Reinos Segovia, F., Baig, A., Ng, B., & Camacho, A. (2018). Telephone-assisted, parent-mediated CBT for rural Latino youth with anxiety: A feasibility trial. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 24(3), 429.
- Chen, C.-C., Chiou, S.-J., Ting, C.-C., Lin, Y.-C., Hsu, C.-C., Chen, F.-L., Lee, C.-H., Chen, T., Chang, C.-S., & Lin, Y.-Y. (2014). Immigrant-native differences in caries-related knowledge, attitude, and oral health behaviors: a cross-sectional study in Taiwan. *BMC oral health*, 14(1), 1-9.
- Chen, C. I., & Huang, M. C. (2018). Exploring the growth trajectory of cultural competence in Taiwanese paediatric nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 27(23-24), 4331-4339.
- Chen, Y.-C., Wei, S.-H., Yeh, K.-W., & Chen, M.-Y. (2013). Learning strengths from cultural differences: a comparative study of maternal health-related behaviors and infant care among Southern Asian immigrants and Taiwanese women. *BMC International Health and Human Rights*, 13(1), 1-8.
- Chepo, M. (2021). Necesidades de salud de niños y niñas migrantes en Chile: análisis a partir de la encuesta casen para los años 2015-2017. In C. B. Avaria A, Obach A (Ed.), *Salud y migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy* (pp. 179-196). Universidad Autónoma de Chile.
- Chepo, M., & Cabieses, B. (2018). Diferencias en salud entre niños y niñas chilenos y migrantes: análisis de la Casen 2009-2015. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 58(4), 65-70.
- Chien, S.-C., Yeh, Y.-P., Wu, J.-Y., Lin, C.-H., Chang, P.-C., Fang, C.-H., & Yang, H.-J. (2013). Factors associated with intensiveness of use of child preventive health services in Taiwan: a comparative study between cross-cultural immigrant families and native-born families. *Ethnicity & Health*, 18(1), 1-17.
- Chile Crece Contigo. (2019). *Catálogo de prestaciones 2019-2020*.
- Choe, A. Y., Unaka, N. I., Schondelmeyer, A. C., Bignall, W. J. R., Vilvens, H. L., & Thomson, J. E. (2019). Inpatient communication barriers and drivers when caring for limited English proficiency children. *Journal of hospital medicine*, 14(10), 607-613.
- Christian, B., Young, D., Gibbs, L., De Silva, A., Gold, L., Riggs, E., Calache, H., Tadic, M., Hall, M., & Moore, L. (2015). Exploring child dental service use among migrant families in metropolitan Melbourne, Australia. *Australian dental journal*, 60(2), 200-204.
- Chynoweth, S. K., Freccero, J., & Touquetc, H. Violencia sexual contra hombres y niños en entornos de conflicto y desplazamiento forzado: implicancias para el sector salud. *Reproductive Health Matters*, 25(51), 90-94.
- Clancy, M., Taylor, J., Bradbury-Jones, C., & Phillimore, J. (2020). A systematic review exploring palliative care for families who are forced migrants. *Journal of advanced nursing*, 76(11), 2872-2884.
- Clavijo Cáceres, D., Muñoz Pava, X., & Pava Parada, N. (2018). La Responsabilidad Del Estado Colombiano Frente A La Garantía De Los Servicios De Salud A Niños Y Niñas Migrantes Irregulares En El Territorio Nacional. *MARTHA SOFÍA*, 4(6), 30-83.
- Contreras, Y. (2019). Trayectorias migratorias. Entre trayectorias directas, azarosas y nómades. *Investigaciones Geográficas*, (58), 4-20.

- Correa, M., & Cabieses, B. (2021). Programa para el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes internacionales en contextos de vulnerabilidad social en Chile. In B. O. Cabieses, A; Urrutia, C (Ed.), *INTERCULTURALIDAD EN SALUD* (pp. 319-344). Universidad del Desarrollo.
- Cox, P., & McDonald, J. M. (2020). Analysis and critique of ‘Transforming children and young people’s mental health provision: A green paper’: Some implications for refugee children and young people. *Journal of child health care*, 24(3), 338-350.
- Crespo, E. (2019). The importance of oral health in immigrant and refugee children. *Children*, 6(9), 102.
- Criss, S., Woo Baidal, J. A., Goldman, R. E., Perkins, M., Cunningham, C., & Taveras, E. M. (2015). The role of health information sources in decision-making among Hispanic mothers during their children’s first 1000 days of life. *Maternal and child health journal*, 19(11), 2536-2543.
- Cullins, L. M., Gabriel, M., Solages, M., Call, D., McKnight, S., Concepcion, M., & Cho, J. (2016). Pediatric community mental health. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 46(11), 354-388.
- da Conceição F Santiago, M., & Figueiredo, M. H. (2015). Immigrant women’s perspective on prenatal and postpartum care: systematic review. *Journal of immigrant and minority health*, 17(1), 276-284.
- Dahhan, N., Meijssen, D., Chegary, M., Bosman, D., & Wolf, B. (2012). Ethnic diversity outpatient clinic in paediatrics. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-7.
- Dahlan, R., Bohlouli, B., Salami, B., Saltaji, H., & Amin, M. (2021). Parental acculturation and oral health of children among immigrants. *Journal of Public Health Dentistry*.
- Dailey, P. M., & Krieger, J. L. (2017). Communication and US-Somali immigrant human papillomavirus (HPV) vaccine decision-making. *Journal of Cancer Education*, 32(3), 516-521.
- Davidson, T. M., Soltis, K., Albia, C. M., de Arellano, M., & Ruggiero, K. J. (2015). Providers’ perspectives regarding the development of a web-based depression intervention for Latina/o youth. *Psychological services*, 12(1), 37.
- DeCamp, L. R., Acosta, J., Guerrero Vazquez, M., & Polk, S. (2022). From clinic to community: Adapting evidence-based weight management for overweight Latinx children to better address social determinants. *Health promotion practice*, 23(3), 518-529.
- DeJonckheere, M. J., Vaughn, L. M., & Jacquez, F. (2017). Latino immigrant youth living in a nontraditional migration city: A social-ecological examination of the complexities of stress and resilience. *Urban Education*, 52(3), 399-426.
- Desai, P. P., Rivera, A. T., & Backes, E. M. (2016). Latino caregiver coping with children’s chronic health conditions: An integrative literature review. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(2), 108-120.
- Dijkstra, M., & Rommes, E. (2021). Dealing with disability: challenges in Dutch health care of parents with a non-Western migration background and a child with a developmental disability. *Disability and Rehabilitation*, 1-12.
- Ditlevsen, K. (2018). Resignation, goal orientation or cultural essentialism? Health care practitioners’ approaches to interventions on childhood obesity. *Health Sociology Review*, 27(3), 231-247.

- Dondi, A., Piccinno, V., Morigi, F., Sureshkumar, S., Gori, D., & Lanari, M. (2020). Food insecurity and major diet-related morbidities in migrating children: A systematic review. *Nutrients*, 12(2), 379.
- Egilson, S. P., Ottósdóttir, G., & Skaptadóttir, U. D. (2020). The intersection of childhood disability and migration in family lives. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 22(1).
- Elliott, S. A., Wright, K. S., Scott, S. D., Mohamed, M., Farah, A., & Hartling, L. (2022). Adapting Child Health Knowledge Translation Tools for Somali Parents: Qualitative Study Exploring Process Considerations and Stakeholder Engagement. *JMIR formative research*, 6(4), e36354.
- Espejo, N., & Balart, A. (2012). Los derechos de los niños migrantes: desafíos para la legislación migratoria chilena. In O. ACNUR, UNICEF (Ed.), *Niñas y adolescentes migrantes, refugiados y víctimas de trata internacional en Chile* (pp. 9). ACNUR, OIM, UNICEF.
- Fanta Garrido, J. V. (2020). Estado reciente de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres migrantes que residen en la Ciudad de Buenos Aires. *Migraciones internacionales*, 11.
- Farfán-Santos, E. (2019a). The politics of resilience and resistance: Health care access and undocumented Mexican motherhood in the United States. *Latino Studies*, 17(1), 67-85.
- Farfán-Santos, E. (2019b). Undocumented motherhood: Gender, maternal identity, and the politics of health care. *Medical Anthropology*, 38(6), 523-536.
- Federation, I. P. P. (2020). *Guía para proteger los derechos de mujeres y niñas durante la pandemia*.
<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1294/guia%20para%20proteger.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Fegert, J. M., Diehl, C., Leyendecker, B., Hahlweg, K., & Prayon-Blum, V. (2018). Psychosocial problems in traumatized refugee families: overview of risks and some recommendations for support services. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(1), 1-8.
- Fine, S. L., Malik, A., Guimond, M.-F., Nemiro, A., Temu, G., Likindikoki, S., Annan, J., & Tol, W. A. (2021). Improving mental health in low-resource settings: A feasibility randomized controlled trial of a transdiagnostic psychological intervention among Burundian refugee adolescents and their caregivers. *Behaviour Research and Therapy*, 145, 103944.
- Finno-Velasquez, M., Sepp, S. M., Lopez, A., Aquino, E., Cherie, N., & Ortiz-Upston, M. (2022). Child maltreatment prevention interventions for Latinx immigrant populations: a systematic review. *Journal of Public Child Welfare*, 1-34.
- Flink, I. J. E., Beirens, T. M. J., Butte, D., & Raat, H. (2014). Help-seeking behaviour for internalizing problems: perceptions of adolescent girls from different ethnic backgrounds. *Ethnicity & Health*, 19(2), 160-177.
- Floríndez, L. I., Floríndez, D. C., Floríndez, F. M., Como, D. H., Pyatak, E., Baezconde-Garbanati, L., Polido, J. C., & Cermak, S. A. (2019). Oral care experiences of Latino parents/caregivers with children with Autism and with typically developing children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2905.
- Fortin, S., Gauthier, A., Gomez, L., Faure, C., Bibeau, G., & Rasquin, A. (2013). Uncertainty, culture and pathways to care in paediatric functional gastrointestinal disorders. *Anthropology & Medicine*, 20(3), 311-323.

- Franco, D. (2018). Trauma without borders: The necessity for school-based interventions in treating unaccompanied refugee minors. *Child and adolescent social work journal*, 35(6), 551-565.
- Galaz, C., Pavez, I., Alvarez, C., & Hedrera, L. (2019). Polivictimización y agencia de niños y niñas migrantes en Chile desde una mirada interseccional. *Athenea digital*, 19(2).
- Galaz, C., Pávez, I., & Magalhães, L. (2021). Polivictimización de niños/as migrantes en Iquique (Chile). *Si Somos Americanos*, 21(1), 129-151.
- Gallardo Zanetta, A. M. (2022). Cogniciones y prácticas parentales en contexto de migración: Una revisión teórica. In M. d. L. Rosas-López & R. Colasanti (Eds.), *Migración y salud* (pp. 90). Ediciones del Lirio.
- Garg, P., Ha, M. T., Eastwood, J., Harvey, S., Woolfenden, S., Murphy, E., Dissanayake, C., Jalaludin, B., Williams, K., & McKenzie, A. (2017). Explaining culturally and linguistically diverse (CALD) parents' access of healthcare services for developmental surveillance and anticipatory guidance: qualitative findings from the 'Watch Me Grow'study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-12.
- Garnweidner-Holme, L. M., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L. (2017). Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-10.
- Gartland, D., Riggs, E., Giallo, R., Glover, K., Casey, S., Muyeen, S., Weetra, D., White, S., Koolmatrerie, T., & Brown, S. J. (2021). Using participatory methods to engage diverse families in research about resilience in middle childhood. *Journal of health care for the poor and underserved*, 32(4), 1844-1871.
- Georgiades, K., Paksarian, D., Rudolph, K. E., & Merikangas, K. R. (2018). Prevalence of mental disorder and service use by immigrant generation and race/ethnicity among US adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(4), 280-287. e282.
- Gerend, M. A., Stephens, Y. P., Kazmer, M. M., Slate, E. H., & Reyes, E. (2021). Acculturation and health beliefs: interactions between host and heritage culture underlie latina/o caregivers' beliefs about HPV vaccination. *Journal of immigrant and minority health*, 23(1), 113-120.
- Gibbs, L., de Silva, A. M., Christian, B., Gold, L., Gussy, M., Moore, L., Calache, H., Young, D., Riggs, E., & Tadic, M. (2016). Child oral health in migrant families: a cross-sectional study of caries in 1-4 year old children from migrant backgrounds residing in Melbourne, Australia. *Community dental health*, 33(2), 100-106.
- Gibbs, L., Waters, E., Christian, B., Gold, L., Young, D., de Silva, A., Calache, H., Gussy, M., Watt, R., & Riggs, E. (2015). Teeth Tales: a community-based child oral health promotion trial with migrant families in Australia. *BMJ Open*, 5(6), e007321.
- Gonçalves, M., & Moleiro, C. (2012). The family-school-primary care triangle and the access to mental health care among migrant and ethnic minorities. *Journal of immigrant and minority health*, 14(4), 682-690.
- González Araya, E., & Leal Fuentes, I. (2021). Salud sexual y reproductiva en población migrante internacional, con énfasis en la población adolescente femenina. In O. A. Cabieses B, Urrutia C (Ed.), *INTERCULTURALIDAD EN SALUD* (pp. 345-364). Universidad del Desarrollo.

- González, F., Pinzón-Segura, M. C., Pineda-Restrepo, B. L., Calle-Dávila, M. d. C., Valenzuela, E. S., Herrera-Olano, N., & Rubio, M. L. M. (2021). Respuesta con enfoque de derechos de la niñez frente a la pandemia por COVID-19 en Chile, Colombia y Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45.
- Gottero, M., Holgado, M. L., & Oliva, A. (2016). *Maternidades migrantes. La experiencia de parir al otro lado de la frontera. El caso de las mujeres bolivianas en el departamento San Martín y capital de la provincia de Córdoba* II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología.
- Asociación Argentina de Sociología, Villa María.
- Guessoum, S. B., Minassian, S., de Staël, P., Touhami, F., DiGiovanni, M., Radjack, R., Moro, M. R., & Benoit, L. (2022). Multimodal co-therapy for unaccompanied minors: a qualitative study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 16(1), 1-13.
- Guijarro, S. (2017). Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. *Recuperado de: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes>*, 20.
- Haack, L. M., Kapke, T. L., & Gerdes, A. C. (2016). Rates, associations, and predictors of psychopathology in a convenience sample of school-aged Latino youth: Identifying areas for mental health outreach. *Journal of child and family studies*, 25(7), 2315-2326.
- Hamari, L., Konttila, J., Merikukka, M., Tuomikoski, A.-M., Kouvonen, P., & Kurki, M. (2022). Parent support programmes for families who are immigrants: A scoping review. *Journal of immigrant and minority health*, 24(2), 506-525.
- Hanewald, B., Knipper, M., Fleck, W., Pons-Kühnemann, J., Hahn, E., Ta, T. M. T., Brosig, B., Gallhofer, B., Mulert, C., & Stingl, M. (2020). Different patterns of mental health problems in unaccompanied refugee minors (URM): a sequential mixed method study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 324.
- Herrero-Arias, R., Ortiz-Barreda, G., & Carrasco-Portino, M. (2020). Maternity care through the eyes of southern European immigrant parents in Norway. *Gaceta Sanitaria*.
- Hess, R. F., Ruhl, C. M., & Brunsdon, S. G. (2021). "I Hate the Word 'Liver'": A Photovoice Study of Burmese and Bhutanese Adolescent Health Care Brokers in Northeast Ohio. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(5), 518-529.
- Higginbottom, G. M., Safipour, J., Yohani, S., O'Brien, B., Mumtaz, Z., Paton, P., Chiu, Y., & Barolia, R. (2016). An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-15.
- Higginbottom, G. M. A., Vallianatos, H., Shankar, J., Safipour, J., & Davey, C. (2018). Immigrant women's food choices in pregnancy: Perspectives from women of Chinese origin in Canada. *Ethnicity & Health*, 23(5), 521-541.
- Hsu, Y.-J., Peng, W.-D., Chen, J.-H., Lin, Y.-C., Chang, C.-S., Chen, T., Hu, C.-Y., Ho, P.-S., Chen, F.-L., & Lee, C.-H. (2015). Evaluating the effect of a community-based lay health advisor training curriculum to address immigrant children's caries disparities. *Caries Research*, 49(2), 147-156.
- Hughes, G. (2014). Finding a voice through 'The Tree of Life': A strength-based approach to mental health for refugee children and families in schools. *Clinical child psychology and psychiatry*, 19(1), 139-153.

- Hui, L., Nelson, E. A. S., Wong, M. Y., Chung, T. W., Lee, K. K., Leung, G. M., & Schooling, C. M. (2018). The association of intergenerational mismatch with adiposity and blood pressure in childhood and adolescence. *Journal of Adolescent Health, 62*(1), 100-106.
- Isaacs, S., Valaitis, R., Newbold, K. B., Black, M., & Sargeant, J. (2013a). Brokering for the primary healthcare needs of recent immigrant families in Atlantic, Canada. *Primary health care research & development, 14*(1), 63-79.
- Isaacs, S., Valaitis, R., Newbold, K. B., Black, M., & Sargeant, J. (2013b). Competence trust among providers as fundamental to a culturally competent primary healthcare system for immigrant families. *Primary health care research & development, 14*(1), 80-89.
- Islam, B., & Ali, S. (2012). Demographic characteristics and needs of families at an urban, low-income, multicultural paediatric clinic. *Paediatrics & child health, 17*(4), 181-184.
- Jessri, M., Farmer, A. P., & Olson, K. (2013). Exploring Middle-Eastern mothers' perceptions and experiences of breastfeeding in Canada: an ethnographic study. *Maternal & child nutrition, 9*(1), 41-56.
- Jessri, M., Farmer, A. P., & Olson, K. (2015). A focused ethnographic assessment of middle eastern mothers' infant feeding practices in Canada. *Maternal & child nutrition, 11*(4), 673-686.
- Johnsen, H., Christensen, U., Juhl, M., & Villadsen, S. F. (2020). Organisational barriers to implementing the MAMA ACT intervention to improve maternity care for non-Western immigrant women: A qualitative evaluation. *International Journal of Nursing Studies, 111*, 103742.
- Karadağ, Ş. G., Sönmez, H. E., Demir, F., Çakan, M., Öztürk, K., Tanatar, A., Çakmak, F., Sözeri, B., & Aktay Ayaz, N. (2020). Rheumatic diseases in Syrian refugee children: a retrospective multicentric study in Turkey. *Rheumatology International, 40*(4), 583-589.
- Karim, N., Boyle, B., Lohan, M., & Kerr, C. (2020). Immigrant parents' experiences of accessing child healthcare services in a host country: A qualitative thematic synthesis. *Journal of advanced nursing, 76*(7), 1509-1519.
- Katz, V. (2014). Children as brokers of their immigrant families' health-care connections. *Social Problems, 61*(2), 194-215.
- Kennard, B., Moorehead, A., Stewart, S., El-Behadli, A., Mbroh, H., Goga, K., Wildman, R., Michaels, M., & Higashi, R. T. (2020). Adaptation of group-based suicide intervention for Latinx youth in a community mental health center. *Journal of child and family studies, 29*(7), 2058-2069.
- Khanlou, N., Mustafa, N., Vazquez, L. M., Haque, N., & Yoshida, K. (2015). Stressors and barriers to services for immigrant fathers raising children with developmental disabilities. *International Journal of Mental Health and Addiction, 13*(6), 659-674.
- Khawaja, N. G., & Carr, K. (2020). Exploring the factor structure and psychometric properties of an acculturation and resilience scale with culturally and linguistically diverse adolescents. *Australian Psychologist, 55*(1), 26-37.
- Kilanowski, J. F. (2013). Anticipatory guidance preferences of Latina migrant farmworker mothers. *Journal of Pediatric Health Care, 27*(3), 164-171.
- Kim, K., & LeClaire, A.-R. (2019). A systematic review of factors influencing human papillomavirus vaccination among immigrant parents in the United States. *Health Care for Women International, 40*(6), 696-718.

- King, E. J., & Dudina, V. I. (2019). The health needs of female labor migrants from Central Asia in Russia. *Journal of immigrant and minority health*, 21(6), 1406-1415.
- Kobylianskii, A., Jegathesan, T., Young, E., Fung, K., Huber, J., & Minhas, R. S. (2018). Experiences of inner-city fathers of children with chronic illness. *Clinical pediatrics*, 57(7), 792-801.
- Kocken, P. L., Schönbeck, Y., Henneman, L., Janssens, A. C. J., & Detmar, S. B. (2012). Ethnic differences and parental beliefs are important for overweight prevention and management in children: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMC Public Health*, 12(1), 1-10.
- Kongnetiman-Pansa, L., & Haines-Saah, R. J. (2022). When a Child Dies: Racialized Father's Experiences of Objectification During Hospital Care. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228221093464.
- Kroening, A. L., Moore, J. A., Welch, T. R., Halterman, J. S., & Hyman, S. L. (2016). Developmental screening of refugees: a qualitative study. *Pediatrics*, 138(3).
- Kwan, C. K., Baig, R. B., & Lo, K. C. (2018). Stressors and coping strategies of ethnic minority youth: Youth and mental health practitioners' perspectives. *Children and Youth Services Review*, 88, 497-503.
- Kwok, K., & Kwok Lai Yuk Ching, S. (2022). Navigating Stigma and Discrimination: Experiences of Migrant Children with Special Needs and Their Families in Accessing Education and Healthcare in Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5929.
- Kynoe, N. M., Fugelseth, D., & Hanssen, I. (2020). When a common language is missing: Nurse-mother communication in the NICU. A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2221-2230.
- Kyrölahti, A., Madanat-Harjuoja, L., Pitkäniemi, J., Rantanen, M., Malila, N., & Taskinen, M. (2020). Childhood cancer mortality and survival in immigrants: A population-based registry study in Finland. *International Journal of Cancer*, 146(10), 2746-2755.
- Lachal, J., Simon, A., Hassler, C., Barry, C., Camara, H., Massari, N., Franchitti, R., Mao, S.-F., Roy Edward, T., & Carballeira Carrera, L. (2020). Epidemiological description of 529 families referred for French transcultural psychotherapy: A decade of experience. *PLoS One*, 15(8), e0236990.
- Lai, D., Bodson, J., Davis, F. A., Lee, D., Tavake-Pasi, F., Napia, E., Villalta, J., Mukundente, V., Mooney, R., & Coulter, H. (2017). Diverse families' experiences with HPV vaccine information sources: a community-based participatory approach. *Journal of community health*, 42(2), 400-412.
- LaMancuso, K., Goldman, R. E., & Nothnagle, M. (2016). "Can I ask that?": perspectives on perinatal care after resettlement among Karen refugee women, medical providers, and community-based doulas. *Journal of immigrant and minority health*, 18(2), 428-435.
- Lane, G., Farag, M., White, J., Nisbet, C., & Vatanparast, H. (2018). Chronic health disparities among refugee and immigrant children in Canada. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 43(10), 1043-1058.
- Lane, G., & Vatanparast, H. (2022). Adjusting the Canadian Healthcare System to Meet Newcomer Needs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3752.

- Larenas, D., & Cabieses, B. (2018). Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: La respuesta del sector salud en Chile. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 58(4), 97-108.
- Lawton, K. E., Kapke, T. L., & Gerdes, A. C. (2016). Understanding parental locus of control in Latino parents: Examination of cultural influences and help-seeking intentions for childhood ADHD. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 22(2), 288.
- Lee, T.-Y., Landy, C. K., Wahoush, O., Khanlou, N., Liu, Y.-C., & Li, C.-C. (2014). A descriptive phenomenology study of newcomers' experience of maternity care services: Chinese women's perspectives. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-9.
- Legault, A., & Marquis, M. (2014). Nutrition information-seeking behaviour of low-income pregnant Maghrebien women. *Canadian journal of dietetic practice and research*, 75(1), 22-28.
- Leung, C. Y., Leung, G. M., & Schooling, C. M. (2015). Migrant status and child and adolescent psychological well-being: evidence from Hong Kong's 'Children of 1997' birth cohort. *J Epidemiol Community Health*, 69(2), 156-161.
- Lightfoot, A. F., Thatcher, K., Simán, F. M., Eng, E., Merino, Y., Thomas, T., Coyne-Beasley, T., & Chapman, M. V. (2019). "What I wish my doctor knew about my life": Using photovoice with immigrant Latino adolescents to explore barriers to healthcare. *Qualitative Social Work*, 18(1), 60-80.
- Lin, Y.-C., Chang, C.-S., Ho, P.-S., Lee, C.-H., Chen, J.-H., & Huang, H.-L. (2019). Immigrant-Native Differences in Sugar-Sweetened Beverage and Snack Consumption and Preventive Behaviors Associated with Severe Early Childhood Caries: A Large-Scale Survey in Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 1047.
- Lindsay, S., Tétrault, S., Desmaris, C., King, G. A., & Piérart, G. (2014). The cultural brokerage work of occupational therapists in providing culturally sensitive care: Le travail de médiation culturelle effectué par des ergothérapeutes offrant des soins adaptés à la culture. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(2), 114-123.
- Linton, J. M., Choi, R., & Mendoza, F. (2016). Caring for children in immigrant families: vulnerabilities, resilience, and opportunities. *Pediatric Clinics*, 63(1), 115-130.
- Liu, J. L., Wang, C., Do, K. A., & Bali, D. (2022). Asian American adolescents' mental health literacy and beliefs about helpful strategies to address mental health challenges at school. *Psychology in the Schools*.
- Lo, M.-C. M. (2016). Cultural capital, motherhood capital, and low-income immigrant mothers' institutional negotiations. *Sociological Perspectives*, 59(3), 694-713.
- Loredo Chupán, P. (2019). Los muros institucionales frente a la niñez en situación de migración en Chile. *Anales de la Universidad de Chile*(16), 329-345.
- Maalla M'jid, N. (2021). El derecho al más alto nivel posible de salud mental y la prevención de la violencia contra las niñas y los niños refugiados y solicitantes de asilo. In N. Espejo (Ed.), *Acceso a la justicia y protección integral de los derechos de las niñas y los niños en contextos de movilidad internacional* (pp. 157). Suprema Corte de Justicia de la Nación.
- Machado, A. C., Palomo, N., Rubio, M., Escaroz, G., Beazley, R., Solórzano, A., & Baldi, G. (2021). *Protección social y la migración venezolana en América Latina y el Caribe en el contexto de COVID-19* (Research Report, No.

58, Issue.

- Magaña, S., Dababnah, S., Xu, Y., Torres, M. G., Rieth, S. R., Corsello, C., Rangel, E., Brookman-Frazee, L., & Vanegas, S. B. (2021). Cultural adaptations of a parent training program for families of children with ASD/IDD: Parents taking action. In *International Review of Research in Developmental Disabilities* (Vol. 61, pp. 263-300). Elsevier.
- Majumder, P., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P. (2015). 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': The perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *International journal of social psychiatry*, 61(2), 129-136.
- Mangrio, E., Enskär, K., Ramji, R., Sjögren-Forss, K., Tengland, P.-A., Theodoridis, K., Zdravkovic, S., & Rämgård, M. (2022). The Need for Parental Support for Migrant Parents in Transition Into Sweden: A Perspective. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Mangrio, E., & Persson, K. (2017). Immigrant parents' experience with the Swedish child health care system: a qualitative study. *BMC family practice*, 18(1), 1-9.
- Marcus, K., Balasubramanian, M., Short, S. D., & Sohn, W. (2022). Dental diaspora: oral health care attitudes and experiences in culturally and linguistically diverse mothers in Australia. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-8.
- Martinez, K., Orellana, M. F., Murillo, M. A., & Rodriguez, M. A. (2017). Health Insurance, from a Child Language Broker's Perspective. *International Migration*, 55(5), 31-43.
- Martínez-Santa, J., Andrea-Castañeda, J., & Alfonso-Mantilla, J. I. (2021). Migración y salud, una mirada desde el Censo 2018 en Colombia. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 5(4), 305-310.
- Martinot, M., Giacobi, C., De Stefano, C., Rezzoug, D., Baubet, T., & Klein, A. (2020). Age at diagnosis of Autism Spectrum Disorder depending on ethno-cultural background or migratory status: A systematic literature review. *L'encephale*.
- McCullough, M. B., Pieloch, K. A., & Marks, A. K. (2020). Body image, assimilation, and weight of immigrant adolescents in the United States: a person-centered analysis. *Journal of immigrant and minority health*, 22(2), 249-254.
- McLaurin, J. A., & Liebman, A. K. (2012). Unique agricultural safety and health issues of migrant and immigrant children. *Journal of agromedicine*, 17(2), 186-196.
- McNeely, C. A., Sprecher, K., Bates-Fredi, D., Price, O. A., & Allen, C. D. (2020). Identifying essential components of school-linked mental health services for refugee and immigrant children: A comparative case study. *Journal of school health*, 90(1), 3-14.
- Mendoza, F. S. (2009). Health disparities and children in immigrant families: a research agenda. *Pediatrics*, 124(Supplement_3), S187-S195.
- Merry, L., Villadsen, S. F., Sicard, V., & Lewis-Hibbert, N. (2020). Transnationalism and care of migrant families during pregnancy, postpartum and early-childhood: an integrative review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-24.
- Meurs, P., Lebiger-Vogel, J., Rickmeyer, C., & Jullian, G. (2022). Cultural Sensitivity in Preventive Infant Mental Health Care: An Example From the Developmental Guidance Project FIRST STEPS in Belgium. *Frontiers in Psychology*, 13, 831416-831416.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *¿Qué es Chile Crece Contigo?*
- Misra, S. M., Holdstock, N., Baez, J. C., Garcia, N., Guiterrez, A., Swamy, P., Lee, K., & Bjugstad, A. (2021). Systematic review of former unaccompanied immigrant minors' access to healthcare services in the United States. *Journal of Public Health*, 1-13.

- Mourão, S., & Bernardes, S. F. (2019). What determines immigrant caregivers' adherence to health recommendations from child primary care services? A grounded theory approach. *Primary health care research & development*, 20, e31.
- Musliu, E., Vasic, S., Clausson, E. K., & Garmy, P. (2019). School Nurses' Experiences Working With Unaccompanied Refugee Children and Adolescents: A Qualitative Study. *SAGE Open Nursing*, 5, 2377960819843713.
- Mustafa, M., Nasir, E. F., & Åstrøm, A. N. (2021). Attitudes toward brushing children's teeth—A study among parents with immigrant status in Norway. *International journal of paediatric dentistry*, 31(1), 80-88.
- Mwanri, L., Fauk, N. K., Ziersch, A., Gesesew, H. A., Asa, G. A., & Ward, P. R. (2022). Post-migration stressors and mental health for African migrants in South Australia: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7914.
- Myles, P., Swenshon, S., Haase, K., Szeles, T., Jung, C., Jacobi, F., & Rath, B. (2018). A comparative analysis of psychological trauma experienced by children and young adults in two scenarios: evacuation after a natural disaster vs forced migration to escape armed conflict. *Public Health*, 158, 163-175.
- Nadeau, L., Jaimes, A., Johnson-Lafleur, J., & Rousseau, C. (2017). Perspectives of migrant youth, parents and clinicians on community-based mental health services: negotiating safe pathways. *Journal of child and family studies*, 26(7), 1936-1948.
- Ndengeyingoma, A., Montigny, F. d., & Miron, J.-M. (2014). Development of personal identity among refugee adolescents: Facilitating elements and obstacles. *Journal of child health care*, 18(4), 369-377.
- Newton, A. M. (2016). The Health beliefs of migrant farmworker parents: an ethnographic exploration. *Journal of immigrant and minority health*, 18(3), 582-588.
- Nicholas, D., Fleming-Carroll, B., Durrant, M., & Hellmann, J. (2017). Examining pediatric care for newly immigrated families: Perspectives of health care providers. *Social Work in Health Care*, 56(5), 335-351.
- Nicol, P., Al-Hanbali, A., King, N., Slack-Smith, L., & Cherian, S. (2014). Informing a culturally appropriate approach to oral health and dental care for pre-school refugee children: a community participatory study. *BMC oral health*, 14(1), 1-11.
- Nomaguchi, K., & Milkie, M. A. (2020). Parenthood and well-being: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 82(1), 198-223.
- Obach, A., Cabieses, B., & Carreño, A. (2018). Identificando a los adolescentes y jóvenes migrantes para su pertinente abordaje en salud. *Cuadernos Médicos Sociales (Chile)*, 58(4), 41-49.
- Obach, A., Hasen, F., Cabieses, B., D'Angelo, C., & Santander, S. (2020). Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio. *Rev Panam Salud Publica*, 44, e175. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.175> (Conocimiento, acceso y uso del sistema de salud en adolescentes migrantes en Chile: resultados de un estudio exploratorio.)
- Obach, A., Sirlopú, D., & Urrutia, C. (2021). Imaginario social de docentes y profesionales de salud de

- tres colegios de Santiago sobre el cuerpo y la sexualidad de escolares migrantes latinoamericanos. *Revista Chilena de Antropología*, 43(216-232). <https://doi.org/https://doi.org/10.5354/0719-1472.2021.64441>
- Ochoa Escobar, L., Peñafiel Palacios, A., Vinueza Ochoa, N., & Sánchez Santacruz, R. (2021). Interés superior de los niños, niñas y adolescentes en Ecuador. *Conrado*, 17(83), 422-429.
- Ogbonnaya, I. N., Finno-Velasquez, M., & Kohl, P. L. (2015). Domestic violence and immigration status among Latina mothers in the child welfare system: Findings from the National Survey of Child and Adolescent Well-being II (NSCAW II). *Child Abuse & Neglect*, 39, 197-206.
- Origlia Ikhlor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Pehlke-Milde, J., & Cignacco, E. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of advanced nursing*, 75(10), 2200-2210.
- Ortega Velázquez, E. (2015). Los niños migrantes irregulares y sus derechos humanos en la práctica europea y americana: entre el control y la protección. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 48(142), 185-221.
- Ortega Velázquez, E. (2017). Apuntes para la protección de niños, niñas y adolescentes migrantes en el sistema interamericano de derechos humanos. *Anuario de derechos humanos del Instituto de la Judicatura Federal*, 1, 411-444.
- Ortega Velázquez, E. (2017). *Estándares para niñas, niños y adolescentes migrantes y obligaciones del estado frente a ellos en el sistema interamericano de derechos humanos* (Colección Estándares del Sistema Interamericano de Derechos Humanos: miradas complementarias desde la academia, Núm. 2, Issue. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r37698.pdf>
- Osooli, M., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2021). Attention deficit hyperactivity disorder in first-and second-generation immigrant children and adolescents: A nationwide cohort study in Sweden. *Journal of Psychosomatic Research*, 141, 110330.
- Pachter, L. M., Weller, S. C., Baer, R. D., de Alba Garcia, J. E. G., Glazer, M., Trotter, R., Klein, R. E., & Gonzalez, E. (2016). Culture and Dehydration: A Comparative Study of Caída de la Mollera (Fallen Fontanel) in Three Latino Populations. *Journal of immigrant and minority health*, 18(5), 1066-1075.
- Palomar-Lever, J. (2017). Factores protectores y de riesgo que influyen en el bienestar subjetivo y económico de migrantes latinos en Boston, Estados Unidos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 86-102.
- Papadopoulos, I., Lazzarino, R., Sakellarakis, O., Dadau, V., Apostolara, P., Kuckert-Wöstheinrich, A., Mauceri, M., & Kouta, C. (2022). Empowering refugee families in transit: the development of a culturally competent and compassionate training and support package. *Journal of Research in Nursing*, 27(3), 200-214.
- Park, C., Loy, J. H., Lillis, S., & Menkes, D. B. (2022). What stops Korean immigrants from accessing child and adolescent mental health services? *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 16(1), 1-7.
- Paton, P., Chiu, Y., Mumtaz, Z., Higginbottom, G., Safipour, J., & Pillay, J. (2013). "I have to do what I believe": Sudanese women's beliefs and resistance to hegemonic practices at home and during experiences of maternity care in Canada.

- Pavez Soto, I. (2012a). Inmigración y racismo: experiencias de la niñez peruana en Santiago de Chile. *Si Somos Americanos*, 12(1), 75-99.
- Pavez Soto, I. (2012b). ¿Quién decide la migración infantil? Niñez y poder en familias peruanas transnacionales. *Rayuela, Revista Iberoamericana sobre Niñez y Juventud en la Lucha por sus Derechos. Niñez y Migración*, 3(5).
- Pavez Soto, I. (2013). Los significados de “ser niña y niño migrante”: conceptualizaciones desde la infancia peruana en Chile. *Polis. Revista Latinoamericana*(35).
- Pavez Soto, I. (2015). Los derechos de las niñas y niños peruanos en Chile: La infancia como un nuevo actor migratorio. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, 8(12), 27-51.
- Pavez Soto, I. (2017). Integración sociocultural y derechos de las niñas y los niños migrantes en el contexto local. El caso de Recoleta (Región Metropolitana, Chile). *Chungara: Revista de Antropología Chilena*, 49(4), 613-622.
- Pavez Soto, I. (2018). Violencias contra la infancia migrante en Santiago de Chile: Resistencias, agencia y actores. *Migraciones internacionales*, 9(4), 155-186.
- Pavez Soto, I., Durán-Agüero, S., & Valladares, M. (2017). Infancia migrante y alimentación: Desafíos culturales y sanitarios. *Revista médica de Chile*, 145(1), 135-136.
- Pavez Soto, I., & Galaz Valderrama, C. (2018). Hijas e hijos de migrantes en Chile: Derechos desde una perspectiva de inclusión social. *Diálogo andino*(57), 73-86.
- Pavez Soto, I., Ortiz-López, J., Poblete-Godoy, D., Alfaro, C., & Villegas, P. (2022). The Immigrant Childhood in Chile. *Academic Journal of Pediatrics and Neonatology*, 11(5).
- Pavez Soto, I., Valderrama, C. G., Poblete-Godoy, D., Acuña, V., & Sepúlveda, N. (2020). Horizontes de la intervención social con infancia migrante en Chile. *Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales*(23), 9-40.
- Pavez-Soto, I., Ortiz-López, J. E., Sepúlveda, N., Jara, P., & Olguín, C. (2019). Racialización de la niñez migrante haitiana en escuelas de Chile. *Interciencia*, 44(7), 414-420.
- Pelacani, G. (2022). Niñez migrante en Colombia: grises del aclamado estatuto temporal de protección. *FORO: Revista de Derecho*(37), 33-51.
- Perla, M., Rue, T., Cheadle, A., Krieger, J., & Karr, C. (2015). Population-based comparison of biomarker concentrations for chemicals of concern among Latino-American and non-Hispanic white children. *Journal of immigrant and minority health*, 17(3), 802-819.
- Perú: Prevención del embarazo en adolescentes en el actual contexto de Covid-19. (2021). <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-09-21/mclcp-cartilla-prevenciondelembarazoenadolescentes-2021-002.pdf>
- Pham, A. V., Goforth, A. N., Chun, H., Castro-Olivo, S., & Costa, A. (2017). Acculturation and help-seeking behavior in consultation: A sociocultural framework for mental health service. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 27(3), 271-288.
- Pieloch, K. A., McCullough, M. B., & Marks, A. K. (2016). Resilience of children with refugee statuses: A research review. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 57(4), 330.
- Pinto, L. A., Baracaldo Amaya, P., & Aliaga Sáez, F. (2019). La integración de los venezolanos en Colombia en los ámbitos de la salud y la educación. *Espacio Abierto*, 28(1), 199-223.
- Piñones-Rivera, C., Liberona Concha, N., & Leiva Gómez, S. (2021). Perspectivas teóricas sobre salud y migración: determinantes sociales, transnacionalismo y vulnerabilidad estructural. *Saúde e Sociedade*, 30.

- Pitt, R. S., Sherman, J., & Macdonald, M. E. (2015). Low-income working immigrant families in Quebec: Exploring their challenges to well-being. *Canadian Journal of Public Health*, 106(8), e539-e545.
- Pizarro Quevedo, T., Iribarne Wiff, J., Fernández Benítez, A., Rojas Bagnara, V., Padilla Rubio, C., & Novoa Carrasco, J. (2017). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*. <https://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3633>
- Poverene, L. D. (2018). Sobre prácticas escolares y la derivación de niños/as migrantes bolivianos a servicios de salud mental: "los deriva como quien te tira la pelota y ya se descomprime". *Anuario de Investigaciones*, 24, 125-133. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/176689>
- Prakash, N., Prevot, J., Kola, B., & Wood, S. K. (2019). Improving health outcomes for immigrant families through IPV screening: resources and recommendations for pediatric health care providers. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 49(1), 7-15.
- Subsecretaría de Salud Pública. (2018). *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jovenes: Nivel Especializado de Atención Abierta y Cerrada*. http://www.saludinfantil.org/Programa_Salud_Infantil/Programa_Adolescentes_.pdf
- Puelles-Díaz, Á., Illanes-González, H., Órdenes, Y., & Gallardo, E. (2020). Desarrollo psicomotor de niños y niñas de padres chilenos y haitianos pertenecientes a jardines infantiles en la comuna de Coquimbo, Chile: estudio descriptivo. *Medwave*, 20(4).
- Ragavan, M. I., Griffith, K. N., Cowden, J. D., Colvin, J. D., & Bair-Merritt, M. (2020). Parental perceptions of culturally sensitive care and well-child visit quality. *Academic Pediatrics*, 20(2), 234-240.
- Ramos, G., Brookman-Frazee, L., Kodish, T., Rodriguez, A., & Lau, A. S. (2021). Community providers' experiences with evidence-based practices: The role of therapist race/ethnicity. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 27(3), 471.
- Reza, M., Amin, M. S., Sgro, A., Abdelaziz, A., Ito, D., Main, P., & Azarpazhooh, A. (2016). Oral health status of immigrant and refugee children in North America: A scoping review. *J Can Dent Assoc*, 82(g3), 1488-2159.
- Riggs, E., Gibbs, L., Kilpatrick, N., Gussy, M., van Gemert, C., Ali, S., & Waters, E. (2015). Breaking down the barriers: a qualitative study to understand child oral health in refugee and migrant communities in Australia. *Ethnicity & Health*, 20(3), 241-257.
- Riggs, E., Gussy, M., Gibbs, L., Van Gemert, C., Waters, E., & Kilpatrick, N. (2014). Hard to reach communities or hard to access services? Migrant mothers' experiences of dental services. *Australian dental journal*, 59(2), 201-207.
- Rink, N., Muttalib, F., Morantz, G., Chase, L., Cleveland, J., Rousseau, C., & Li, P. (2017). The gap between coverage and care—what can Canadian paediatricians do about access to health services for refugee claimant children? *Paediatrics & child health*, 22(8), 430-437.
- Rodriguez, D. X., Hill, J., & McDaniel, P. N. (2021). A scoping review of literature about mental health and well-being among immigrant communities in the United States. *Health promotion practice*, 22(2), 181-192.
- Rodriguez, J., Radjack, R., Moro, M. R., & Lachal, J. (2022). Migrant adolescents' experience of depression as they, their parents, and their health-care professionals describe it: a

- systematic review and qualitative meta-synthesis. *European child & adolescent psychiatry*, 1-19.
- Rodríguez-García-de-Cortázar, A., Ruiz-Azarola, A., Leralta-Piñán, O., Jiménez-Pernett, J., & Oleaga-Usategui, J. I. (2018). Salud Pública (también) para las personas migrantes y refugiadas en Europa. In (Vol. 32, pp. 111-113): SciELO Public Health.
- Roldán Dávila, G., & Pérez García, N. (2012). *Construyendo un modelo de atención para mujeres migrantes víctimas de violencia sexual, en México* (6078044109). https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/SRMigrants/submissions/Mexico_HRC-DF_Annex8_Submission_GA-Report.pdf
- Rosenbaum, S., Ager, A., Snider, L., Ajwang, M., Collison, H., Hermosilla, S., & Vancampfort, D. (2021). Actividad física, salud mental y apoyo psicosocial. *Forced Migration Review*, 34-37.
- Rosenthal, T., Touyz, R. M., & Oparil, S. (2022). Migrating Populations and Health: Risk Factors for Cardiovascular Disease and Metabolic Syndrome. *Current Hypertension Reports*, 1-16.
- Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens, J. A., Meloni, F., Steinmetz, N., & Alvarez, F. (2013). Uninsured immigrant and refugee children presenting to Canadian paediatric emergency departments: disparities in help-seeking and service delivery. *Paediatrics & child health*, 18(9), 465-469.
- Rousseau, C., Measham, T., & Nadeau, L. (2013). Addressing trauma in collaborative mental health care for refugee children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 18(1), 121-136.
- Russell, E. A., Tsai, C., & Linton, J. M. (2020). Children in immigrant families: advocacy within and beyond the pediatric emergency department. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 21(2), 100779.
- Rydström, I., & Dalheim Englund, A.-C. (2015). Meeting swedish health care system: immigrant parents of children with asthma narrate. *Clinical nursing research*, 24(4), 415-431.
- Sakai, C., Mulé, C., LeClair, A., Chang, F., Sliwinski, S., Yau, Y., & Freund, K. M. (2019). Parent and provider perspectives on the diagnosis and management of autism in a Chinese immigrant population. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 40(4), 257.
- Salami, B., Alaazi, D. A., Okeke-Ihejirika, P., Yohani, S., Vallianatos, H., Tetreault, B., & Nsaliwa, C. (2020). Parenting challenges of African immigrants in Alberta, Canada. *Child & Family Social Work*, 25, 126-134.
- Sanchez, A. L., Jent, J., Aggarwal, N. K., Chavira, D., Cox, S., Garcia, D., La Roche, M., & Comer, J. S. (2022). Person-centered cultural assessment can improve child mental health service engagement and outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(1), 1-22.
- Santander, S., Leyton, B., Hasen, F., Valdés, M., D'Angelo, C., Maureira, P., Gallegos, A., Obach, A., Cabieses, B., & Bussenius, P. (2020). *Informe de Sistematización del Primer Encuentro Participativo de Adolescentes y Jóvenes Migrantes en Salud*.
- Santos, M. G., Gorukanti, A. L., Jurkunas, L. M., & Handley, M. A. (2018). The health literacy of US immigrant adolescents: A neglected research priority in a changing world. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2108.

- Schneider, S., Jerusalem, M., Mente, J., & De Bock, F. (2013). Sweets consumption of preschool children—extent, context, and consumption patterns. *Clinical oral investigations*, 17(5), 1301-1309.
- Schon, A., Hammermüller, E., Di Tommaso, V., & Bagari, G. (2015). La Convención sobre los Derechos del Niño en Acción: Experiencia del Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" en la integración del enfoque de derechos en las prácticas del equipo de salud. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(3), 269-275.
- Scozia Leighton, C., Leiva Báez, C., Garrido Maldonado, N., & Álvarez Carimoney, A. (2014). Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Revista Sociedad y Equidad*(6), 6-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.5354/rse.v0i6.27213>
- Sedas, A. C., Aguerrebere, M., Martínez, L., Zavala-de Alba, L., Eguiluz, I., & Bhabha, J. (2020). Reporte situacional: migración de tránsito en México durante la pandemia de COVID-19. *Lancet Migration*. Disponible en web: <https://www.migrationandhealth.org/migration-covid19-briefs>.
- Seeleman, C., Stronks, K., van Aalderen, W., & Bot, M.-L. E. (2012). Deficiencies in culturally competent asthma care for ethnic minority children: a qualitative assessment among care providers. *BMC pediatrics*, 12(1), 1-8.
- Sheppard-Law, S., Cruickshank, M., & Debono, D. (2021). Mapping diversity and demographic-based changes to a pediatric population attending a specialist tertiary hospital: a retrospective review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3-4), 466-474.
- Simpson, R. (2018). Educación para la paz y apoyo psicosocial para la cohesión social. *Revista Migraciones Forzadas*, 57, 38-39.
- Slobodin, O., & Crunelle, C. L. (2019). Mini review: socio-cultural influences on the link between ADHD and SUD. *Frontiers in Public Health*, 7, 173.
- Spaas, C., Verbiest, S., de Smet, S., Kevers, R., Missotten, L., & De Haene, L. (2022). Working with the encounter: A descriptive account and case analysis of school-based collaborative mental health care for refugee children in Leuven, Belgium. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Sritharan, B., & Koola, M. M. (2019). Barriers faced by immigrant families of children with autism: A program to address the challenges. *Asian Journal of Psychiatry*, 39, 53-57.
- Stahmer, A. C., Vejnoska, S., Iadarola, S., Straiton, D., Segovia, F. R., Luelmo, P., Morgan, E. H., Lee, H. S., Javed, A., & Bronstein, B. (2019). Caregiver voices: Cross-cultural input on improving access to autism services. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 752-773.
- Stockler, S., Moeslinger, D., Herle, M., Wimmer, B., & Ipsiroglu, O. S. (2012). Cultural aspects in the management of inborn errors of metabolism. *Journal of inherited metabolic disease*, 35(6), 1147-1152.
- Sudarsan, I., Hoare, K., Sheridan, N., & Roberts, J. (2022). Navigating asthma—the immigrant child in a tug-of-war: A constructivist grounded theory. *Journal of Clinical Nursing*.
- Sudo, K., & Hamamoto, Y. (2019). Health behaviors of foreign mothers in Japan regarding their young children and the factors that affect these behaviors: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(4), 420-432.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health organization*, 56(2), 295.

- Tatar, M. (2012). School counsellors working with immigrant pupils: Changes in their approaches after 10 years. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(5), 577-592.
- Tavallali, A. G., Jirwe, M., & Kabir, Z. N. (2017). Cross-cultural care encounters in paediatric care: minority ethnic parents' experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(1), 54-62.
- Taylor, A., Radford, G., & Calia, C. (2021). Cultural adaptations to psychosocial interventions for families with refugee/asylum-seeker status in the United Kingdom-a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*.
- Thibeault, M. A., Mendez, J. L., Nelson-Gray, R. O., & Stein, G. L. (2017). Impact of trauma exposure and acculturative stress on internalizing symptoms for recently arrived migrant-origin youth: Results from a community-based partnership. *Journal of community psychology*, 45(8), 984-998.
- Trujillo, A., Evans-Agnew, R., Tinajera, M., Alonso, S., & Postma, J. M. (2020). Measuring our success in teaching Latinos about asthma and home environments: Lessons learned from an intervention developed through photovoice. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 14(3), 381-392.
- Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2019). La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes: el "plus" de la desigualdad. *ATLÁNTICAS - Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 179-196.
- UNICEF. (2016). *Uprooted: The growing crisis for refugee and migrant children* <https://www.unicef.org/reports/uprooted-growing-crisis-refugee-and-migrant-children>
- USAID. (2021). *Diagnóstico de necesidades de información en La Guajira y Cundinamarca*. https://www.lhssproject.org/sites/default/files/resource/2022-05/Colombia%20Information%20Needs%20Report_508c.pdf
- Valdez, C. R., Ramirez Stege, A., Martinez, E., D'Costa, S., & Chavez, T. (2018). A community-responsive adaptation to reach and engage Latino families affected by maternal depression. *Family process*, 57(2), 539-556.
- Van Meijeren-van Lunteren, A., Wolvius, E., Raat, H., Jaddoe, V., & Kragt, L. (2019). Ethnic background and children's oral health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 28(7), 1783-1791.
- Vásquez-De Kartzow, R. (2018). Niños migrantes en Chile. Propuesta de un protocolo de atención de salud. *Cuad Méd Soc (Chile)*, 58(4), 27-31.
- Vega, D., Lasser, J., & Plotts, C. (2015). Global migration: The need for culturally competent school psychologists. *School Psychology International*, 36(4), 358-374.
- Verhulp, E. E., Stevens, G. W., Pels, T. V., Van Weert, C., & Vollebergh, W. A. (2017). Lay beliefs about emotional problems and attitudes toward mental health care among parents and adolescents: Exploring the impact of immigration. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 23(2), 269.
- Victorino FC, Herrera M (2017). La tuberculosis en Chile: situación epidemiológica y avances del Programa Nacional de Control y Eliminación 2017. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. diciembre de 2017;33(4):320-4.
- Villadsen, S. F., Ims, H. J., & Nybo Andersen, A.-M. (2019). Universal or targeted antenatal care for immigrant women? Mapping and qualitative analysis of practices in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3396.

- Voltarelli, M. A., Pavez Soto, I., & Derby, J. (2020). Niñez migrante y pandemia: la crisis desde Latinoamérica. *Linhas Críticas*, 26.
- Wang, C., Do, K. A., Frese, K., & Zheng, L. (2019). Asian immigrant parents' perception of barriers preventing adolescents from seeking school-based mental health services. *School Mental Health*, 11(2), 364-377.
- Wang, C., Liu, J. L., Havewala, M., Zhu, Q., Do, K. A., & Shao, X. (2021). Parent-Child Connect: A culturally responsive parent training for Asian American parents at school. *Psychology in the Schools*, 58(8), 1624-1641.
- Wang, C., Marsico, K. F., & Do, K. A. (2020). Asian American parents' beliefs about helpful strategies for addressing adolescent mental health concerns at home and school. *School Mental Health*, 12(3), 523-536.
- WHO. (2019). *Promoción de la salud de refugiados y migrantes: proyecto de plan de acción mundial, 2019-2023: informe del Director General*.
- Wojnar, D. M. (2015). Perinatal experiences of Somali couples in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(3), 358-369.
- Woodgate, R. L., Busolo, D. S., Crockett, M., Dean, R. A., Amaladas, M. R., & Plourde, P. J. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy! *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-13.
- Wylie, L., Van Meyel, R., Harder, H., Sukhera, J., Luc, C., Ganjavi, H., Elfakhani, M., & Wardrop, N. (2018). Assessing trauma in a transcultural context: challenges in mental health care with immigrants and refugees. *Public health reviews*, 39(1), 1-19.
- Xu, Y., Chen, F., Mirza, M., & Magaña, S. (2022). Culturally adapting a parent psychoeducational intervention for Chinese immigrant families of young children with autism spectrum disorder. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*.
- Ministerio de Salud Costa Rica (2016). *Marco de acciones rectoras para el derecho a la salud de las personas migrantes*. https://www.saludmigracion.org/system/files/repositorio/4-marco_de_acciones_rectoras_-_ministerio_de_salud_2016.pdf
- Yankey, T., & Biswas, U. N. (2012). Life skills training as an effective intervention strategy to reduce stress among Tibetan refugee adolescents. *Journal of Refugee Studies*, 25(4), 514-536.
- Yasui, M., Pottick, K. J., & Chen, Y. (2017). Conceptualizing culturally infused engagement and its measurement for ethnic minority and immigrant children and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(3), 250-332.
- Young, J., Nour, N. M., Macauley, R. C., Narang, S. K., Johnson-Agbakwu, C., Suchdev, P., Chan, K. J., Howard, C. R., McGann, P., & St Clair, N. E. (2020). Diagnosis, management, and treatment of female genital mutilation or cutting in girls. *Pediatrics*, 146(2).
- Zakirova-Engstrand, R., Hirvikoski, T., Westling Allodi, M., & Roll-Pettersson, L. (2020). Culturally diverse families of young children with ASD in Sweden: Parental explanatory models. *PLoS One*, 15(7), e0236329.

2. COMPONENTE CUANTITATIVO

2.1 Diseño: Plan de análisis de datos

En este apartado, y como componente cuantitativo, fue abordado el primer objetivo específico correspondiente a “*Caracterizar epidemiológica y socio-demográficamente la situación actual de salud biopsicosocial de la infancia migrante en Chile, de acuerdo a encuestas poblacionales y registros estadísticos de salud*”. A su vez, este objetivo fue dividido en dos partes:

- A) La primera parte, correspondiente a una **caracterización demográfica y socioeconómica de la situación actual de salud biopsicosocial de niños, niñas y adolescentes (NNA) migrantes en Chile**, en comparación con NNA chilenos de acuerdo con encuestas poblacionales, para el total país y para las regiones de Tarapacá (I), Metropolitana (RM) y de O’Higgins (VI) por si solas.
- B) La segunda parte, correspondiente a la caracterización del perfil epidemiológico de NNA migrantes, en base a registros estadísticos de salud del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y encuesta CASEN 2020 para el total país y regiones de interés, en paralelo con la caracterización análoga para NNA locales.

La primera fue abordada en primera instancia a través de la revisión de antecedentes demográficos publicados para población migrante y en segunda instancia a través de datos censales y encuestas poblacionales de representatividad nacional. Concretamente, el Censo 2017 y la encuesta Casen 2020, ambas respondidas por el jefe de hogar o un informante idóneo (persona de 18 años o más residente en el hogar), además de incluir proyecciones poblacionales y estimaciones de población extranjera de residencia habitual en Chile para los años 2018-2021. A partir de estas bases de datos, se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas de la población migrante internacional total en Chile, para el total país y de las regiones I, RM y VI particularmente. A continuación, se realizó una descripción sociodemográfica y económica enfocada en NNA migrantes internacionales en paralelo con NNA locales. En el caso de los resultados obtenidos a partir de la encuesta CASEN 2020 se estimaron intervalos de confianza y test de comparación e independencia de variables, todos

considerando la naturaleza compleja de la muestra. Los resultados antes mencionados fueron estratificados por sexo, grupo etario, nivel educacional y previsión de salud, según pertinencia y disponibilidad en las respectivas bases de datos.

Respecto a las condiciones de vida y características sociodemográficas y económicas, se consideraron las dimensiones: (i) Demográfica (sexo, edad, pertenencia étnica, ruralidad, región de residencia, estado civil) y (ii) Socioeconómica (ingreso equivalente del hogar, nivel educacional, tasa de asistencia a educación básica, media y superior, ocupación, condiciones de vivienda, índice de hacinamiento). Todas cubiertas acordes a la disponibilidad en las respectivas fuentes de información.

Por otra parte, en cuanto al acceso a atención en salud mediante la caracterización del perfil epidemiológico se utilizaron las bases de datos de egresos hospitalarios (EH) y Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) para los años 2019, 2020 y 2021. A partir de las bases de egresos hospitalarios (EH), se describieron los EH correspondientes a extranjeros (utilizados como proxy de población migrante) en paralelo con los correspondientes a nacionales, según características demográficas (sexo, región de residencia y tramos de edad) y diagnóstico principal (acorde a la clasificación por capítulos del CIE-10). Tales descripciones fueron realizadas para el total de población y profundizando en mayor detalle de diagnóstico principal para la población objetivo del estudio NNA (total país y para las regiones de Tarapacá, Metropolitana O'Higgins por separado). Considerando el peso y características específicas de los EH por causas de embarazo, parto o puerperio se realizaron análisis separados para el total de EH y EH sin considerar esta causa (esto en concordancia con la literatura nacional e internacional al respecto). Adicionalmente, en base a los valores de conteo obtenidos a partir de los EH se compararon proporciones e independencia de variables entre chilenos y extranjeros. En la misma línea, se incorporaron análisis estratificados por sexo, categoría de edad (acorde a la disponibilidad de las bases entregadas) y sistema previsional de salud.

En el mismo orden de ideas, para los registros REM se caracterizan las atenciones y actividades de salud otorgadas a la población en los establecimientos de la Red

Asistencial. Primero, se realiza el análisis para la población migrante en general y luego se focaliza en NNA, al mismo tiempo que acompañamos este análisis con la revisión de las mismas variables para la población chilena. Las dimensiones de vida de interés fueron: (i) demográficas (sexo, edad, región); (ii) previsionales (tipo de previsión), (iii) características de la hospitalización (diagnóstico), (iv) características del registro de uso de programas de salud.

Adicionalmente, en base a la encuesta CASEN se describieron las patologías reportadas como principales, asistencias a controles de salud + Previsión de salud + Otros+ .

2.2 Aspectos metodológicos

2.2.1 Fuentes de información

Para la caracterización sociodemográfica de NNA migrantes fueron utilizadas: (1) Censo 2017, (2) Estimaciones de población extranjera en Chile 2018-2021 y (3) CASEN 2020. Mientras que para la elaboración del perfil epidemiológico fueron utilizados los registros de (3) Egresos Hospitalarios 2019, 2020, y 2021 y (4) REM 2019, 2020, 2021 del Departamento de Estadísticas e información en Salud y la encuesta CASEN 2020.

Censo

Censo 2017: El Censo de Población y Vivienda 2017 tuvo una reducción de objetivos, por lo que se jerarquizaron los temas a ser abordados. Se empadronó a todas las personas presentes en el territorio nacional el día 19 de abril de 2017, tanto en viviendas particulares, colectivas, de viaje o en situación de calle, y también hogares y viviendas. Se utilizaron tres tipos de cuestionarios: el de viviendas particulares, el de viviendas colectivas y el de personas en tránsito, los cuales son respondidos por el jefe de hogar para todos los miembros del hogar.

Censo 2017 trabaja con dos tipos de divisiones territoriales, la primera es político-administrativa y la segunda es censal. Gracias a la primera es posible obtener información a nivel de regiones, y gracias a la segunda por zona urbana o rural.

Estimaciones CENSO 2018 -2021

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), en colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores (Minrel), la Policía de Investigaciones (PDI), y el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) presentó estimaciones de personas extranjeras residentes en Chile, desagregadas por sexo, grupo de edad y principales países de la población extranjera a nivel regional y comunal, definiéndose como residencia habitual la correspondiente **al lugar donde la persona ha residido o tiene intenciones de residir a lo menos seis meses**, las estimaciones fueron referidas al 31 de diciembre de 2021, siendo parte de una constante evaluación metodología y transparentando las diferencias con versiones anteriores de estimaciones entre 2018 y 2020.

Casen 2020

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) es el principal instrumento de medición socioeconómica existente en el país, y su principal objetivo es conocer la situación de pobreza por ingresos de las personas y hogares. Esta encuesta de hogares es realizada en Chile desde 1987 con una periodicidad de dos a tres años, incluyendo la versión 2020 en periodo de pandemia por SARS- CoV-2.

Dadas las restricciones sanitarias producto de la pandemia, para 2020 la llamada Casen en Pandemia, fue realizada en una modalidad mixta secuencial de tres fases: pre-contacto presencial, aplicación telefónica del cuestionario (entre el 31 de octubre de 2020 y el 4 de febrero de 2021) y una recuperación presencial en los casos donde no fue posible realizar un pre-contacto presencial o no disponían de acceso telefónico.

Teniendo como unidad final la vivienda, los datos fueron recolectados a partir de un diseño muestral probabilístico, estratificado, por conglomerado y en múltiples etapas basado en el marco muestral de manzanas para áreas urbanas y resto de áreas urbanas y secciones para áreas rurales y resto de áreas rurales, manteniendo la estructura y conformación del marco construido en base al CENSO 2002 y actualizado con información del precenso 2016, permitiendo su representatividad a nivel nacional,

regional y por zona geográfica (urbana - rural). La encuesta CASEN excluye a las personas en situación de calle o residentes en instituciones como hospitales. (Anexo 1A)

La base de datos se presenta anonimizada, y las variables medidas a través de un cuestionario estructurado respondido por el jefe del hogar o algún miembro del hogar de 18 años o más. El cuestionario cuenta con variables de diferentes áreas, debiendo tenerse en consideración que a raíz de la pandemia por enfermedad por COVID-19, el cuestionario original fue reducido contando con un total de 7 módulos (registro de residentes, educación, empleo, trabajo, ingresos, salud, identidades y vivienda) priorizando las mediciones de pobreza e ingresos.

Para 2017, se lograron un total de 62.540 viviendas equivalentes a 62.911 hogares y 185.437 personas, con una tasa de respuesta general del 63,1% y de rechazo del 11,0%.

Egresos hospitalarios 2019, 2020, 2021

Las bases de datos de egresos hospitalarios de los años 2019, 2020 y 2021 cuentan con información de los egresos hospitalarios de todos los centros secundarios de Chile, tanto públicos como privados (pertenecientes y no pertenecientes al sistema nacional de servicios de salud), considerándose como egreso hospitalario a la salida de un paciente de las unidades de hospitalización y que ha ocupado una cama de dotación del establecimiento hospitalarios (independiente mente del tiempo de uso de esta), pudiendo darse por alta médica, traslado a otro establecimiento, defunción, retiro voluntario del paciente u otro.

Los datos son recolectados por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, y desde 2014 las bases de datos dejan de ser de libre disposición vía web para pasar a ser tributar mediante plataforma web del sistema de estadísticas hospitalarias.

Las bases con información de nacionalidad del paciente egresado hospitalariamente fueron entregadas por el DEIS, correspondiendo a bases recortadas y categorizadas con

el fin de mantener el anonimato de los egresados. Por tanto, las bases de datos utilizadas contienen información sobre características (i) demográficas (sexo, edad, nacionalidad, región de residencia), (ii) previsión de salud y (iii) características de la hospitalización como diagnóstico, codificada según CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud, 2008) (Anexo 1B).

Los totales de egresos hospitalarios para todos los centros secundarios de salud, por año fueron:

2019	1.667.180
2020	1.330.477
2021	1.371.145

REM 2019. 2020, 2021

Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) corresponden a resúmenes de datos que consideran el registro de las actividades realizadas en los establecimientos de salud del sistema público de atención a lo largo de todo Chile. Cada serie se desagrega en hojas de trabajo correspondientes al tipo de registro que contienen. A su vez, cada hoja de REM contiene varias secciones según el tipo de dato que se recopila. Específicamente, está conformado por las series, que corresponden a las planillas, en el siguiente orden de distribución: Serie A, Serie BS, Serie BM, Serie D y Serie P. Las series REM han sido una herramienta básica utilizada para el monitoreo de los Programas y Convenios de Salud, por lo que su actualización siempre se enmarca en un proceso coordinado entre las diferentes divisiones del Ministerio de Salud (MINSAL).

Estos registros, constituyen fuente oficial de información estadística de carácter nacional, que permite conocer las atenciones y actividades de salud otorgadas a la población en los establecimientos de la Red Asistencial, los cuales son requeridos para la gestión central y local. Además, son una fuente de diversos indicadores de Gestión y Cumplimiento de Programas, pilar fundamental para la toma de decisiones en salud. Se

realizó Análisis descriptivo comparativo de la información registrada por cada una de las regiones implicadas y de los servicios de salud implicados en cada una de ellas para los años 2019, 2020, 2021 entre la población chilena y la población menor de 19 años. Esta información registrada contempla los registros acumulados del primer (mes 6) y segundo semestre (mes 12), por lo que se ha caracterizado el acumulado del segundo semestre, considerando que estos datos compilan la totalidad de personas atendidas durante al final de cada año. Cada serie se desagrega en hojas de trabajo correspondientes al tipo de registro que contienen. A su vez, cada hoja de REM contiene varias secciones según el tipo de dato que se recopila. Específicamente, está conformado por las series, que corresponden a las planillas, en el siguiente orden de distribución: Serie A, Serie BS, Serie BM, Serie D y Serie P.

En el presente reporte se realizó análisis de las prestaciones en las que se puede desagregar la variable migrante/nacional poniendo especial énfasis en las prestaciones relativas a prestaciones dirigidas a niños, niñas y adolescentes (Tabla 1.1):

Tabla 1.1 Descripción de series REM relativas a salud de NNA en las que se realiza desagregación migrante/ no migrante.

Serie P1 Población en control Programa de salud de la Mujer	Gestantes en control con evaluación de riesgo biopsicosocial (incluye datos generales y datos de menores de 19 años, desagregadas por variable migrante/no migrante).
Serie P2 y P9 estado nutricional de niños y adolescentes	Detalle de diagnóstico nutricional en niños de 0 a 59 meses y de 60 meses a 9 años 11 meses y de 10 a 19 años (desagregado por variable migrante/no migrante).
Serie P9 Población en control salud integral de adolescentes	según educación y trabajo, desagregado por variable migrante/no migrante
Serie P9 Áreas de Riesgo en población adolescente	desagregado por variable migrante/no migrante
Serie P9 Ámbitos ginecologicos/sexualidad en adolescente	en control de salud integral (desagregado por variable migrante/no migrante).
Serie P13 Población SENAME potencial	de atención en APS (desagregado por variable migrante/no migrante).
Serie P2 Población según diagnóstico de NNA con necesidades especiales de atención en salud	NANEAS, desagregado por variable migrante/no migrante.
Serie A Lactancia materna	desagregado por variable migrante/no migrante
Serie A11 Enfermedades transmisibles, exposición a enfermedades y tamizajes	(con límites en el registro)
Serie A03 Evaluación de desarrollo psicomotor	desagregado por variable migrante/no migrante

2.2.2 Definición de migrante internacional

Para las distintas fuentes de información, la variable o definición para distinguir a migrantes internacionales varía. Para el caso del CENSO 2017 y CASEN, la condición de migrante se construye a partir de lugar de nacimiento o residencia de la madre. Pudiendo en ambos casos distinguir por país específico de nacimiento. Para estimaciones de población 2018 -2019 se identificó como migrante a aquellos extranjeros de residencia habitual en Chile (ha residido o tiene intenciones de residir a lo menos seis meses). En el caso de EH, se identificó como aproximación de migrante internacional a aquellos con una nacionalidad distinta a la chilena (extranjero). Mientras que, en REM, estos se indicaban como migrantes dentro de la columna de datos correspondientes en el libro de códigos. (Tabla 1.2.1)

El Manual de usuario del CENSO 2017 indica una tasa de no respuesta del 1,81% para la pregunta de lugar de nacimiento y de un 0.5% para la especificación del país de origen. En el caso de las estimaciones de población extranjera entre 2018 y 2021, la diferencia de las estimaciones actualizadas en 2021 respecto a las estimaciones anteriores fue de -1949 personas para el año 2018, -1942 personas para el año 2019 y -2056 personas para el año 2021, por país específico estas diferencias varían entre 0 y 406 personas.

Tabla 1.2.1 Definición e identificación de migrantes internacionales según fuente de información

Concepto (o proxy)	Fuente de información	Pregunta o descripción	Re - categorización
País de nacimiento	CENSO	Cuando Ud. Nació, ¿En qué comuna o país vivía su madre? 1. En esta comuna 2. En otra comuna 3. Perú 4. Argentina 5. Bolivia 6. Ecuador 7. Colombia 8. Otro	Nacido en Chile (local) vs Nacido en el extranjero (migrante internacional). País específico de nacimiento (solo migrantes internacionales, específicos vs otros)
Extranjero de residencia habitual	Estimaciones INE y DEM	Residencia habitual: Lugar donde la persona ha residido o tiene	Extranjero de residencia habitual

		intenciones de residir a lo menos 6 meses.	(migrante internacional) País de origen (específicos vs otros)
País de nacimiento	CASEN	Cuando usted nació, ¿en qué comuna o país vivía su madre? 1. En esta comuna 2. En otra comuna 3. En otro país. 9. No sabe En caso de otro país o comuna, se especifican cuales fue dicho país o comuna	Nacido en Chile (local) vs Nacido en el extranjero (migrante internacional). País específico de nacimiento (solo migrantes internacionales, específicos vs otros)
Nacionalidad	Egresos Hospitalarios	Nacionalidad de la persona egresada Hospitalariamente	Chilena (local) vs extranjera (migrante internacional)
Migrante	REM	Identificado en la columna correspondiente de los registros REM como migrantes	Migrantes vs locales (Total país menos total migrantes)

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la encuesta CASEN en Pandemia 2020, 3.118 encuestados representativos de 381.995 personas no respondieron a la pregunta de residencia de la madre al momento de su nacimiento, no pudiendo identificarse como migrantes internacionales o no, en términos relativos, esto corresponde a un 1,68% de los encuestados representativos del 1,95% de la población. En NNA (0 a 18 años), 93 encuestados equivalentes al 0,21% del total de NNA en el país no contaban con información sobre el país de residencia de la madre al momento de su nacimiento (representativos de 10.271 NNA y un 0,21% del total de NNA respectivamente). En la misma línea, considerando el diseño de la encuesta y por ende su representatividad nacional, al comparar con las estimaciones de población para 2020 se tiene una diferencia de 268.446 personas para el total de población migrante internacional en Chile (menor cantidad de personas en CASEN 2020) y de 26.523 para migrantes internacionales de 19 años o menos (mayor cantidad en CASEN 2020).

No se dispone información adicional respecto al registro de nacionalidad, país de nacimiento o condición de migrante para las bases de datos de egresos hospitalarios ni REM.

2.2.3 Revisión documentaria disponible en el país

Adicionalmente al análisis secundario original de este reporte, para efectos de comparación con otros reportes disponibles y actualización de los mismos, se incorporaron resultados de dos reportes generales relevantes, para población general migrante internacional y nacional:

a) **Encuesta nacional de migración del banco mundial de diciembre del 2022** que buscó como objetivo principal contar con información que permita caracterizar a las principales poblaciones que han llegado en los últimos cinco años al país, así como las barreras para su integración, que sirva como insumo para apoyar en el diseño de políticas públicas de gestión de la migración en el país.

Disponibles sus resultados generales en:

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/099005001122338775/pdf/P1757800d2bef906f0903e099fa7dd63868.pdf>

b) **Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile** al 31 de diciembre de 2021 con desagregación nacional, regional y principales comunas departamento de estadísticas demográficas y sociales subdepartamento de demografía instituto nacional de estadísticas (INE).

Reporte completo disponible en:

https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2021-resultados.pdf?sfvrsn=d4fd5706_6

2.2.4 Software

Los análisis fueron realizados con diversos softwares y plataformas acordes a la presentación de la información y necesidades de cada base de datos. Los datos de CENSO 2017 fueron obtenidos a través de Redatam (CELADE, 2018), un sistema web para la consulta, procesamiento, análisis y diseminación de datos e indicadores sociodemográficos y económicos a partir de la información censal. Estos en conjunto con las estimaciones de población 2018-2021 fueron analizados utilizando los softwares MS Excel y R.

En el caso de la encuesta CASEN en Pandemia 2020, la base de datos fue descargada vía web (de libre disposición) en formato sav, y trabajada mediante los softwares STATA 17 (paquete svy) y R utilizando las librerías “haven” (Wickham & Miller, 2021), “dplyr” (Wickham, et al, 2022), “summarytools” (Comtois, 2021), “ggplot2” (Wickham, 2016) y “srvyr” (Freedman Ellis & Schneider, 2022).

Los datos de egresos hospitalarios fueron analizados utilizando el software STATA 17 en conjunto con MS Excel para la presentación de resultados. De igual manera, para las bases de datos REM los libros de códigos fueron consultados en su formato MS Excel, posterior a su identificación las correspondientes agrupaciones y extracción de resultados fueron realizadas mediante el software STATA 17.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Primero se muestran los resultados para la caracterización sociodemográfica de la población migrante internacional de manera general, esto es, incluyendo a la población de todos los rangos etarios y posteriormente, a la población objetivo de este apartado de la investigación, correspondiente a niñas, niños y adolescentes (0 a 18 años) migrantes internacionales, en base a datos censales y de encuestas poblacionales. En segunda instancia se muestran los resultados del perfil epidemiológico, en la población objetivo acorde a estadísticas del departamento de estadísticas e investigación en salud (DEIS) y encuestas poblacionales. Todo lo anterior, para el total de la población del país como para las regiones Metropolitana, de Tarapacá y de O'Higgins por separado y según la disponibilidad de datos de las bases de datos reportadas.

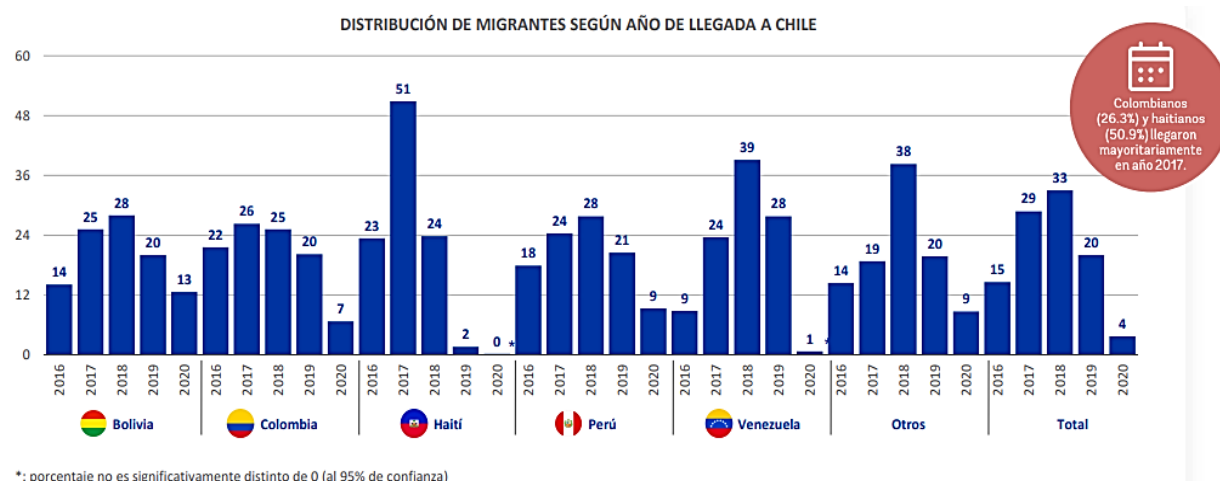
2.3 Caracterización sociodemográfica

2.3.1 Reportes nacionales disponibles sobre población migrante en el país

De acuerdo con reportes recientes nacionales, Chile ha venido posicionándose como país de acogida de población inmigrante en los diez últimos años. Hasta el año 2013, la emigración desde Chile superaba la inmigración hacia Chile, produciendo un saldo migratorio negativo, sin embargo, desde el año 2014 se ha observado un aumento progresivo en los movimientos de entrada al país. El momento de mayor aumento en el flujo migratorio de entrada se observó entre los años 2018 y 2019, para luego caer durante los años 2020 y 2021 producto de la pandemia por COVID-19 (INE, 2021b).

Acorde a antecedentes del Banco Mundial, se observó que el mayor porcentaje de personas migrantes que arribaron al país entre 2016 y 2020 llegó a Chile durante el 2018, esto se repite con distintas magnitudes al distinguir por país de origen, a excepción de Colombia y Haití. En el caso de Colombia solo hay una diferencia de un punto porcentual entre 2018 y 2017, siendo mayor en 2017, mientras que, en población haitiana aproximadamente el 50% de quienes entraron a Chile durante el periodo observado lo hicieron en el año 2017. (Figura 1.3.1) (Banco Mundial, 2022).

Figura 1.3.1 Distribución del año de llegada de la población migrante internacional llegada a Chile entre los años 2016-2020, según país de origen.



Fuente: Encuesta de Migración, Banco Mundial, SERMIG y Centro UC, 2022 (Banco Mundial, 2022)

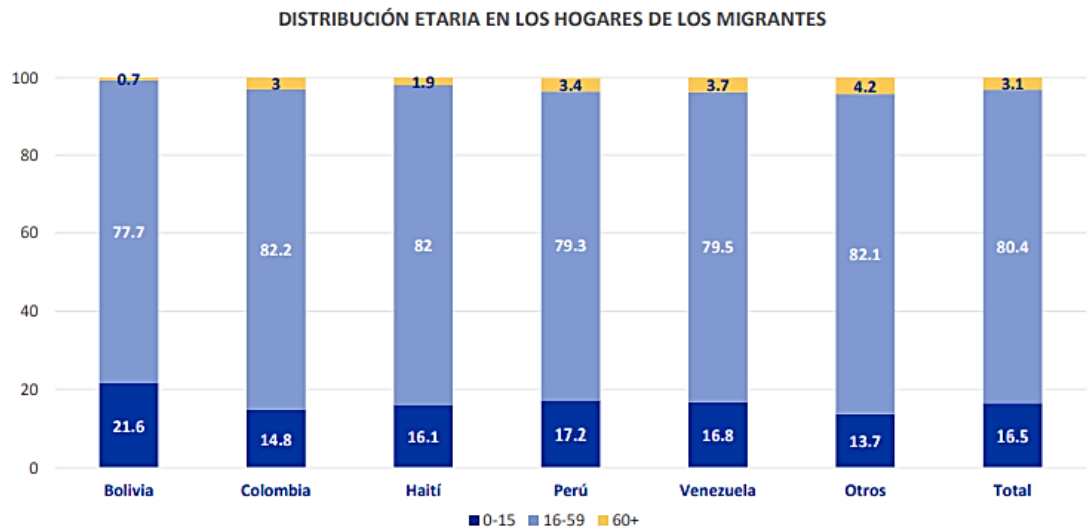
En la misma línea, según país de origen, estimaciones del Instituto Nacional de estadística indicaban que para el 31 de diciembre del año 2021 la mayoría de las personas extranjeras residentes en el país provenían de Venezuela (30%), Perú (16,6%), Haití (12,2%), Colombia (11,7%) y Bolivia (8,9%), siguiendo las tendencias reflejadas en las estimaciones de 2019 y 2020 (INE, 2021b).

Dentro del país, al igual que la población local la población extranjera se ha concentrado mayoritariamente en la región Metropolitana, con un estimado para 2021 del 61,3% del total de dicha población. No obstante, este porcentaje ha ido disminuyendo levemente desde 2018, año en el cual la Región Metropolitana concentraba el 62,6% del total de población migrante. A su vez, la Región de Antofagasta ha crecido en términos absolutos, existiendo un incremento de 4.326 personas migrantes, mientras que, en términos relativos, las regiones que más aumentaron su porcentaje de población extranjera durante 2021 fueron Arica y Parinacota (8,3%) y Ñuble (7,0%) (INE 2021b).

Específicamente por país de origen, para el año 2021 migrantes provenientes de Venezuela fueron los que contaron con mayor presencia a través de las regiones de Chile, siendo el colectivo más numeroso en 8 regiones del país, entre las que destacan Biobío (48,4%), Los Lagos (38,3%) y el Maule (36,3%). La población peruana, por su parte se concentra principalmente las regiones de Arica y Parinacota (38,5%) y la población haitiana en la región del Maule (34,9%) (INE 2021b).

Según edad, para el año 2021 la población extranjera, tanto de hombres como mujeres, se concentraba entre los 25 y 39 años, destacándose adicionalmente, el grupo de 30 a 34 años, correspondiente al 18% del total de población extranjera estimada en 2021 (INE 2021b). Asimismo, se estimó en promedio, una alta presencia de niños/as y adolescentes en el tramo de edad de 0 a 15 años en hogares migrantes, siendo los hogares con población extranjera boliviana los con mayor porcentaje de niños y adolescentes menores de 15 años (Banco Mundial 2022), (figura 1.3.2).

Figura 1.3.2 Distribución etaria en los hogares de migrantes internacionales en Chile 2021, según país de origen



Fuente: Encuesta de Migración, Banco Mundial, SERMIG y Centro UC, 2022 (Banco Mundial, 2022).

Finalmente, acorde a la encuesta de Migración del Banco Mundial, SERMIG y Centro UC, las razones para migrar varían de acuerdo con el país de origen, destacándose motivos

económicos, especialmente en el caso venezolano, y laborales para el resto de países. En relación con el acompañamiento al ingresar a Chile, para el caso de población proveniente de Venezuela el mayor porcentaje de migrantes viajó junto a parientes, por el contrario, para la mayoría del resto de nacionalidades representadas en la encuesta las personas migrantes ingresaron solas al país, sobre todo en el caso de aquellos provenientes de Haití (78%) (Banco Mundial, 2022).

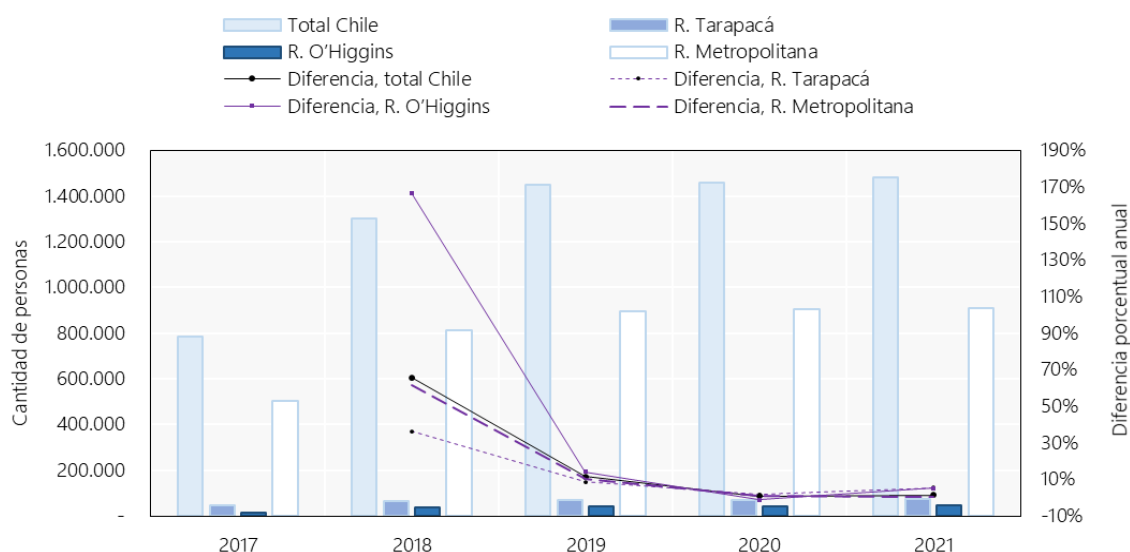
2.3.2 CENSO 2017 y proyecciones 2018-2021

Acorde al INE, CENSO 2017 permite caracterizar y analizar a la población nacida en el extranjero, así como describir tendencias pasadas y nuevas variables respecto a los flujos migratorios recientes en Chile (INE, 2018). De manera similar, las proyecciones poblacionales proporcionan una referencia del futuro tamaño y estructura de la población, bajo una serie de supuestos actualizables con cada CENSO. Adicionalmente, el INE y Departamento de Extranjería y Migración (DEM), en colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores (MINREL), Policía de Investigaciones (PDI) y Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCel) han presentado la estimación de personas extranjeras residentes en Chile entre 2018 y 2021, según algunas de las principales características demográficas.

2.3.2.1 Características demográficas, población migrante internacional general

En base al CENSO 2017 se estimaban un total de 784.685 migrantes internacionales a lo largo del todo el país, equivalentes a un 4,3% de la población total. Acorde a las estimaciones de población extranjera, para el año 2019 el total de migrantes es cercano al doble de dicha población en 2017, con un total de 1.448.391 personas, equivalentes al 7,6% del total de la población. Asimismo, para el año 2021 se estimaban un total de 1.482.390 extranjeros de residencia habitual en el país, equivalentes al 7,5% del total de la población proyectada para dicho año (Tabla 1.3.1; Figura 1.3.3).

Figura 1.3.3 Población migrante internacional total estimada en Chile 2017 - 2021 y diferencia porcentual respecto al año anterior



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017, estimaciones de población extranjera residente habitual en Chile 2018-2021 y proyecciones de población INE

A lo largo de todo Chile, para todos los años observados la población migrante internacional y extranjera de residencia habitual se concentró principalmente en la región Metropolitana, seguidas de Antofagasta, Valparaíso y Tarapacá, en el respectivo orden. En las regiones de interés para los objetivos del proyecto, se observó un aumento año tras año en la región Metropolitana y de Tarapacá, siendo el año 2020 el de menor aumento, de manera similar en la región de O'Higgins solo se registró una disminución de la población migrante entre los años 2020 y 2019. Concretamente, para el año 2021 se estimaban 73.030 migrantes para la región de Tarapacá, 45.200 para O'Higgins y 909.414 para la región Metropolitana (Tabla 1.3.1).

Por sexo y edad, en base al CENSO 2017 se reportó una presencia de mujeres 1,2 puntos porcentuales mayor de la de hombres (ie. 50,4% de los migrantes del país correspondían a mujeres en 2017). Para las regiones específicas, la distribución fue de 50-50 en la región Metropolitana, mayoritariamente femenina en la región de Tarapacá (52,7%

de mujeres del total de migrantes de la región) y mayoritariamente masculina en la región de O'Higgins (46,7% del total de migrantes de la región correspondió a mujeres) (Tabla 1.2).

Tabla 1.3.1 Cantidad y porcentaje de población migrante internacional total y extranjera de residencia habitual en Chile 2017 - 2021

	Año				
	2017	2018	2019	2020	2021
Total Chile					
n	784.685	1.299.432	1.448.391	1.460.047	1.482.390
% del total nacional	4,26%	6,93%	7,58%	7,50%	7,53%
R. Tarapacá					
n	46.062	62.852	68.243	69.329	73.030
% del total regional	13,46%	17,71%	18,50%	18,11%	18,67%
R. O'Higgins					
n	14.307	38.157	43.553	42.991	45.200
% del total regional	1,50%	3,95%	4,45%	4,34%	4,52%
R. Metropolitana					
N	503.611	812.950	897.692	904.025	909.414
% del total regional	6,71%	10,55%	11,34%	11,13%	11,03%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017, estimaciones de población extranjera residente habitual en Chile 2018-2021 y proyecciones de población INE

Tabla 1.3.2 Cantidad y distribución de la población migrante internacional total según sexo y edad, Chile 2017. Destacado tramo 0-19 años

	Total Chile		R. Tarapacá		R. Metropolitana		R. O'Higgins	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Hombre	389.588	49,6%	21.793	47,3%	251.556	50,0%	7.628	53,3%
Mujer	95.097	50,4%	4.269	52,7%	52.055	50,0%	6.679	46,7%
Edad								
0-19 años	120.308	15,33%	8.309	18,04%	72.457	14,39%	2.304	16,10%
20-64 años	633.853	80,78%	36.739	76,76%	413.532	82,11%	11.443	79,98%
65 o más años	30.524	3,89%	1.014	2,20%	17.622	3,50%	560	3,91%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Tabla 1.3.3 Población extranjera de residencia habitual en Chile 2018 - 2021 por sexo y edad.

		Año			
		2018	2019	2020	2021
Total Chile					
Sexo	Hombre	667.002	739.362	743.732	744.213
	Mujer	632.430	709.029	716.315	738.177
Edad	0-19 años	198.117	210.785	198.304	198.266
	20-60 años	1065.297	1.195.682	1.215.345	1.232.364
	60 o más años	36.018	41.924	46.398	51.715
R. Tarapacá					
Sexo	Hombre	30.382	33.149	33.727	35.485
	Mujer	32.470	35.094	35.602	37.545
Edad	0-19 años	11.779	11.939	11.194	11.556
	20-60 años	49.838	54.855	56.482	59.597
	60 o más años	1.235	1.449	1.653	1.877
R. O'Higgins					
Sexo	Hombre	22.147	24.743	24.291	25.253
	Mujer	16.010	18.810	18.700	19.947
Edad	0-19 años	4.789	5.291	4.926	5.150
	20-60 años	32.620	37.363	37.055	38.895
	60 o más años	748	899	1.010	1.155
R. Metropolitana					
Sexo	Hombre	411.665	453.373	456.096	451.975
	Mujer	401.285	444.319	447.929	457.439
Edad	0-19 años	121.445	128.237	120.501	118.650
	20-60 años	669.300	743.535	754.821	758.567
	60 o más años	22.205	25.920	28.703	32.192

*En 2021 se ignoraba la edad de 5 personas, las cuales no fueron consideradas para la estimación de porcentajes según edad

Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de población extranjera residente habitual en Chile 2018-2021

Tabla 1.3.4 Distribución por sexo y edad de población extranjera de residencia habitual en Chile 2018 - 2021. Destacado tramo 0-19 años.

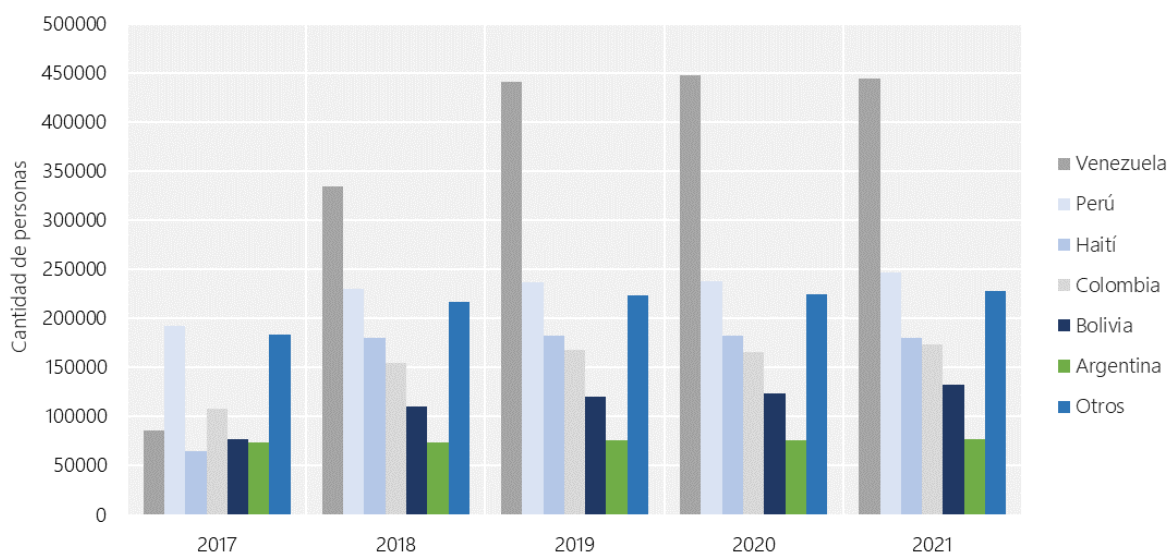
		Año			
		2018	2019	2020	2021
Total Chile		(n=1.299.432)	(n=1.448.391)	(n=1.460.047)	(n=1.482.390)
Sexo	Hombre	51,3%	51,0%	50,9%	50,2%
	Mujer	48,7%	49,0%	49,1%	49,8%
Edad	0-19 años	15,2%	14,6%	13,6%	13,4%
	20-64 años	82,0%	82,6%	83,2%	83,1%
	65 o más años	2,8%	2,9%	3,2%	3,5%
R. Tarapacá		(n=62.852)	(n=68.243)	(n=69.329)	(n=73.030)
Sexo	Hombre	48,3%	48,6%	48,6%	48,6%
	Mujer	51,7%	51,4%	51,4%	51,4%
Edad	0-19 años	18,7%	17,5%	16,1%	15,8%
	20-64 años	79,3%	80,4%	81,5%	81,6%
	65 o más años	2,0%	2,1%	2,4%	2,6%
R. O'Higgins		(n=38.157)	(n=443.553)	(n=42.991)	(n=45.200)
Sexo	Hombre	58,0%	56,8%	56,5%	55,9%
	Mujer	42,0%	43,2%	43,5%	44,1%
Edad	0-19 años	12,6%	12,1%	11,5%	11,4%
	20-64 años	85,5%	85,8%	86,2%	86,1%
	65 o más años	2,0%	2,1%	2,3%	2,6%
R. Metropolitana		(n=812.950)	(n=897.692)	(n=904.025)	(n=909.414)
Sexo	Hombre	50,6%	50,5%	50,5%	49,7%
	Mujer	49,4%	49,5%	49,5%	50,3%
Edad	0-19 años	14,9%	14,3%	13,3%	13,0%
	20-64 años	82,3%	82,8%	83,5%	83,4%
	65 o más años	2,7%	2,9%	3,2%	3,5%

*En 2021 se ignoraba la edad de 5 personas, las cuales no fueron consideradas para la estimación de porcentajes según edad

En la misma línea, la distribución por edad según CENSO 2017 fue similar en forma entre el total a nivel nacional y entre las regiones de interés, donde el tramo de 19 a 64 años en todos los casos supera el 75% del total de la respectiva población migrante (Tabla 1.2). A través de los años esta situación se mantiene (Tabla 1.3.3 - 1.3.4).

Respecto al país de origen de la población migrante en Chile, se tomó como referencia la agrupación propuesta para las estimaciones de población extranjera 2018-2021 con el fin de darle continuidad a la línea temporal. Esta presenta 7 países de interés respecto a sus características como colectivo y flujo migratorio (Venezuela, Perú, Argentina, Haití, Colombia y Bolivia) y agrupa el resto en otros.

**Figura 1.3.4 Distribución de la población migrante internacional total estimada en Chile
2017 - 2021 según país de origen**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017, estimaciones de población extranjera residente habitual en Chile 2018-2021 y proyecciones de población INE

Para el total del país desde 2018 en adelante Venezuela lidera como país de origen de la población migrante con entre un 25-31% del total de migrantes. En la **Región de Tarapacá consistentemente la migración ha provenido principalmente de Bolivia** (con más de un 45% del total de migrantes de la región). En la **Región Metropolitana, para 2017 la mayor parte de la población migrante provenía de Perú (28,8%), pasando a segundo lugar a partir de 2018 donde comienza a liderar la población proveniente de Venezuela.** Finalmente, **la Región de O'Higgins es la que presenta el mayor porcentaje de población migrante proveniente de Haití** entre las regiones analizadas. (Tabla 1.3.5 -1.3.6)

Tabla 1.3.5 Cantidad y distribución de la población migrante internacional según país de origen, Chile 2017

País		Total	Región Tarapacá	R. Metropolitana	Región O'Higgins
Venezuela	n	85.461	619	71.383	1.690
	%	10,90%	1,30%	14,20%	11,80%
Perú	n	192.082	13.724	145.239	1.453
	%	24,50%	29,80%	28,80%	10,20%
Haití	n	64.567	127	55.148	2.015
	%	8,20%	0,30%	11,00%	14,10%
Colombia	n	108.001	3.911	63.614	2.118
	%	13,80%	8,50%	12,60%	14,80%
Bolivia	n	77.503	20.780	15.089	982
	%	9,90%	45,10%	3,00%	6,90%
Argentina	n	73.867	1.123	35.870	1.859
	%	9,40%	2,40%	7,10%	13,00%
Otros	n	183.204	5.778	117.268	4.190
	%	9,40%	12,50%	23,30%	29,30%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Tabla 1.3.6 Distribución por país de origen de población extranjera de residencia habitual en Chile 2018 - 2021

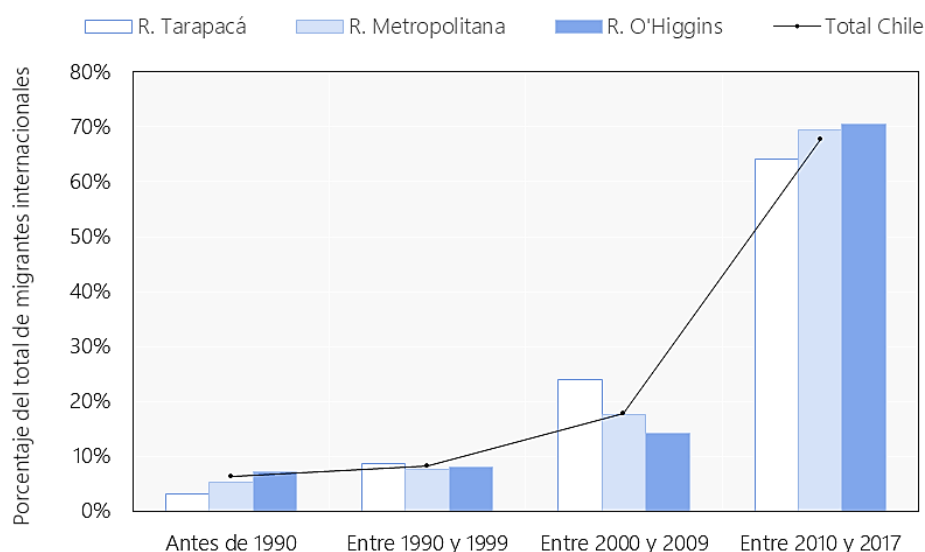
	Año							
	2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Chile								
Venezuela	334.168	25,7%	441.218	30,5%	447.811	30,7%	444.423	30,0%
Perú	229.772	17,7%	237.092	16,4%	238.514	16,3%	246.508	16,6%
Haití	180.540	13,9%	182.300	12,6%	182.253	12,5%	180.272	12,2%

Colombia	154.809	11,9%	167.680	11,6%	166.213	11,4%	173.804	11,7%
Bolivia	109.998	8,5%	120.772	8,3%	123.728	8,5%	132.094	8,9%
Argentina	73.476	5,7%	75.740	5,2%	76.449	5,2%	77.023	5,2%
Otros	216.669	16,7%	223.589	15,4%	225.079	15,4%	228.266	15,4%
R. Tarapacá								
Venezuela	3.342	5,3%	4.621	6,8%	4.587	6,6%	4.930	6,8%
Perú	15.801	25,1%	16.423	24,1%	16.802	24,2%	17.429	23,9%
Haití	331	0,5%	357	0,5%	355	0,5%	350	0,5%
Colombia	5.200	8,3%	5.526	8,1%	5.549	8,0%	5.804	7,9%
Bolivia	28.483	45,3%	31.247	45,8%	31.711	45,7%	33.915	46,4%
Argentina	1.078	1,7%	1.152	1,7%	1.141	1,6%	1.156	1,6%
Otros	8.617	13,7%	8.917	13,1%	9.184	13,2%	9.446	12,9%
R. O'Higgins								
Venezuela	10.245	26,8%	14.515	33,3%	14.470	33,7%	15.287	33,8%
Perú	1.962	5,1%	2.061	4,7%	1.973	4,6%	2.081	4,6%
Haití	13.331	34,9%	13.044	29,9%	12.601	29,3%	12.926	28,6%
Colombia	3.143	8,2%	3.574	8,2%	3.523	8,2%	3.794	8,4%
Bolivia	2.048	5,4%	2.452	5,6%	2.506	5,8%	2.983	6,6%
Argentina	1.948	5,1%	2.044	4,7%	2.065	4,8%	2.081	4,6%
Otros	5.480	14,4%	5.863	13,5%	5.853	13,6%	6.048	13,4%
R. Metropolitana								
Venezuela	239.865	29,5%	304.525	33,9%	309.398	34,2%	304.152	33,4%
Perú	174.823	21,5%	179.806	20,0%	179.317	19,8%	183.765	20,2%
Haití	109.931	13,5%	111.855	12,5%	113.432	12,5%	111.530	12,3%
Colombia	89.390	11,0%	95.565	10,6%	94.593	10,5%	98.418	10,8%
Bolivia	21.759	2,7%	24.325	2,7%	24.647	2,7%	26.635	2,9%
Argentina	36.496	4,5%	37.430	4,2%	37.784	4,2%	38.150	4,2%
Otros	140.686	17,3%	144.186	16,1%	144.854	16,0%	146.764	16,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de población extranjera residente habitual en Chile 2018-2021

Finalmente, acorde a los datos del CENSO 2017 el 67,7% del total de migrantes internacionales en el país llegó en el periodo entre 2010 y 2017, siendo este el periodo de mayor flujo entrante de migrantes a Chile. Esto se repite por regiones específicas, en diferentes magnitudes (en 64-71%). (Figura 1.3.5)

Figura 1.3.5 Distribución de la población migrante internacional total estimada en Chile 2017 según periodo de llegada al país



	Antes de 1990		Entre 1990 y 1999		Entre 2000 y 2009		Entre 2010 y 2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Chile	46.682	6,36%	60.535	8,24%	130.173	17,72%	497.164	67,68%
R. Tarapacá	1.354	3,09%	3.804	8,69%	10.514	24,01%	28.123	64,22%
R. Metropolitana	25.417	5,34%	36.262	7,61%	83.486	17,53%	331.171	69,52%
R. O'Higgins	933	7,09%	1.070	8,13%	1.871	14,22%	9.280	70,55%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

2.3.2.2 Características sociodemográficas, NNA migrante

Para el año 2017, acorde al CENSO 2017, un **15,33% (n=120.308) de los migrantes internacionales correspondía a personas de 19 años o menos**, es decir niños, niñas y adolescentes (NNA). Para los años posteriores, acorde a estimaciones de población extranjera, en 2018 un 15,2% (n=198.117) del total de migrantes internacionales correspondía a NNA, en 2019 un 14,6% (n=210.785) del total de migrantes correspondía a NNA, en 2020 un 13,6% (n=198.304) y en **2021 un 13,4% (n=198.266)** del total de migrantes correspondía a este grupo. Al distinguir entre las regiones de interés para el

presente informe, regiones de Tarapacá, Metropolitana y O'Higgins, la primera de estas es la que presenta en proporción la mayor presencia de NNA migrantes internacionales, con un 18,7% (n=11.779) del total de migrantes en 2018 vs un 15,8% (n=11.556) en 2021, presentado una disminución año a año (Tablas 1.3.3 -1.3.4).

Tramos etarios

En cuanto a etapas de la niñez específicas, tanto CENSO 2017 como las estimaciones poblacionales permiten desagregar por tramos de 5 años, ante esto un **16,10% (n=19.373) del total de NNA migrantes en Chile** se encontraba entre los 0 a 4 años pudiendo corresponder a una etapa lactante o pre-escolar, **un 25,46% (n=30.628) al tramo entre 5-9 años** pudiendo corresponder a escolares o preescolares y un **58,44% (n=70.307) del total de NNA correspondía al tramo entre 10 y 19 años equivalente a adolescentes**. En 2021, estos porcentajes correspondían a un 5,21% (n=10.332), 31,84% (n=63.124) y 62,95% (n=124.810) respectivamente (Tabla 1.3.7). Al respecto, hay que considerar que la mayor concentración de la niñez y adolescencia migrante en esta última fase del ciclo puede estar circunscrita a los efectos de la legislación chilena que otorga nacionalidad a los NNA nacidos en territorio nacional, lo que puede generar un subregistro de niños afectados por la migración que se encuentren en los primeros años de vida.

Tabla 1.3.7 Distribución edad de los NNA migrante internacional y extranjera de residencia habitual en Chile 2017 - 2021

		Año				
		2017	2018	2019	2020	2021
Total Chile						
0-4 años	n	19.373	33.840	29.844	19.063	10.332
	%	16,10%	17,08%	14,16%	9,61%	5,21%
5-9 años	n	30.628	54.763	61.987	62.271	63.124
	%	25,46%	27,64%	29,41%	31,40%	31,84%
10-19 años	n	70.307	109.514	118.954	116.970	124.810
	%	58,44%	55,28%	56,43%	58,99%	62,95%
R. Tarapacá						
0-4 años	n	1.232	1.881	1.540	929	585
	%	14,83%	15,97%	12,90%	8,30%	5,06%
5-9 años	n	2.057	3.050	3.320	3.333	3.386
	%	24,76%	25,89%	27,81%	29,77%	29,30%
10-19 años	n	5.020	6.848	7.079	6.932	7.585
	%	60,42%	58,14%	59,29%	61,93%	65,64%
R. O'Higgins						
0-4 años	n	368	21.550	18.663	11.691	5.668
	%	15,97%	17,74%	14,55%	9,70%	4,78%
5-9 años	n	566	34.326	38.609	38.811	38.963
	%	24,57%	28,26%	30,11%	32,21%	32,84%
10-19 años	n	1.370	65.569	70.965	69.999	74.019
	%	59,46%	53,99%	55,34%	58,09%	62,38%
R. Metropolitana						
0-4 años	n	12.345	864	794	508	281
	%	17,04%	18,04%	15,01%	10,31%	5,46%
5-9 años	n	18.551	1.267	1.528	1.565	1.698
	%	25,60%	26,46%	28,88%	31,77%	32,97%
10-19 años	n	41.561	2.658	2.969	2.853	3.171
	%	57,36%	55,50%	56,11%	57,92%	61,57%

Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de población extranjera residente habitual en Chile 2018-2021 y CENSO 2017

Zonas de Residencia

En cuanto a zona de residencia en 2017, un 4,63% (n=5.575) de los NNA migrantes residía en áreas rurales y 95,37% (n=114.733) en áreas urbanas. En términos regionales, el 1,71% (n=1.239) de los NNA migrantes residían en áreas rurales en la RM , 4,69% (n=390) en Tarapacá y 13,32% (n=307) en O'Higgins. En contraparte, en NNA locales un 11,64% (n=525.636) de estos residía en áreas rurales y un 88,36% (n=3.988.776) en urbanas (4,10% (n=71.674) de NNA locales residían en áreas rurales en la RM , 3,12% (n=2.819) en Tarapacá y 23,20% (n=56.439) en O'Higgins). Estos porcentajes indican que si bien la niñez y adolescencia migrante está principalmente asentada en zonas urbanas, regiones como O'Higgins y Tarapacá requieren de atención en cuanto su población de NNA migrantes supera a la media nacional situada en territorios rurales.

Tabla 1.3.8 Porcentaje de población femenina en NNA migrantes internacionales y locales distinguiendo entre en zonas urbanas en Chile 2017

Zona Urbana:

	MI	Local		MI	Local
Total Chile			R. Tarapacá		
0-4 años	49,71%	49,07%	0-4 años	49,91%	48,60%
5-9 años	49,38%	48,97%	5-9 años	48,69%	48,80%
10-19 años	49,12%	49,15%	10-19 años	49,38%	48,86%
R. Metropolitana			R. O'Higgins		
0-4 años	49,49%	49,05%	0-4 años	48,15%	49,11%
5-9 años	49,30%	48,87%	5-9 años	48,11%	48,95%
10-19 años	49,22%	49,23%	10-19 años	47,61%	48,96%

MI: Migrantes internacionales
Fuente: Elaboración propia a partir CENSO 2017

Tabla 1.3.9 Porcentaje de población femenina en NNA migrantes internacionales y locales distinguiendo entre en zonas rurales en Chile 2017

Zona rural:

	MI	Local		MI	Local
Total Chile			R. Tarapacá		
0-4 años	47,18%	48,94%	0-4 años	55,81%	48,41%
5-9 años	49,75%	48,74%	5-9 años	50,75%	51,55%
10-19 años	47,00%	47,42%	10-19 años	42,62%	43,46%
R. Metropolitana			R. O'Higgins		
0-4 años	52,98%	48,95%	0-4 años	43,18%	49,08%
5-9 años	47,08%	48,69%	5-9 años	52,38%	49,22%
10-19 años	45,35%	48,09%	10-19 años	49,00%	47,99%

MI: Migrantes internacionales
Fuente: Elaboración propia a partir CENSO 2017

Para 2017 al distinguir por sexo, edad y local vs migrante internacional, en todos los casos y regiones se mantiene una distribución de aproximadamente 48-50% de mujeres y 50-52% de hombres (Tabla 1.3.8 -1.3.10).

Tabla 1.3.10 Porcentaje de población femenina en NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2017

	MI	Local		MI	Local
Total Chile			R. Tarapacá		
0-4 años	49,59%	49,05%	0-4 años	50,32%	48,59%
5-9 años	49,39%	48,94%	5-9 años	48,76%	48,89%
10-19 años	49,02%	48,94%	10-19 años	49,06%	48,69%
R. Metropolitana			R. O'Higgins		
0-4 años	49,54%	49,05%	0-4 años	47,55%	49,10%
5-9 años	49,26%	48,86%	5-9 años	48,59%	49,01%
10-19 años	49,15%	49,18%	10-19 años	47,81%	48,73%

MI: Migrantes internacionales
Fuente: Elaboración propia a partir CENSO 2017

Descriptivamente, al comparar entre locales y migrantes internacionales, los locales presentaban en mayor porcentaje niños y niñas entre 0 y 4 años que los migrantes, esto incluso tras estratificar por género, según regiones de interés y distinguiendo entre

zonas urbanas y rurales. (Tabla 1.3.10 - 1.3.13). Desde 2018 en adelante para el total de NNA migrantes internacionales en el país son las regiones Metropolitana, seguida de Antofagasta, Valparaíso y Tarapacá las que concentran a NNA migrantes en mayor proporción. (Tabla 1.3.14)

Tabla 1.3.11 Población migrante internacional y local por sexo y edad, en conjunto el porcentaje de población femenina en NNA. Chile 2017

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Migrantes internacionales						
Total Chile						
0-4 años	9.765	16,0%	9.608	16,2%	19373	16,1%
5-9 años	15.500	25,4%	15.128	25,6%	30628	25,5%
10-19 años	35.840	58,7%	34.467	58,2%	70307	58,4%
R. Tarapacá						
0-4 años	612	14,5%	620	15,2%	1232	14,8%
5-9 años	1.054	25,0%	1.003	24,5%	2057	24,8%
10-19 años	2.557	60,5%	2.463	60,3%	5020	60,4%
R. O'Higgins						
0-4 años	193	16,1%	175	15,8%	368	16,0%
5-9 años	291	24,3%	275	24,9%	566	24,6%
10-19 años	715	59,6%	655	59,3%	1370	59,5%
R. Metropolitana						
0-4 años	6.229	16,9%	6.116	17,1%	12345	17,0%
5-9 años	9.413	25,6%	9.138	25,6%	18551	25,6%
10-19 años	21.135	57,5%	20.426	57,2%	41561	57,4%
Locales						
Total Chile						
0-4 años	557.781	24,2%	537.035	24,3%	1.094.816	24,3%
5-9 años	586.587	25,5%	562.263	25,4%	1.148.850	25,4%
10-19 años	1.159.372	50,3%	1.111.374	50,3%	2.270.746	50,3%
R. Tarapacá						
0-4 años	12.304	26,6%	11.631	26,4%	23.935	26,5%
5-9 años	12.309	26,6%	11.773	26,8%	24.082	26,7%
10-19 años	21.705	46,9%	20.594	46,8%	42.299	46,8%
R. O'Higgins						
0-4 años	29.524	23,7%	28.482	23,9%	58.006	23,8%
5-9 años	32.484	26,1%	31.225	26,3%	63.709	26,2%
10-19 años	62.306	50,1%	59.231	49,8%	121.537	50,0%
R. Metropolitana						
0-4 años	221.748	24,9%	213.479	24,9%	435.227	24,9%
5-9 años	225.019	25,3%	214.973	25,1%	439.992	25,2%
10-19 años	443.550	49,8%	429.298	50,0%	872.848	49,9%

Fuente: Elaboración propia a partir CENSO 2017

Tabla 1.3.12 Población migrante internacional y local por sexo y edad, en conjunto el porcentaje de población femenina en NNA en zonas urbanas en Chile 2017

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Migrantes internacionales						
Total Chile						
0-4 años	9.296	16,0%	9.189	16,3%	18485	16,1%
5-9 años	14.801	25,4%	14.436	25,5%	29237	25,5%
10-19 años	34.093	58,6%	32.918	58,2%	67011	58,4%
R. Tarapacá						
0-4 años	574	14,3%	572	14,7%	1146	14,5%
5-9 años	1.021	25,4%	969	24,8%	1990	25,1%
10-19 años	2.421	60,3%	2.362	60,5%	4783	60,4%
R. O'Higgins						
0-4 años	168	16,1%	156	16,3%	324	16,2%
5-9 años	261	25,0%	242	25,3%	503	25,2%
10-19 años	613	58,8%	557	58,3%	1170	58,6%
R. Metropolitana						
0-4 años	6.150	17,0%	6.027	17,2%	12177	17,1%
5-9 años	9.250	25,6%	8.993	25,6%	18243	25,6%
10-19 años	20.718	57,4%	20.080	57,2%	40798	57,3%
Locales						
Total Chile						
0-4 años	495.565	24,4%	477.411	24,4%	972.976	24,4%
5-9 años	516.828	25,4%	495.930	25,3%	1.012.758	25,4%
10-19 años	1.018.624	50,2%	984.418	50,3%	2.003.042	50,2%
R. Tarapacá						
0-4 años	11.931	26,6%	11.281	26,4%	23.212	26,5%
5-9 años	11.949	26,7%	11.390	26,7%	23.339	26,7%
10-19 años	20.940	46,7%	20.006	46,9%	40.946	46,8%
R. O'Higgins						
0-4 años	22.769	23,9%	21.970	24,0%	44.739	23,9%
5-9 años	25.065	26,3%	24.035	26,3%	49.100	26,3%
10-19 años	47.451	49,8%	45.523	49,7%	92.974	49,8%
R. Metropolitana						
0-4 años	213.236	25,0%	205.318	24,9%	418.554	25,0%
5-9 años	215.547	25,3%	205.983	25,0%	421.530	25,1%
10-19 años	424.584	49,8%	411.725	50,0%	836.309	49,9%

Fuente: Elaboración propia a partir CENSO 2017

Tabla 1.3.13 Población migrante internacional y local por sexo y edad, en conjunto el porcentaje de población femenina en NNA en zonas rurales en Chile 2017

	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Migrantes internacionales						
Total Chile						
0-4 años	469	16,1%	419	15,8%	888	15,9%
5-9 años	699	24,0%	692	26,0%	1391	25,0%
10-19 años	1.747	59,9%	1.549	58,2%	3296	59,1%
R. Tarapacá						
0-4 años	38	18,4%	48	26,2%	86	22,1%
5-9 años	33	15,9%	34	18,6%	67	17,2%
10-19 años	136	65,7%	101	55,2%	237	60,8%
R. O'Higgins						
0-4 años	25	15,9%	19	12,7%	44	14,3%
5-9 años	30	19,1%	33	22,0%	63	20,5%
10-19 años	102	65,0%	98	65,3%	200	65,1%
R. Metropolitana						
0-4 años	79	12,0%	89	15,3%	168	13,6%
5-9 años	163	24,7%	145	25,0%	308	24,9%
10-19 años	417	63,3%	346	59,7%	763	61,6%
Locales						
Total Chile						
0-4 años	62.216	22,8%	59.624	23,6%	121.840	23,2%
5-9 años	69.759	25,6%	66.333	26,2%	136.092	25,9%
10-19 años	140.748	51,6%	126.956	50,2%	267.704	50,9%
R. Tarapacá						
0-4 años	373	24,9%	350	26,5%	723	25,6%
5-9 años	360	24,0%	383	29,0%	743	26,4%
10-19 años	765	51,1%	588	44,5%	1.353	48,0%
R. O'Higgins						
0-4 años	6.755	23,3%	6.512	23,8%	13.267	23,5%
5-9 años	7.419	25,6%	7.190	26,2%	14.609	25,9%
10-19 años	14.855	51,2%	13.708	50,0%	28.563	50,6%
R. Metropolitana						
0-4 años	8.512	23,0%	8.161	23,5%	16.673	23,3%
5-9 años	9.472	25,6%	8.990	25,9%	18.462	25,8%
10-19 años	18.966	51,3%	17.573	50,6%	36.539	51,0%

Fuente: Elaboración propia a partir CENSO 2017

Tabla 1.3.14 Distribución de la población NNA migrante internacional según región de residencia. Chile 2017- 2021

	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arica y Parinacota	3.089	2,57%	4.142	2,09%	4.461	2,12%	4.405	2,22%	4.623	2,33%
Tarapacá	8.309	6,91%	11.779	5,95%	11.939	5,66%	11.194	5,64%	11.556	5,83%
Antofagasta	12.399	10,31%	18.224	9,20%	19.336	9,17%	18.196	9,18%	18.587	9,37%
Atacama	1.879	1,56%	2.948	1,49%	3.218	1,53%	3.007	1,52%	3.012	1,52%
Coquimbo	2.636	2,19%	4.488	2,27%	4.673	2,22%	4.387	2,21%	4.475	2,26%
Valparaíso	7.299	6,07%	12.213	6,16%	12.853	6,10%	11.899	6,00%	11.921	6,01%
Metropolitana	72.457	60,23%	121.445	61,30%	128.237	60,84%	120.501	60,77%	118.650	59,84%
O'Higgins	2.304	1,92%	4.789	2,42%	5.291	2,51%	4.926	2,48%	5.150	2,60%
Maule	1.804	1,50%	4.294	2,17%	4.859	2,31%	4.597	2,32%	4.530	2,28%
Ñuble	653	0,54%	1.282	0,65%	1.458	0,69%	1.345	0,68%	1.380	0,70%
Biobío	2.167	1,80%	4.425	2,23%	5.290	2,51%	4.821	2,43%	4.782	2,41%
La Araucanía	1.802	1,50%	2.320	1,17%	2.543	1,21%	2.331	1,18%	2.247	1,13%
Los Ríos	646	0,54%	868	0,44%	988	0,47%	929	0,47%	914	0,46%
Los Lagos	1.612	1,34%	2.817	1,42%	3.288	1,56%	2.985	1,51%	3.000	1,51%
Aysén	377	0,31%	512	0,26%	543	0,26%	508	0,26%	485	0,24%
Magallanes	875	0,73%	1.278	0,65%	1.461	0,69%	1.352	0,68%	1.331	0,67%
R. Ignorada	-	-	293	0,15%	347	0,16%	921	0,46%	1.623	0,82%

Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de población extranjera residente habitual en Chile 2018-2021 y CENSO 2017

Tabla 1.3.15 Población y distribución porcentual de NNA migrante internacional según país de origen. Total, país y región Metropolitana, Chile 2017

	0-4 años		5-9 años		10-19 años		Total NNA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total país								
Perú	3.505	18,1%	6.076	19,8%	18.120	19,8%	27.701	23,0%
Colombia	2.033	10,5%	4.053	13,2%	11.339	13,2%	17.425	14,5%
Bolivia	2.465	12,7%	4.305	14,1%	8.876	14,1%	15.646	13,0%
Venezuela	4.005	20,7%	3.997	13,1%	5.027	13,1%	13.029	10,8%
Argentina	1.572	8,1%	2.209	7,2%	6.153	7,2%	9.934	8,3%
Europa	1.335	6,9%	3.236	10,6%	4.631	10,6%	9.202	7,6%
Norteamérica	872	4,5%	1.297	4,2%	3.330	4,2%	5.499	4,6%
Ecuador	588	3,0%	1.041	3,4%	3.229	3,4%	4.858	4,0%
Haití	903	4,7%	1.203	3,9%	2.290	3,9%	4.396	3,7%
Sudamérica	656	3,4%	825	2,7%	2.425	2,7%	3.906	3,2%
Caribe	410	2,1%	831	2,7%	1.911	2,7%	3.152	2,6%
Centroamérica	274	1,4%	621	2,0%	1.130	2,0%	2.025	1,7%
Asia	340	1,8%	472	1,5%	1.137	1,5%	1.949	1,6%
País no declarado	229	1,2%	167	0,5%	343	0,5%	739	0,6%
Oceanía	155	0,8%	228	0,7%	271	0,7%	654	0,5%
África	31	0,2%	67	0,2%	95	0,2%	193	0,2%
R. Metropolitana								
Perú	2.629	21,3%	4.601	24,8%	13.705	33,0%	20.935	28,9%
Venezuela	3.236	26,2%	3.127	16,9%	3.929	9,5%	10.292	14,2%
Colombia	1.169	9,5%	2.255	12,2%	6.099	14,7%	9.523	13,1%
Europa	816	6,6%	1.897	10,2%	2.651	6,4%	5.364	7,4%
Argentina	751	6,1%	1.106	6,0%	2.793	6,7%	4.650	6,4%
Haití	853	6,9%	1.149	6,2%	2.108	5,1%	4.110	5,7%
Norteamérica	621	5,0%	898	4,8%	2.078	5,0%	3.597	5,0%
Ecuador	360	2,9%	627	3,4%	1.854	4,5%	2.841	3,9%
Bolivia	401	3,2%	666	3,6%	1.485	3,6%	2.552	3,5%
Caribe	338	2,7%	650	3,5%	1.502	3,6%	2.490	3,4%
Sudamérica	433	3,5%	511	2,8%	1.432	3,4%	2.376	3,3%
Asia	283	2,3%	354	1,9%	778	1,9%	1.415	2,0%
Centroamérica	180	1,5%	401	2,2%	722	1,7%	1.303	1,8%
País no declarado	153	1,2%	100	0,5%	198	0,5%	451	0,6%
Oceanía	97	0,8%	157	0,8%	163	0,4%	417	0,6%
África	25	0,2%	52	0,3%	64	0,2%	141	0,2%

NNA: Niños, niñas y adolescentes. Agrupación de países de origen CENSO 2017
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Tabla 1.3.16 Población y distribución porcentual de NNA migrante internacional según país de origen en Región de la región de Tarapacá y O'Higgins, Chile 2017

	0-4 años		5-9 años		10-19 años		Total NNA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
R. Tarapacá								
Bolivia	785	63,7%	1.207	58,7%	2.528	50,4%	4.520	54,4%
Perú	223	18,1%	405	19,7%	1.369	27,3%	1.997	24,0%
Colombia	60	4,9%	146	7,1%	515	10,3%	721	8,7%
Ecuador	25	2,0%	62	3,0%	176	3,5%	263	3,2%
Argentina	28	2,3%	45	2,2%	106	2,1%	179	2,2%
Sudamérica	37	3,0%	35	1,7%	76	1,5%	148	1,8%
Asia	14	1,1%	37	1,8%	85	1,7%	136	1,6%
Venezuela	34	2,8%	40	1,9%	48	1,0%	122	1,5%
Europa	6	0,5%	33	1,6%	40	0,8%	79	1,0%
Norteamérica	4	0,3%	12	0,6%	30	0,6%	46	0,6%
Centroamérica	9	0,7%	13	0,6%	16	0,3%	38	0,5%
Caribe	2	0,2%	11	0,5%	14	0,3%	27	0,3%
País no declarado	4	0,3%	6	0,3%	11	0,2%	21	0,3%
Oceanía	1	0,1%	2	0,1%	4	0,1%	7	0,1%
Haití	0	0,0%	3	0,1%	1	0,0%	4	0,0%
África	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
R. O'Higgins								
Venezuela	116	31,5%	130	23,0%	164	12,0%	410	17,8%
Colombia	53	14,4%	92	16,3%	251	18,3%	396	17,2%
Argentina	46	12,5%	57	10,1%	195	14,2%	298	12,9%
Europa	25	6,8%	66	11,7%	111	8,1%	202	8,8%
Perú	27	7,3%	50	8,8%	121	8,8%	198	8,6%
Ecuador	19	5,2%	37	6,5%	135	9,9%	191	8,3%
Norteamérica	22	6,0%	29	5,1%	91	6,6%	142	6,2%
Bolivia	16	4,3%	34	6,0%	84	6,1%	134	5,8%
Sudamérica	18	4,9%	25	4,4%	84	6,1%	127	5,5%
Centroamérica	5	1,4%	15	2,7%	40	2,9%	60	2,6%
Haití	5	1,4%	6	1,1%	40	2,9%	51	2,2%
Caribe	5	1,4%	12	2,1%	22	1,6%	39	1,7%
Asia	3	0,8%	5	0,9%	17	1,2%	25	1,1%
Oceanía	5	1,4%	3	0,5%	9	0,7%	17	0,7%
País no declarado	3	0,8%	5	0,9%	5	0,4%	13	0,6%
África	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	1	0,0%

NNA: Niños, niñas y adolescentes. Agrupación de países de origen CENSO 2017
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Respecto al país de origen, para el total de NNA migrantes internacionales del país en 2017 predominan como países de origen Perú, Colombia, Bolivia, Venezuela y Argentina abarcando el 69,6% del total de NNA migrantes del correspondiente año (Los otros países no superaron en porcentaje al 8% del total de NNA migrantes). Distinguiendo por región específica se repiten algunos de estos países como los de mayor flujo de migrantes entrantes en las respectivas regiones. (Tabla 1.3.15 - 1.3.16)

Año de llegada

En la misma línea, por año de llegada, para el total de adolescentes (15 a 19 años) migrantes en Chile 2017, el 70,5% había llegado al país en el periodo 2010-2017, el 27,0% entre 2000 y 2009 y el 2,5% restante entre 1998 y 1999; Por regiones específicas, en la región Metropolitana el 70,6% de los adolescentes migrantes de la región llegaron entre 2010 y 2017, el 27,2% entre 2000 y 2009 y el 2,3% entre 1998 y 1999, en la región de O'Higgins estos porcentajes fueron 73,6%, 24,2% y 2,2% respectivamente, mientras que en la región de Tarapacá 75,5%, 23,2% y 1,3% respectivamente.

Pueblos originarios

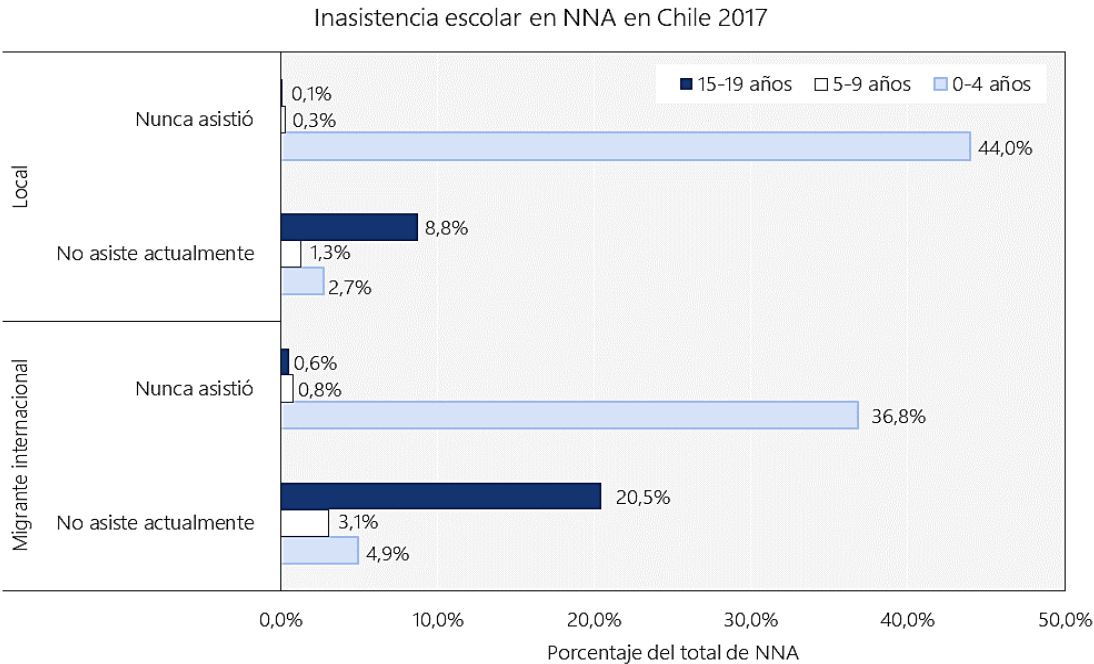
Por otra parte, entre otras características demográficas, para 2017 un 8,8% (n=10.174) del total de NNA migrantes internacionales que informaron su pertenencia se consideraban pertenecientes a un pueblo indígena u originario, el 91,2% (n=105.774) restante no lo hacía, asimismo, un 14,71% (n=645.985) de los NNA locales que informaban su pertenecía consideraban pertenecer a un pueblo indígena u originario, mientras que el 85,29% (n=3.744.182) restante no (por región también es el mayor porcentaje corresponden a quienes no pertenecen a un pueblo originario, siendo en NNA migrantes un 3,9% en la región Metropolitana quienes afirmaron pertenecer a tal categoría, 6,1% en O'Higgins y 25,9% en Tarapacá).

Asistencia escolar

Respecto a la asistencia escolar emergen hallazgos importantes para la población migrante. Para niños y niñas de 5 años o más y adolescentes es siempre mayor el

porcentaje de población migrante que nunca ha asistido o que no asistía al momento del CENSO comparada con la población de NNA local, esto se repite a nivel nacional y de regiones específicas. Específicamente, en niños y niñas migrantes entre 5 y 9 años el 3,1% (n=935) de los NNA migrantes no asistía a la escuela al momento del CENSO (v/s 1,3% en locales), mientras que en adolescentes migrantes el 20,5% (n=14.307) no asistía al momento de la encuesta, (v/s el 8,8% en adolescentes nacionales) (Figura 1.3.5). La brecha se acentúa en regiones como la Región de Tarapacá donde en el tramo 15-19, el porcentaje de adolescentes que no asisten a establecimientos escolares es de 23,5% v/s 9,2% en chilenos.

Figura 1.3.5 Porcentaje de inasistencia escolar en NNA locales y migrantes internacionales en Chile 2017



			R. Tarapacá			R. O'Higgins		
			0-4 años	5-9 años	15-19 años	0-4 años	5-9 años	15-19 años
Migrante internacional	Si	n	687	1.984	3.801	251	533	1.048
		%	57,3%	96,6%	76,0%	70,7%	94,8%	77,0%
	No asiste actualmente	n	48	53	1.170	14	20	305
		%	4,%	2,6%	23,4%	3,9%	3,6%	22,4%
Local	Nunca asistió	n	464	16	32	90	9	8
		%	38,7%	0,8%	0,6%	25,4%	1,6%	0,6%
	Si	n	13.222	23.685	38.267	28.236	62.588	109.768
		%	56,8%	98,5%	90,7%	50,9%	98,4%	90,5%
	No asiste actualmente	n	619	272	3.875	1.438	861	11.302
		%	2,7%	1,1%	9,2%	2,6%	1,4%	9,3%

Nunca asistió		n	9.422	84	67	25.835	159	180
		%	40,5%	0,3%	0,2%	46,5%	0,2%	0,1%
		R. Metropolitana			Total país			
			0-4 años	5-9 años	15-19 años	0-4 años	5-9 años	15-19 años
Migrante internacional	Si	n	6.966	17.726	32.635	10.938	29.346	55.252
		%	58,2%	95,8%	78,9%	58,2%	96,1%	79,0%
	No asiste actualmente	n	660	632	8.547	928	935	14.307
		%	5,5%	3,4%	20,7%	4,9%	3,1%	20,5%
	Nunca asistió	n	4.345	138	190	6.913	248	389
Local		%	36,3%	0,7%	0,5%	36,8%	0,8%	0,6%
	Si	n	219.453	431.675	793.865	561.967	1.128.356	2.063.248
		%	52,5%	98,3%	91,2%	53,3%	98,4%	91,1%
	No asiste actualmente	n	11.861	6.339	75.491	28.794	14.886	198.690
		%	2,8%	1,4%	8,7%	2,7%	1,3%	8,8%
	Nunca asistió	n	186.632	1.154	1.210	463.607	3.460	3.268
		%	44,7%	0,3%	0,1%	44,0%	0,3%	0,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Por último, en el tramo 5-9 años un 0,8% (n=248) de los NNA migrantes a nivel nacional nunca había asistido a la escuela (v/s 0,3% en niños locales) y en adolescentes migrantes este porcentaje fue de un 0,6% (n=389) (v/s 0,1 de adolescentes locales) (Figura 1.3.5).

Nivel educacional y trabajo

En cuanto al nivel educacional se observaron distribuciones similares entre migrantes y locales. Tanto para el total del país como por regiones específicas el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que se encontraba estudiando (por lo cual no trabajaron las semanas previas al CENSO 2017) fue mayor en adolescentes locales que migrantes internacionales con diferencias de aproximadamente 20- 25 puntos porcentuales. Por el contrario, respecto a quienes se encontraba estudiando al momento del CENSO 2017, para el total del país un 57% de los adolescentes migrante se encontraba estudiando vs el 77,8% en locales. Consecuentemente, el porcentaje de adolescentes que había trabajado por un pago en dinero o especies fue casi el doble en migrantes internacionales que, en locales, situación similar ocurre con el estar buscando empleo. (Tabla 1.3.9)

Tabla 1.3.17 Población NNA migrante internacional y local según nivel educacional más alto alcanzado por tramo etario en regiones específicas de Chile 2017

		0-4 años	5-9 años	10-19 años
R. Tarapacá				
Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	Local	13.277	9.808	98
	Migrante internacional	682	738	11
Educación básica o primaria	Local		13.671	23.596
	Migrante internacional		1.242	2.768
Educación media humanista	Local			10.860
	Migrante internacional			1.351
Técnica profesional o comercial	Local			5.842
	Migrante internacional			664
Técnico superior	Local			339
	Migrante internacional			45
Educación superior	Local			818
	Migrante internacional			60
Educación diferencial	Local	199	114	260
	Migrante internacional	10	10	18
R. O'Higgins				
Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	Local	28.080	25.129	164
	Migrante internacional	252	211	0
Educación básica o primaria	Local		36.982	67.402
	Migrante internacional		328	710
Educación media humanista	Local			33.429
	Migrante internacional			469
Técnica profesional o comercial	Local			15.624
	Migrante internacional			130
Técnico superior	Local			1.415
	Migrante internacional			16
Educación superior	Local			1.133
	Migrante internacional			16
Educación diferencial	Local	441	342	900
	Migrante internacional	1	4	5
R. Metropolitana				
Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	Local	220.478	178.820	1.510
	Migrante internacional	7.215	7.320	82
Educación básica o primaria	Local		249.218	455.869
	Migrante internacional		10.634	21.305
Educación media humanista	Local			261.356
	Migrante internacional			13.865
Técnica profesional o comercial	Local			102.286
	Migrante internacional			4.036
Técnico superior	Local			9.468
	Migrante internacional			500
Educación superior	Local			24.139
	Migrante internacional			941
Educación diferencial	Local	3.690	3.186	7.764
	Migrante internacional	26	58	114

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Tabla 1.3.18 Distribución porcentual de la población NNA migrante internacional y local según nivel educacional más alto alcanzado por tramo etario en regiones específicas de Chile 2017

		0-4 años	5-9 años	10-19 años
R. Tarapacá				
Migrante internacional	Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	98,6%	37,1%	0,2%
	Educación básica o primaria		62,4%	56,3%
	Educación media humanista o humanidades			27,5%
	Técnica profesional o comercial			13,5%
	Técnico superior			0,9%
	Educación superior			1,2%
	Educación diferencial	1,4%	0,5%	0,4%
Local	Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	98,5%	41,6%	0,2%
	Educación básica o primaria		57,9%	56,4%
	Educación media humanista o humanidades			26,0%
	Técnica profesional o comercial			14,0%
	Técnico superior			0,8%
	Educación superior			2,0%
	Educación diferencial	1,5%	0,5%	0,6%
R. O'Higgins				
Migrante internacional	Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	99,6%	38,9%	0,0%
	Educación básica o primaria		60,4%	52,7%
	Educación media humanista o humanidades			34,8%
	Técnica profesional o comercial			9,7%
	Técnico superior			1,2%
	Educación superior			1,2%
	Educación diferencial	0,4%	0,7%	0,4%
Local	Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	98,5%	40,2%	0,1%
	Educación básica o primaria		59,2%	56,1%
	Educación media humanista o humanidades			27,8%
	Técnica profesional o comercial			13,0%
	Técnico superior			1,2%
	Educación superior			0,9%
	Educación diferencial	1,5%	0,5%	0,7%
R. Metropolitana				
Migrante internacional	Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	99,6%	40,6%	0,2%
	Educación básica o primaria		59,0%	52,2%
	Educación media humanista o humanidades			33,9%
	Técnica profesional o comercial			9,9%
	Técnico superior			1,2%
	Educación superior			2,3%
	Educación diferencial	0,4%	0,3%	0,3%
Local	Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	98,4%	41,5%	0,2%
	Educación básica o primaria		57,8%	52,9%
	Educación media humanista o humanidades			30,3%
	Técnica profesional o comercial			11,9%
	Técnico superior			1,1%
	Educación superior			2,8%
	Educación diferencial	1,6%	0,7%	0,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Tabla 1.3.19 Distribución porcentual y cantidad de población NNA migrante internacional y local según nivel educacional más alto alcanzado por tramo etario para todos los NNA de Chile 2017

	0-4 años		5-9 años		10-19 años	
	n	%	n	%	n	%
Migrante internacional						
Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	11.175	99,5%	11.720	39,5%	130	0,2%
Educación básica o primaria	0	0,0%	17.825	60,1%	36.338	52,7%
Educación media humanista o humanidades	0	0,0%	0	0,0%	22.707	32,9%
Técnica profesional o comercial	0	0,0%	0	0,0%	7.314	10,6%
Técnico superior	0	0,0%	0	0,0%	770	1,1%
Educación superior	0	0,0%	0	0,0%	1.429	2,1%
Educación diferencial	52	0,5%	118	0,4%	235	0,3%
Local						
Sala cuna o jardín infantil, pre kínder o kínder	564.001	98,6%	459.878	40,9%	3.858	0,2%
Educación básica o primaria	0	0,0%	657.584	58,5%	1.206.465	53,8%
Educación media humanista o humanidades	0	0,0%	0	0,0%	652.373	29,1%
Técnica profesional o comercial	0	0,0%	0	0,0%	285.820	12,7%
Técnico superior	0	0,0%	0	0,0%	23.793	1,1%
Educación superior	0	0,0%	0	0,0%	53.350	2,4%
Educación diferencial	7.985	1,4%	7.198	0,6%	18.545	0,8%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Tabla 1.3.20 Población adolescente de 15 a 19 años migrante internacional y local según ocupación. Chile 2017

	Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Migrantes internacionales								
Por un pago en dinero o especies	8.083	21,9%	541	20,9%	185	25,3%	5.089	23,3%
Sin pago para un familiar	440	1,2%	57	2,2%	7	1,0%	215	1,0%
Tenía empleo pero no trabajó	561	1,5%	59	2,3%	8	1,1%	321	1,5%
Se encontraba buscando empleo	1.699	4,6%	121	4,7%	32	4,4%	1.039	4,7%
Estaba estudiando	21.020	57,0%	1.337	51,5%	387	52,9%	12.470	57,0%
Realizó quehaceres de su hogar	1.476	4,0%	165	6,4%	26	3,6%	810	3,7%
Es jubilado, pensionado o rentista	10	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	4	0,0%
Otra situación	3.593	9,7%	313	12,1%	87	11,9%	1.935	8,8%
Locales								
Por un pago en dinero o especies	114.574	10,3%	2.384	12,0%	5.934	10,5%	47.076	10,9%
Sin pago para un familiar	6.176	0,6%	147	0,7%	246	0,4%	2.333	0,5%
Tenía empleo pero no trabajó	7.405	0,7%	131	0,7%	379	0,7%	3.136	0,7%
Se encontraba buscando empleo	29.222	2,6%	539	2,7%	1.580	2,8%	11.458	2,6%
Estaba estudiando	863.985	77,8%	14.849	74,7%	43.309	76,6%	337.333	77,9%
Realizó quehaceres de su hogar	23.728	2,1%	412	2,1%	1.398	2,5%	7.564	1,7%
Es jubilado, pensionado o rentista	1.391	0,1%	14	0,1%	104	0,2%	435	0,1%
Otra situación	63.334	5,7%	1413	7,1%	3594	6,4%	23.653	5,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017. (¿trabajó la semana previa al CENSO?)

Vivienda

Tabla 1.3.21 Tipo de vivienda de NNA migrantes internacionales. Chile 2017

	Migrante					
	0-4 años		5-9 años		10-19 años	
	n	%	n	%	n	%
Total país						
Casa	10.017	51,7%	18.206	59,4%	44.073	62,7%
Departamento	7.257	37,5%	9.190	30,0%	18.257	26,0%
Tradicional indígena	33	0,2%	27	0,1%	58	0,1%
Pieza	1.070	5,5%	1.547	5,1%	3.649	5,2%
Mediagua	570	2,9%	1.055	3,4%	2.367	3,4%
Móvil	9	0,0%	16	0,1%	24	0,0%
Otra	168	0,9%	278	0,9%	542	0,8%
Vivienda colectiva	207	1,1%	265	0,9%	1.166	1,7%
Operativo	40	0,2%	42	0,1%	160	0,2%
Operativo calle	2	0,0%	2	0,0%	11	0,0%
R. Tarapacá						
Casa	801	65,0%	1.301	63,2%	3.296	65,7%
Departamento	128	10,4%	243	11,8%	555	11,1%
Tradicional indígena	7	0,6%	2	0,1%	9	0,2%
Pieza*	150	12,2%	259	12,6%	529	10,5%
Mediagua	99	8,0%	187	9,1%	466	9,3%
Móvil	1	0,1%	0	0,0%	1	0,0%
Otra	23	1,9%	55	2,7%	55	1,1%
Vivienda colectiva	15	1,2%	10	0,5%	94	1,9%
Operativo	6	0,5%	0	0,0%	15	0,3%
Operativo calle	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
R. O'Higgins						
Casa	264	71,7%	439	77,6%	1.086	79,3%
Departamento	91	24,7%	103	18,2%	197	14,4%
Tradicional indígena	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Pieza*	3	0,8%	4	0,7%	17	1,2%
Mediagua	4	1,1%	5	0,9%	15	1,1%
Móvil	1	0,3%	2	0,4%	2	0,1%
Otra	1	0,3%	4	0,7%	7	0,5%
Vivienda colectiva	4	1,1%	9	1,6%	46	3,4%
Operativo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Operativo calle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
R. Metropolitana						
Casa	5.112	41,4%	9.399	50,7%	22.902	55,1%
Departamento	6.136	49,7%	7.615	41,0%	14.765	35,5%
Tradicional indígena	17	0,1%	13	0,1%	20	0,0%
Pieza*	788	6,4%	1.118	6,0%	2.727	6,6%
Mediagua	118	1,0%	166	0,9%	379	0,9%
Móvil	4	0,0%	1	0,0%	5	0,0%
Otra	76	0,6%	123	0,7%	274	0,7%
Vivienda colectiva	85	0,7%	98	0,5%	423	1,0%
Operativo	9	0,1%	18	0,1%	61	0,1%
Operativo calle	0	0,0%	0	0,0%	5	0,0%

Pieza en casa antigua o en conventillo, Mediagua (mejora, rancho o choza Operativo personas en tránsito y Operativo calle (no son vivienda).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017.

Tabla 1.3.22 Tipo de vivienda de NNA nacidos en Chile (locales). Chile 2017

	Local					
	0-4 años		5-9 años		10-19 años	
	n	%	n	%	n	%
Total país						
Casa	914.080	83,5%	989.554	86,1%	1958.758	86,3%
Departamento	152.135	13,9%	135.334	11,8%	248.982	11,0%
Tradicional indígena	248	0,0%	253	0,0%	423	0,0%
Pieza	6.602	0,6%	4.771	0,4%	6.957	0,3%
Mediagua	13.922	1,3%	13.786	1,2%	21.359	0,9%
Móvil	203	0,0%	204	0,0%	325	0,0%
Otra	2.785	0,3%	2.562	0,2%	4.399	0,2%
Vivienda colectiva	4.635	0,4%	2.166	0,2%	28.730	1,3%
Operativo	189	0,0%	213	0,0%	709	0,0%
Operativo calle	17	0,0%	7	0,0%	104	0,0%
R. Tarapacá						
Casa	17.245	72,0%	17.900	74,3%	32.486	76,8%
Departamento	4.962	20,7%	4.919	20,4%	7.499	17,7%
Tradicional indígena	43	0,2%	46	0,2%	91	0,2%
Pieza*	573	2,4%	310	1,3%	357	0,8%
Mediagua	857	3,6%	729	3,0%	836	2,0%
Móvil	6	0,0%	14	0,1%	12	0,0%
Otra	150	0,6%	119	0,5%	144	0,3%
Vivienda colectiva	96	0,4%	41	0,2%	870	2,1%
Operativo	1	0,0%	4	0,0%	3	0,0%
Operativo calle	2	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
R. O'Higgins						
Casa	52.343	90,2%	57.980	91,0%	111.475	91,7%
Departamento	4.326	7,5%	4.313	6,8%	7.140	5,9%
Tradicional indígena	5	0,0%	3	0,0%	8	0,0%
Pieza*	145	0,2%	142	0,2%	185	0,2%
Mediagua	967	1,7%	1.116	1,8%	1.856	1,5%
Móvil	7	0,0%	8	0,0%	13	0,0%
Otra	79	0,1%	90	0,1%	151	0,1%
Vivienda colectiva	134	0,2%	57	0,1%	709	0,6%
Operativo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Operativo calle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
R. Metropolitana						
Casa	323.270	74,3%	344.927	78,4%	697.589	79,9%
Departamento	100.466	23,1%	85.970	19,5%	156.704	18,0%
Tradicional indígena	49	0,0%	49	0,0%	77	0,0%
Pieza*	4.280	1,0%	3.024	0,7%	4.151	0,5%
Mediagua	4.263	1,0%	4.358	1,0%	7.320	0,8%
Móvil	24	0,0%	17	0,0%	29	0,0%
Otra	1.123	0,3%	1.005	0,2%	1.683	0,2%
Vivienda colectiva	1.635	0,4%	504	0,1%	4.847	0,6%
Operativo	112	0,0%	135	0,0%	399	0,0%
Operativo calle	5	0,0%	3	0,0%	49	0,0%

Pieza en casa antigua o en conventillo, Mediagua (mejora, rancho o choza Operativo personas en tránsito y Operativo calle (no son vivienda).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Tabla 1.3.23 Tipo de hogar de NNA migrantes internacionales y locales. Chile 2017

	R. Tarapacá				R. O'Higgins			
	Migrante		Local		Migrante		Local	
Unipersonal	94	1,2%	170	0,2%	11	0,5%	175	0,1%
Nuclear monoparental	1.208	14,8%	13.440	15,1%	252	11,2%	34.152	14,1%
Nuclear biparental sin hijos	61	0,7%	102	0,1%	10	0,4%	273	0,1%
Nuclear biparental con hijos	3.240	39,7%	36.432	40,8%	905	40,3%	120.563	49,7%
Compuesto	617	7,6%	4.446	5,0%	219	9,8%	8.857	3,7%
Extenso	2.553	31,3%	32.581	36,5%	694	30,9%	73.517	30,3%
Sin núcleo	394	4,8%	2.127	2,4%	154	6,9%	4.815	2,0%
	R. Metropolitana				Total país			
	Migrante		Local		Migrante		Local	
Unipersonal	355	0,5%	2.786	0,2%	739	0,6%	10.008	0,2%
Nuclear monoparental	6.807	9,5%	212.077	12,2%	12999	11,0%	612.705	13,7%
Nuclear biparental sin hijos	449	0,6%	1.467	0,1%	756	0,6%	5.044	0,1%
Nuclear biparental con hijos	30.938	43,1%	818.332	47,0%	50032	42,3%	2.081.083	46,5%
Compuesto	7.207	10,0%	70.425	4,0%	11530	9,7%	181.891	4,1%
Extenso	22.115	30,8%	596.425	34,3%	35879	30,3%	1.473.052	32,9%
Sin núcleo	3.887	5,4%	38.866	2,2%	6478	5,5%	113.859	2,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CENSO 2017

Tanto en NNA migrantes internacionales como locales el mayor porcentaje residía en una casa, seguida de departamento en edificio (en general siendo mayor el porcentaje de residentes en casa en locales que en migrantes internacionales). Llama la atención la situación de la Región de Tarapacá, donde la suma de NN entre 0-4 años que viven en pieza, mediagua y vivienda colectiva alcanza el 21,4% v/s 6% de NN chilenos que se encuentran en una de esas situaciones. En términos relativos, es mayor el porcentaje de NNA residentes en operativos de personas en tránsito u operativos calle los cuales no corresponden a viviendas, esto sin superar el 1% del total de NNA, estratificando por tramos de edad. (Tabla 1.3.21 - Tabla 1.3.22). Finalmente, tanto en locales como migrantes internacionales existen NNA que viven en hogares unipersonales o sin un núcleo familiar, siendo en términos relativos mayor en migrantes internacionales. (Tabla 1.3.23)

2.3.3 Encuesta de Caracterización Sociodemográfica Nacional (CASEN)

La encuesta CASEN tiene como objetivo a grandes rasgos el conocer periódicamente la situación de los hogares y de la población, especialmente aquellos definidos como vulnerables o prioritarios para la política social, además de evaluar el impacto de diversas políticas sociales. Desde 2006 la encuesta CASEN incluye preguntas que permiten identificar a la población migrante internacional residente en Chile, identificando a estos mediante el lugar de residencia de la madre al momento de nacer, abordando así el concepto de “migración de toda la vida” y encontrándose en sintonía con el INE y CEPAL para la medición de migración internacional en censos.

En este contexto la encuesta CASEN permite caracterizar a la población migrante en complemento con otras fuentes de información relacionadas a flujos migratorios. En el caso de la niñez y adolescencia se debe tener en consideración que la encuesta no identifica como migrantes a aquellos hijos de migrantes nacidos en Chile.

2.3.3.1 Características demográficas, población migrante internacional general

Acorde a la encuesta CASEN 2020 (considerando el diseño muestral y por ende la representatividad de la encuesta), un 6,10% (N=1.191.601; IC95%: 5,5% - 6,7%) del total de la población en Chile correspondía migrantes internacionales.

Tabla 1.3.24 Tipo de hogar de NNA migrantes internacionales y locales. Chile 2020

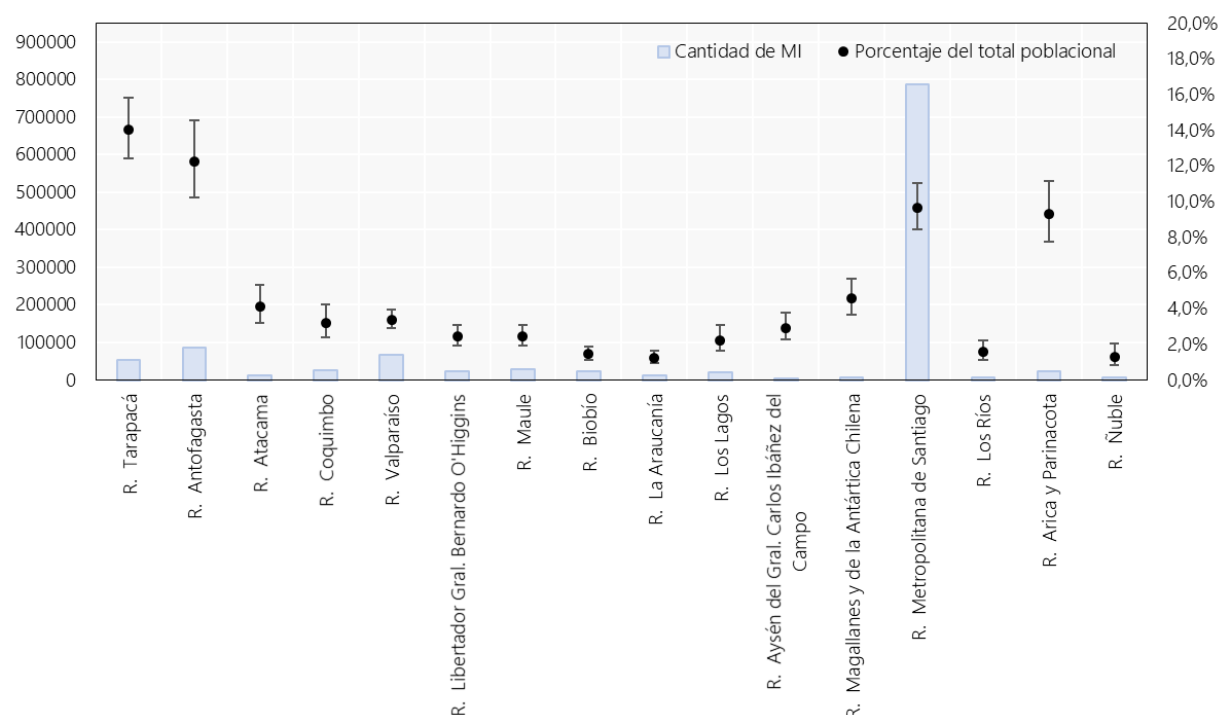
	MI	Local	No responde	Total
Total Chile				
Cantidad	1.191.601	17.972.203	381.995	19.545.799
% del total nacional	6,10%	91,95%	1,95%	100%
IC95%	(5,5% - 6,7%)	(91,4% - 92,5%)	(1,9% - 2,1%)	
R. Tarapacá				
Cantidad	54.187	326.680	5.266	386.133
% del total regional	14,03%	84,60%	1,36%	100%
IC95%	(12,4% - 15,8%)	(82,9% - 86,2%)	(1,1% - 1,74%)	
R. O'Higgins				
Cantidad	24.456	956.114	14.571	995.141
% del total regional	2,46%	96,08%	1,46%	100%
IC95%	(2,0% - 3,1%)	(95,3% - 96,7%)	(1,2% - 1,8%)	
R. Metropolitana				
Cantidad	788.426	7.165.812	218.723	8.172.961
% del total regional	9,65%	87,68%	2,68%	100%
IC95%	(8,4% - 11,0%)	(86,4% - 88,9%)	(2,5% - 2,9%)	

MI: Migrante internacional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Al contrastar entre las regiones de interés, la región de Tarapacá fue la que presentó un mayor porcentaje de población migrante internacional (MI) con un 14,03%, seguida de la Metropolitana con un 9,65% y O'Higgins con un 2,46%, con intervalos de confianza del 95% que no se superponen entre ellos (Tabla 1.3.24).

Figura 1.3.6 Cantidad y porcentaje de población migrante internacional según región de residencia en Chile 2020



	Cantidad de MI	Porcentaje del total poblacional	IC95%
R. Tarapacá	54.187	14,0%	(12,4% - 15,8%)
R. Antofagasta	85.112	12,2%	(10,2% - 14,6%)
R. Atacama	13.060	4,1%	(3,2% - 5,4%)
R. Coquimbo	26.865	3,2%	(2,4% - 4,2%)
R. Valparaíso	66.554	3,4%	(2,9% - 3,9%)
R. Libertador Gral. Bndo O'Higgins	24.456	2,5%	(2% - 3,1%)
R. Maule	27.913	2,5%	(2% - 3,1%)
R. Biobío	24.247	1,5%	(1,1% - 1,9%)
R. La Araucanía	12.744	1,3%	(1% - 1,7%)
R. Los Lagos	19.928	2,2%	(1,6% - 3,1%)
R. Aysén del Gral. Carlos Ibáñez del Campo	31.56	2,9%	(2,3% - 3,8%)
R. Magallanes y de la Antártica Chilena	81.49	4,6%	(3,7% - 5,7%)
R. Metropolitana de Santiago	788.426	9,6%	(8,4% - 11%)
R. Los Ríos	65.17	1,6%	(1,2% - 2,2%)
R. Arica y Parinacota	235.63	9,3%	(7,8% - 11,2%)
R. Ñuble	672.4	1,3%	(0,8% - 2%)

Región - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,000

MI: Migrante internacional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Similar a lo observado por regiones específicas, en términos absolutos la región metropolitana concentra la mayor cantidad de población migrante internacional en el

país, sin embargo, en términos relativos son las regiones de Tarapacá y Antofagasta quienes tienen un mayor porcentaje de esta población dentro de la región (Figura 1.36).

Tanto para locales como migrantes internacionales es mayor (en aproximadamente 5-10 puntos porcentuales) el porcentaje de población correspondiente a mujeres que a hombres. Por tramos de edad se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre migrantes internacionales y locales, donde la población migrante internacional registra en menor proporción a niños, niñas y adolescentes (18 años o menos) y adultos mayores (60 años o más) que los locales, esto para el total del país y por regiones específicas. (Tabla 1.3.25)

Respecto al país de origen, para 2020 Venezuela ocupa el primer lugar en países de procedencia, con un 41,2% (IC95%: 35,9% - 46,6%) del total de migrantes internacionales del país, esto se repite tanto para la región Metropolitana como para O'Higgins (47,2% y 46,0% respectivamente). En el caso de la región de Tarapacá, el mayor porcentaje de migrantes de la región provenía de Bolivia (36,6%) seguido de Perú (27,7%) y Venezuela (11,3%). (Tabla 1.3.26)

Al ser un cuestionario recortado, debido a la situación sanitaria del momento, la encuesta CASEN 2020 no incorporó la pregunta de año de llegada al país, sin embargo, fue incorporada la pregunta de lugar de residencia en los 5 años previos a la encuesta. De este modo, para el total del país un 55,54% (IC95%: 51,57% - 59,44%) de los migrantes internacionales residía fuera de Chile en los 5 años previos a la encuesta, para las regiones de Tarapacá, O'Higgins y Metropolitana estos porcentajes correspondieron a un 33,2% (IC95%: 28,56% - 38,19%), 70,91% (IC95%: 62,53% - 78,07%) y 58,9% (IC95%: 53,37% - 64,20%) respectivamente.

Tabla 1.3.25 Cantidad y distribución de la población migrantes internacionales y local en Chile 2020 según sexo y edad

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total Chile							
Sexo	Hombre	546.471	45,9%	(44,7% - 47,1%)	8.266.093	46,0%	(45,6% - 46,4%)
	Mujer	645.130	54,1%	(52,9% - 55,4%)	9.706.110	54,0%	(53,6% - 54,4%)
Edad**	0-18 años	214.751	18,0%	(16,3% - 19,9%)	4.572.523	25,4%	(24,9% - 25,9%)
	18-30 años	345.611	29,0%	(24,5% - 34,0%)	3.257.677	18,1%	(17,8% - 18,5%)
	31-59 años	564.263	47,4%	(44,1% - 50,6%)	6.497.116	36,2%	(35,9% - 36,4%)
	60 o más años	66.976	5,6%	(4,9% - 6,4%)	3.644.887	20,3%	(19,8% - 20,7%)
R. Tarapacá							
Sexo*	Hombre	22.958	42,4%	(40,4% - 44,4%)	157.133	48,1%	(47,1% - 49,1%)
	Mujer	31.229	57,6%	(55,6% - 59,6%)	169.547	51,9%	(50,9% - 52,9%)
Edad**	0-18 años	9.700	17,9%	(15,3% - 20,8%)	102.928	31,5%	(29,8% - 33,3%)
	18-30 años	15.932	29,4%	(26,3% - 32,7%)	60.704	18,6%	(17,6% - 19,6%)
	31-59 años	25.777	47,6%	(43,9% - 51,3%)	113.702	34,8%	(33,7% - 35,9%)
	60 o más años	2.778	5,1%	(4,0% - 6,6%)	49.346	15,1%	(13,4% - 17,0%)
R. O'Higgins							
Sexo	Hombre	10.818	44,2%	(38,5% - 50,2%)	455.758	47,7%	(46,5% - 48,8%)
	Mujer	13.638	55,8%	(49,9% - 61,5%)	500.356	52,3%	(51,2% - 53,5%)
Edad**	0-18 años	4.657	19,0%	(13,8% - 25,6%)	251.303	26,3%	(24,3% - 28,4%)
	18-30 años	6.598	27,0%	(21,7% - 33,0%)	164.483	17,2%	(16,4% - 18,1%)
	31-59 años	12.297	50,3%	(43,3% - 57,2%)	355.752	37,2%	(36,2% - 38,2%)
	60 o más años	904	3,7%	(1,9% - 7,2%)	184576	19,3%	(17,2% - 21,6%)
R. Metropolitana							
Sexo	Hombre	365.602	46,4%	(44,7% - 48,1%)	3.277.797	45,7%	(45,0% - 46,5%)
	Mujer	422.824	53,6%	(51,9% - 55,3%)	3.888.015	54,3%	(53,5% - 55,1%)
Edad**	0-18 años	136.372	17,3%	(14,8% - 20,1%)	1.802.264	25,2%	(24,1% - 26,3%)
	18-30 años	241.665	30,7%	(24,1% - 38,1%)	1.350.592	18,8%	(18,1% - 19,6%)
	31-59 años	369.797	46,9%	(42,2% - 51,7%)	2.614.634	36,5%	(36,0% - 37,0%)
	60 o más años	40.592	5,1%	(4,2% - 06,3%)	1.398.322	19,5%	(18,6% - 20,4%)

*Sexo - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 ** Edad - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.26 Cantidad y distribución de la población migrantes internacionales según país de origen en Chile 2020

País	Total			Región Tarapacá		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Venezuela	490.320	41,2%	(35,9% - 46,6%)	6.144	11,3%	(8,2% - 15,5%)
Perú	183.699	15,4%	(13,2% - 17,9%)	14.988	27,7%	(23,4% - 32,4%)
Haití	76.329	6,4%	(5,2% - 7,9%)	149	0,3%	(0,1% - 1,3%)
Colombia	127.691	10,7%	(9,2% - 12,5%)	5.891	10,9%	(8,2% - 14,4%)
Bolivia	91.897	7,7%	(6,3% - 9,4%)	19.815	36,6%	(31,6% - 41,8%)
Argentina	63.036	5,3%	(4,6% - 6,1%)	1.047	1,9%	(0,9% - 4,0%)
Otros	158.629	13,3%	(11,4% - 15,5%)	6.153	11,4%	(8,0% - 15,9%)
País	Región O'Higgins			R. Metropolitana		
	N	%	IC95%	N	%	IC95%
Venezuela	11.256	46,0%	(35,2% - 57,3%)	372.051	47,2%	(40,1% - 54,4%)
Perú	1.503	6,2%	(3,4% - 10,7%)	138.173	17,5%	(14,2% - 21,4%)
Haití	3.856	15,8%	(10,4% - 23,2%)	56.367	7,2%	(5,4% - 9,5%)
Colombia	1.253	5,1%	(2,5% - 10,1%)	79.100	10,0%	(7,9% - 12,7%)
Bolivia	373	1,5%	(0,6% - 3,9%)	13.276	1,7%	(0,9% - 3,2%)
Argentina	2.770	11,3%	(7,3% - 17,1%)	29.724	3,8%	(3,0% - 4,8%)
Otros	3.445	14,1%	(9,1% - 21,2%)	99.735	12,7%	(10,0% - 15,8%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

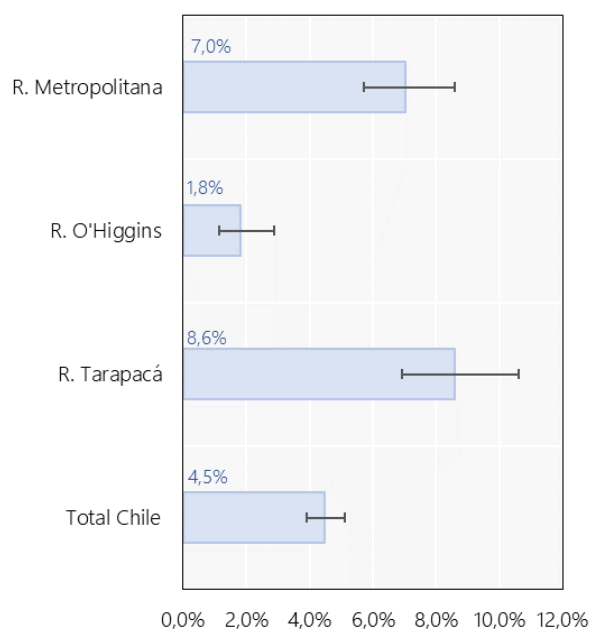
2.3.3.2 Niñez y adolescencia migrante según CASEN 2020

De la encuesta CASEN 2020 se desprende que del total de población nacida en Chile un 25,44% (n=4.572.523; IC95%:24,94% - 25,95%) correspondía a NNA (es decir personas de 18 años o menos), mientras que, para población nacida en el extranjero, un 18,02% (n=214.751; IC95%: 16,29% - 19,89%) del total correspondía a NNA. (Figura 1.3.7 B)

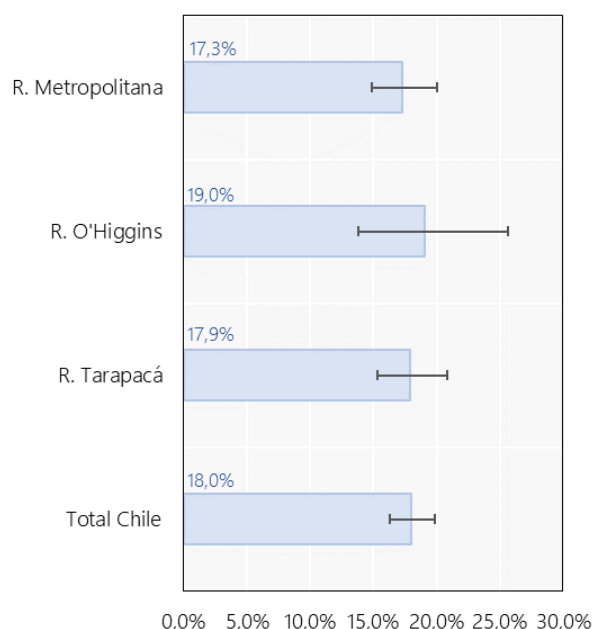
En la misma línea, del total de 4.797.545 NNA a lo largo del país el 4,48% correspondía a migrantes internacionales. Al comparar entre regiones específicas, la región de O'Higgins fue la que presentó un menor porcentaje de NNA correspondientes a NNA migrantes (Figura 1.3.7 A).

Figura 1.3.7 NNA migrantes internacionales en Chile 2020, en proporción al total de población NNA y en proporción al total de migrantes internacionales, por región específica y para el total del país

A. Porcentaje de NNA correspondiente a NNA migrantes internacionales.



B. Porcentaje de migrantes internacionales correspondientes a NNA.



Por otra parte, del total de 6.578.326 hogares en el país, el 44,37% (n= 2.918.970) contaba con la presencia de al menos un miembro de 18 años o menos (NNA), asimismo, del total de hogares del país un 2,22% (IC95%: 1,96% - 2,52%; n=146.071) contaba con la presencia de al menos un NNA migrante internacional. Entre los 146.071 hogares que contaban con al menos un NNA migrante internacional, en el 86,45% (IC95%: 83,37% - 89,04%) de los casos el jefe de dicho hogar era migrante y en un 12,53% (IC95%: 10,09% - 15,44%) el jefe era nacido en Chile.

Por regiones específicas, en Tarapacá, de un total de 122.672 hogares el 52,18% contaba con la presencia de al menos un NNA y 5,34% del total (IC95%: 4,35% - 6,54%, n= 6.551) con al menos un NNA migrante internacional; Entre los 6.551 hogares que contaban con la presencia de un NNA migrante, el 87,77% (IC95%: 79,06% - 93,17%) tenían a un migrante internacional como jefe del hogar y el 12,23% (IC95%: 6,83% - 20,94%) a un local como jefe del hogar. En O'Higgins, de un total de 341.990 hogares el 46,08% contaba con la presencia de al menos un NNA y el 0,93% del total (IC95%: 0,59% - 1,45%; n= 3.176) de al menos un NNA migrante internacional; Entre los 3.176 hogares que contaban con la presencia de un NNA migrante, el 73,21% (IC95%: 54,98% - 85,94%) correspondía a un hogar con jefe migrante internacional y el 26,79% (IC95%: 14,06% - 45,02%) a un hogar con jefe local. Y en la región Metropolitana, de un total de 2.708.929 hogares 43,68% contaba con la presencia de al menos un NNA y el 3,46% del total (IC95%: 2,88% - 4,17%; n= 93.834) de al menos un NNA migrante internacional, entre los 93.834 hogares que contaban con la presencia de un NNA migrante, el 9,37% (IC95%: 6,45% - 13,44%) correspondía a un hogar con jefe migrante internacional y el 9,37% (IC95%: 6,45% - 13,44%) a un hogar con jefe local.

Sexo: A nivel nacional y en todas las regiones de interés en específico, hubo una mayor presencia de NNA de sexo masculino que femenino tanto para los NNA migrantes como para nacionales (Tabla 1.3.27). Se observó una mayor diferencia en la distribución porcentual de ambos sexos en la Región de O'Higgins, sobretudo en NNA migrantes internacionales (54,5% de hombres vs 41,1% de mujeres en NNA migrantes

internacionales). Con un nivel de significancia de 0,05, no se encontró una dependencia estadísticamente significativa entre el sexo y la condición de migrante (sí/no). La distribución por sexo de NNA presente en la Región Metropolitana se asemeja a la de nivel nacional, tanto para migrantes y nacionales.

Tramos etarios: Acorde a las divisiones de edad dispuesta por MINSAL, donde se identifica como lactante a los NNA entre 0 y 2 años, preescolar a los NNA entre 3 y 6 años, escolar a los NNA entre 7 y 9 años y adolescente a los NNA entre 10 y 18 años, se observó un menor porcentaje de lactantes en migrantes internacionales que en locales. A excepción de la región de O'Higgins, edad y condición de migrante (sí/no) no eran independientes con una significancia de 0,05. Concretamente, para el año 2020 en Chile el mayor porcentaje de NNA migrantes se encontraba entre los 10 y 18 años (54,0%; IC95%: 50,6% - 57,3%), seguidos de NNA entre los 3 y 6 años (22,7%; IC95%: 23,3% - 25,2%), NNA entre los 7 y 9 años (20,1%; IC95%: 17,5% - 23,1%) y NNA entre 0y 2 años (3,2%; IC95%: 2,1% - 5,0%). La mayor diferencia en porcentajes entre NNA migrantes y chilenos se presenta en el rango etario de 0 a 2 años con aproximadamente 9 puntos porcentuales de diferencia, siendo mayor en NNA locales. Pasando a las regiones del estudio se puede apreciar que la 1era región fue la que concentró en mayor proporción adolescentes y la 6ta región la que concentró en mayor proporción lactantes. (Tabla 1.3.27).

Tabla 1.3.27 Cantidad y distribución de los niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y locales según sexo y tramo de edad en Chile 2020

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total Chile							
Sexo	Hombre	108.458	50,5%	(47,4% - 53,6%)	2.323.340	50,8%	(49,4% - 52,2%)
	Mujer	106.293	49,5%	(46,4% - 52,6%)	2.249.183	49,2%	(47,8% - 50,6%)
Edad**	Lactante (0 a 2 años)	6.907	3,2%	(2,1% - 5,0%)	547.111	12,0%	(11,3% - 12,7%)
	Preescolar (3 a 6 años)	48.632	22,7%	(20,3% - 25,2%)	948.314	20,7%	(20% - 21,5%)
	Escolar (7 a 9 años)	43.252	20,1%	(17,5% - 23,1%)	746.536	16,3%	(15,7% - 17,0%)
	Adolescente (10 a 18 años)	115.960	54,0%	(50,6% - 57,3%)	2.330.562	51,0%	(50,1% - 51,9%)
R. Tarapacá							
Sexo	Hombre	5.286	54,5%	(47,8% - 61%)	52.911	51,4%	(48,5% - 54,3%)
	Mujer	4.414	45,5%	(39% - 52,2%)	50.017	48,6%	(45,7% - 51,5%)
Edad**	Lactante (0 a 2 años)	338	3,5%	(1,7% - 6,9%)	13.843	13,5%	(12,2% - 14,8%)
	Preescolar (3 a 6 años)	1.999	20,6%	(16,4% - 25,6%)	22.373	21,7%	(19,4% - 24,3%)
	Escolar (7 a 9 años)	1.548	16,0%	(11,1% - 22,5%)	19.533	19,0%	(16,9% - 21,3%)
	Adolescente (10 a 18 años)	5.815	60,0%	(52,8% - 66,7%)	47.179	45,8%	(42,9% - 48,8%)
R. O'Higgins							
Sexo	Hombre	2.745	58,9%	(42,0% - 74,0%)	132.110	52,6%	(49,5% - 55,7%)
	Mujer	1.912	41,1%	(26,0% - 58,0%)	119.193	47,4%	(44,3% - 50,5%)
Edad	Lactante (0 a 2 años)	230	4,9%	(1,6% - 14,7%)	33.550	13,4%	(10,0% - 17,7%)
	Preescolar (3 a 6 años)	1.061	22,8%	(14,5% - 33,9%)	50.982	20,3%	(17,9% - 22,9%)
	Escolar (7 a 9 años)	962	20,7%	(10,3% - 37,2%)	43.838	17,4%	(14,4% - 21,0%)
	Adolescente (10 a 18 años)	2404	51,6%	(38,7% - 64,4%)	122933	48,9%	(40,5% - 57,4%)
R. Metropolitana							
Sexo	Hombre	68.830	50,5%	(46,1% - 54,9%)	905.824	50,3%	(47,0% - 53,6%)
	Mujer	67.542	49,5%	(45,1% - 54,0%)	896.440	49,7%	(46,5% - 53,0%)
Edad**	Lactante (0 a 2 años)	4.798	3,5%	(1,9% - 6,4%)	233.879	13,0%	(11,5% - 14,6%)
	Preescolar (3 a 6 años)	29.893	21,9%	(18,8% - 25,5%)	383.476	21,3%	(19,6% - 23,0%)
	Escolar (7 a 9 años)	29.043	21,3%	(17,4% - 25,8%)	281.585	15,6%	(14,4% - 16,9%)
	Adolescente (10 a 18 años)	72.638	53,3%	(48,4% - 58,0%)	903.324	50,1%	(48,4% - 51,8%)

*Sexo - Migrante internacional (sí -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 ** Edad - Migrante internacional (sí -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Tramos de edad MINSAL

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Zonas de residencia: A lo largo de Chile para 2020 se encontraban NNA migrantes internacionales en todas las regiones, siendo las regiones de Aysén, Los Ríos y Ñuble las con menor cantidad de NNA migrantes, sin superar los mil NNA en la región. En cuanto a la zona de residencia (urbana o rural), el 96,5% (IC95%: 94,2% - 97,9%) de los NNA migrantes internacionales del país residía en zonas urbanas y el 3,5% (IC95%: 2,1% - 5,8%) del total de NNA migrantes internacionales del país residía en zonas rurales. A excepción de Tarapacá, el porcentaje de NNA residentes de zonas rurales es menor en migrantes internacionales que en locales, solo para el total del país hubo una dependencia significativa entre zona y condición de migrante (si/no). En la Región Metropolitana es donde se encontraba el mayor porcentaje de niñas, niños y adolescentes migrantes residiendo en zonas urbanas (98,2%; IC95%: 94,2% - 99,4%), y, por otro lado, en la Región de O'Higgins fue donde se encontró el mayor porcentaje de esta población habitando en zonas rurales (13,3%; IC95%: 3,8% - 37,3%) (Tabla 1.3.28).

Identidad étnica: En cuanto a la identidad étnica, acorde al autoreporte de pertenencia a uno de los 9 pueblos indígenas u originarios reconocidos por ley en Chile. Se presentan diferencias entre cada una de las regiones en cuestión, en todos los casos habiendo una dependencia estadísticamente significativa entre la pertenencia étnica y condición de migrante (nivel de significancia 0,05). Concretamente, en la Región de Tarapacá se encontró el porcentaje más alto de NNA migrantes pertenecientes a algún pueblo originario (10,3%; IC95%: 6,1% - 16,9%), lo mismo para los nacidos en territorio nacional (25,6%; IC95%: 23,1% - 28,3%), encontrándose ambos por sobre el porcentaje total nacional de pertenencia a pueblos originarios. Por el contrario, el porcentaje más bajo de NNA migrantes que se identifican con un pueblo indígena se encuentra en la Región Metropolitana (1,3%; IC95%: 0,3% - 4,9%), el cual se encontraba incluso por debajo el porcentaje nacional (Tabla 1.3.29). Todos estos datos son consistentes con lo anteriormente reportado en CENSO 2017 y sus proyecciones.

Tabla 1.3.28 Cantidad y distribución de los niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y locales según zona y región de residencia en Chile 2020

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total Chile							
Zona*	Urbano	207.195	96,5%	(94,2% - 97,9%)	4.020.506	87,9%	(86,7% - 89%)
	Rural	7.556	3,5%	(2,1% - 5,8%)	552.017	12,1%	(11% - 13,3%)
R. Tarapacá							
Zona	Urbano	8.842	91,2%	(74,7% - 97,3%)	97.338	94,6%	(89,2% - 97,3%)
	Rural	858	8,9%	(2,7% - 25,3%)	5.590	5,4%	(2,7% - 10,8%)
R. O'Higgins							
Zona	Urbano	4.039	86,7%	(62,7% - 96,2%)	194.825	77,5%	(72,3% - 82%)
	Rural	618	13,3%	(3,8% - 37,3%)	56.478	22,5%	(18% - 27,7%)
R. Metropolitana							
Zona	Urbano	133.851	98,2%	(94,2% - 99,4%)	1.713.857	95,1%	(92,7% - 96,8%)
	Rural	2.521	1,9%	(0,6% - 5,8%)	88.407	4,9%	(3,3% - 7,3%)
Total Chile							
Región**	Arica y Parinacota	4.768	2,2%	(1,6% - 3%)	62.588	1,4%	(1,2% - 1,5%)
	Tarapacá	9.700	4,5%	(3,5% - 5,8%)	102.928	2,3%	(2% - 2,5%)
	Antofagasta	18.469	8,6%	(6,3% - 11,7%)	175.698	3,8%	(3,4% - 4,3%)
	Atacama	3.380	1,6%	(1% - 2,6%)	82.655	1,8%	(1,6% - 2%)
	Coquimbo	5.126	2,4%	(1,6% - 3,6%)	203.963	4,5%	(3,9% - 5,2%)
	Valparaíso	12.607	5,9%	(4,4% - 7,8%)	461.242	10,1%	(9,3% - 10,9%)
	Metropolitana	136.372	63,5%	(58% - 68,7%)	1.802.264	39,4%	(37,4% - 41,5%)
	O'Higgins	4.657	2,2%	(1,4% - 3,3%)	251.303	5,5%	(4,6% - 6,6%)
	Maule	5.664	2,6%	(1,8% - 3,9%)	265.343	5,8%	(5,3% - 6,4%)
	Ñuble	989	0,5%	(0,2% - 1,1%)	117.185	2,6%	(2,2% - 3%)
	Biobío	5.811	2,7%	(1,8% - 4,1%)	392.950	8,6%	(7,8% - 9,5%)
	La Araucanía	1.126	0,5%	(0,3% - 0,9%)	261.409	5,7%	(5,1% - 6,4%)
	Los Ríos	797	0,4%	(0,2% - 0,7%)	98.422	2,2%	(2% - 2,4%)
	Los Lagos	3.074	1,4%	(0,8% - 2,6%)	226.709	5,0%	(4,2% - 5,8%)
	Aysén	374	0,2%	(0,1% - 0,3%)	28.698	0,6%	(0,6% - 0,7%)
	Magallanes	1.837	0,9%	(0,6% - 1,3%)	39.166	0,9%	(0,8% - 1%)

*Zona - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 ** Región - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

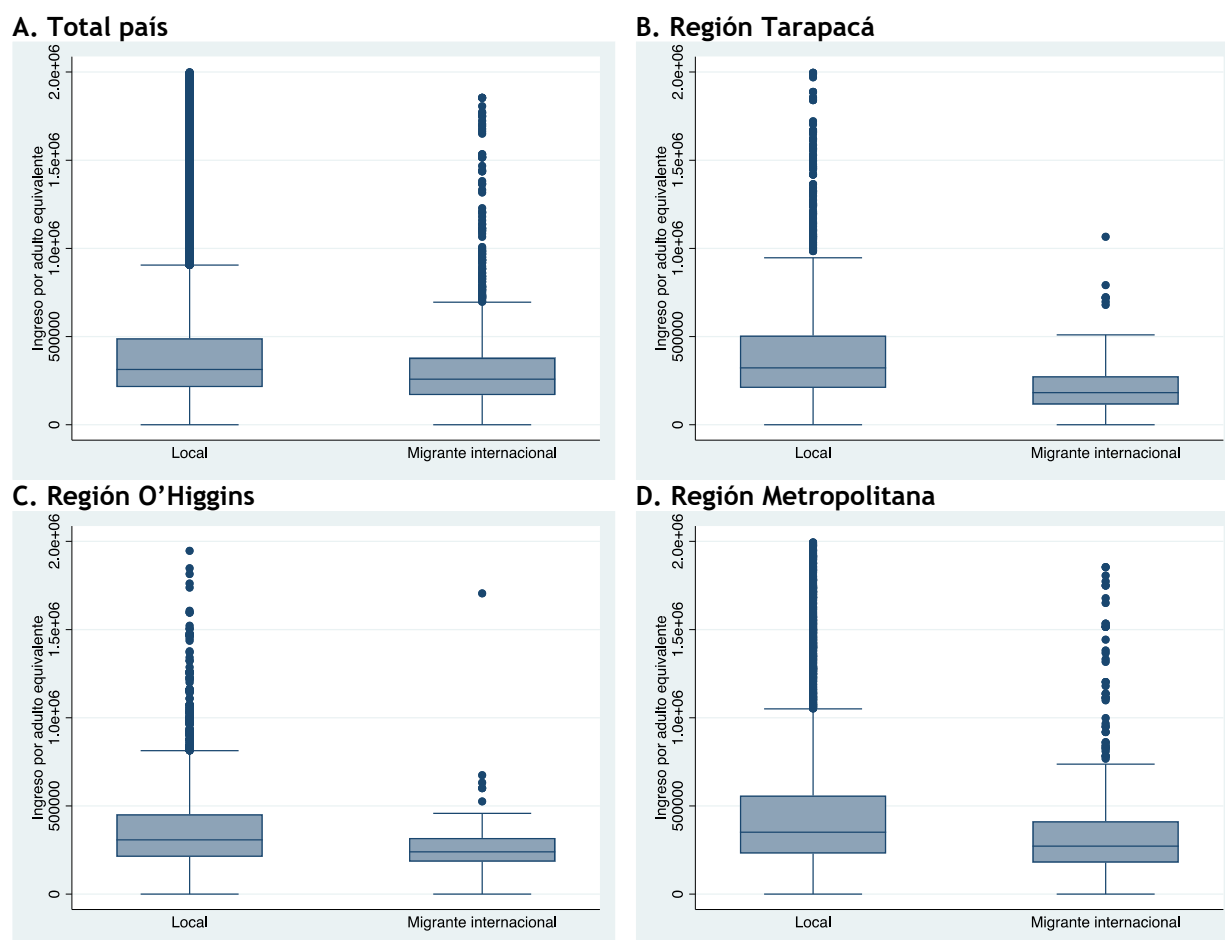
Tabla 1.3.29 Cantidad y distribución de los niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y locales según estado civil y etnia en Chile 2020

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total Chile							
Etnia*	No pertenece	208.838	97,3%	(95,5% - 98,3%)	3.854.993	84,3%	(82,8% - 85,7%)
	Si pertenece	5.913	2,8%	(1,7% - 4,5%)	717.530	15,7%	(14,3% - 17,2%)
Estado civil	Casado	243	0,4%	(0,1% - 1,2%)	7.639	0,6%	(0,4% - 0,8%)
	Separado	0	0,0%	-	1.333	0,1%	(0,0% - 0,2%)
	Soltero	59.962	99,6%	(98,8% - 99,9%)	1.302.230	99,3%	(99,1% - 99,5%)
	Viudo	0	0,0%	-	180	0,0%	-
R. Tarapacá							
Etnia*	No pertenece	8.700	89,7%	(83,1% - 93,9%)	76.556	74,4%	(71,7% - 76,9%)
	Si pertenece	1.000	10,3%	(6,1% - 16,9%)	26.372	25,6%	(23,1% - 28,3%)
Estado civil	Casado	51	1,5%	(0,2% - 3,2%)	304	1,2%	(0,5% - 3,1%)
	Separado	0	0,0%	-	0	0,0%	-
	Soltero	3.379	98,5%	(89,6% - 99,8%)	24.746	98,8%	(96,9% - 99,5%)
	Viudo	0	0,0%	-	0	0,0%	-
R. O'Higgins							
Etnia*	No pertenece	4.555	97,8%	(92,1% - 99,4%)	231.145	92,0%	(88,9% - 94,2%)
	Si pertenece	102	2,2%	(0,6% - 7,9%)	20.158	8,0%	(5,8% - 11,1%)
Estado civil	Casado	0	0,0%	-	142	0,2%	(0,0% - 0,8%)
	Separado	0	0,0%	-	167	0,2%	(0,0% - 1,1%)
	Soltero	1.347	100,0%	-	67.172	99,5%	(98,7% - 99,8%)
	Viudo	0	0,0%	-	0	0,0%	-
R. Metropolitana							
Etnia*	No pertenece	134.597	98,7%	(95,1% - 99,7%)	1.571.469	87,2%	(83,3% - 90,3%)
	Si pertenece	1.775	1,3%	(0,3% - 4,9%)	230.795	12,8%	(9,7% - 16,8%)
Estado civil	Casado	95	0,3%	(0,0% - 1,9%)	2.717	0,5%	(0,3% - 1,0%)
	Separado	0	0,0%	-	560	0,1%	(0,0% - 0,4%)
	Soltero	35.533	99,7%	(98,1% - 100%)	517.403	99,3%	(98,9% - 99,8%)
	Viudo	0	0,0%	-	136	0,0%	(0,0% - 0,2%)

* Etnia - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)
 Pertenecer (si/no) a uno de los 9 pueblos originarios reconocidos por la ley en Chile
 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Pobreza: En cuanto a la situación de pobreza de NNA migrantes y chilenos se observa que para el territorio nacional en el año 2020 existían aproximadamente dos veces mayor proporción de NNA migrantes viviendo como pobres extremos (11,0%; IC95%:8,7% - 14,1%) que NNA chilenos (5,6%; IC95%:5,1% - 6,0%). Al distinguir entre las comunas específicas de interés, en Tarapacá la concentración de NNA migrantes en extrema pobreza difiere de los NNA nacidos en Chile en la misma situación de una forma más marcada que en otras regiones. Solo en el caso de la región de O'Higgins no existe una dependencia estadísticamente significativa entre la condición de pobreza y migración. (Figura 1.3.8). Lo observado en cuanto a situación de pobreza es congruente con lo observado a nivel de ingreso autónomo del hogar y por adulto equivalente.

Figura 1.3.7 Ingreso por adulto equivalente de los hogares de NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020, por región específica y para el total del país



Para los gráficos el ingreso por adulto equivalente del hogar fue truncado a 2 millones máximo

	Media	std.	Mediana	Q1	Q3	Min	Max
Total país							
Local	481.905,9	620.955,0	320.098	216.148	504.016	0	30.000.000
Migrante internacional	374.195,4		259.842	170.100	393.585	0	5.529.140
R. Tarapacá							
Local	449.784,4	466.960,9	326.587	210.018	514.720	0	12.000.000
Migrante internacional	241.160,9	341.268,3	181.822	114.831	278.078	0	3.713.506
R. O'Higgins							
Local	382.181,1	351.025,3	309.901	212.198	459.000	0	7.797.248
Migrante internacional	287.400,1	209.408,6	239.560	183.945	318.842	0	1.705.181
R. Metropolitana							
Local	597.125,1	833.586,9	361.406	234.775	617.179	0	30.000.000
Migrante internacional	420.545,9	547.752,1	277.007	180.792	417.138	0	5.529.140

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.30 Quintil de ingreso autónomo del hogar de los hogares de NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020, por región específica y para el total del país

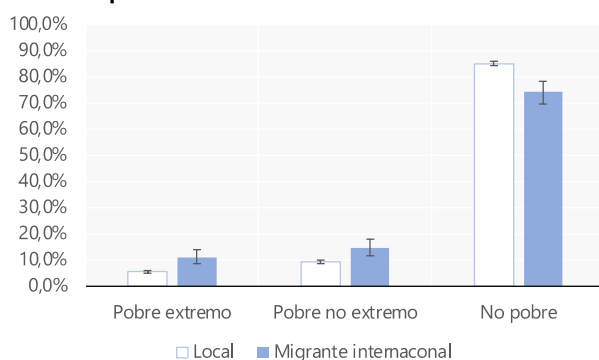
		I (más pobre)	II	III	IV	V (más rico)
Total país*						
Local	n	1.183.674	1.241.828	922.757	665.548	558.423
	%	25,9%	27,2%	20,2%	14,6%	12,2%
	IC95%	(24,8% - 27,0%)	(26,1% - 28,3%)	(18,2% - 22,3%)	(13,7% - 15,5%)	(11,3% - 13,2%)
Migrante internacional	n	38.526	69.436	58.237	31.329	17.223
	%	17,9%	32,3%	27,1%	14,6%	8,0%
	IC95%	(14,6% - 21,9%)	(28,8% - 36,1%)	(23,2% - 31,4%)	(11,5% - 18,3%)	(5,9% - 10,9%)
R. Tarapacá*						
Local	n	25.214	26.060	23.134	17.704	10.816
	%	24,5%	25,3%	22,5%	17,2%	10,5%
	IC95%	(20,7% - 28,7%)	(22,2% - 28,7%)	(19,0% - 26,4%)	(14,3% - 20,5%)	(8,0% - 13,7%)
Migrante internacional	n	3.973	3.131	1.838	429	329
	%	41,0%	32,3%	19,0%	4,4%	3,4%
	IC95%	(32,1% - 50,4%)	(23,8% - 42,1%)	(13,5% - 25,9%)	(2,1% - 9,2%)	(1,2% - 9,1%)
R. O'Higgins						
Local	n	60.568	71.408	59.920	46.160	13.247
	%	24,1%	28,4%	23,8%	18,4%	5,3%
	IC95%	(19,2% - 29,8%)	(23,1% - 34,4%)	(20,6% - 27,5%)	(11,4% - 28,3%)	(3,9% - 7,1%)
Migrante internacional	n	848	1644	1531	503	131
	%	18,2%	35,3%	32,9%	10,8%	2,8%
	IC95%	(7,0% - 39,5%)	(18,6% - 56,7%)	(16,0% - 55,8%)	(3,5% - 28,8%)	(0,7% - 10,5%)
R. Metropolitana*						
Local	n	397.372	436.176	381.349	268.765	318.309
	%	22,1%	24,2%	21,2%	14,9%	17,7%
	IC95%	(20,1% - 24,2%)	(22,1% - 26,4%)	(16,6% - 26,6%)	(13,4% - 16,6%)	(15,5% - 20,1%)
Migrante internacional	n	20.953	40.866	37.470	23.856	13.227
	%	15,4%	30,0%	27,5%	17,5%	9,7%
	IC95%	(11,1% - 21,0%)	(25,2% - 35,2%)	(21,9% - 33,9%)	(13,1% - 23,0%)	(6,6% - 14,1%)

* Quintil de ingreso autónomo del hogar - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

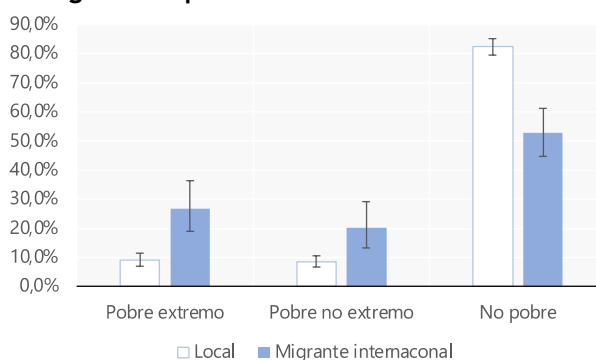
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Figura 1.3.8 Pobreza monetaria en NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020, por región específica y para el total del país

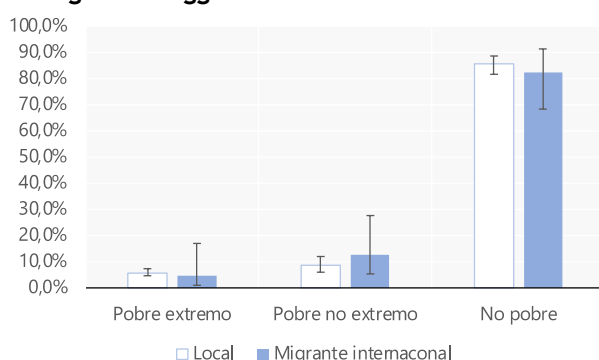
A. Total país



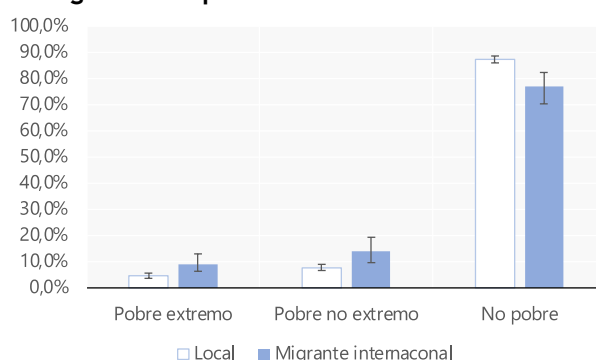
B. Región Tarapacá



C. Región O'Higgins



D. Región Metropolitana



	Pobre extremo		Pobre no extremo		No pobre	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Total país						
Local	254.096	5,6% (5,1% - 6,0%)	426.961	9,3% (8,7% - 10,0%)	3.891.173	85,1% (84,3% - 85,9%)
Migrante internacional	23.830	11,1% (8,7% - 14,1%)	31.356	14,6% (11,6% - 18,2%)	159.565	74,3% (69,7% - 78,4%)
R. Tarapacá						
Local	9.230	9,0% (7,0% - 11,4%)	8.638	8,4% (6,6% - 10,6%)	85.060	82,6% (79,6% - 85,3%)
Migrante internacional	2.607	26,9% (19,1% - 36,4%)	1.958	20,2% (13,4% - 29,3%)	5.135	52,9% (44,6% - 61,1%)
R. O'Higgins						
Local	14.520	5,8% (4,6% - 7,3%)	21.721	8,6% (6,0% - 12,2%)	215.062	85,6% (81,7% - 88,8%)
Migrante internacional	216	4,6% (1,1% - 17,1%)	597	12,8% (5,4% - 27,6%)	3.844	82,5% (68,2% - 91,2%)
R. Metropolitana						
Local	84.816	4,7% (3,9% - 5,6%)	141.343	7,8% (6,8% - 9,0%)	1.575.812	87,5% (85,9% - 88,8%)
Migrante internacional	12.541	9,2% (6,4% - 13,1%)	19.025	14,0% (9,9% - 19,4%)	104.806	76,9% (70,2% - 82,4%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Hogar y vivienda: Respecto al hogar y vivienda se presentan diferencias entre NNA locales y migrantes internacionales en diversos aspectos, tanto para el total del país como por regiones específicas de interés. En el caso del nivel de hacinamiento en las viviendas, considerando como un nivel de hacinamiento medio a crítico una razón personas del hogar- número de dormitorios del hogar por sobre 2,5, se observó que a nivel nacional un 30,9% (n=66.238) NNA migrantes internacionales se encontraban en situación de hacinamiento vs un 1,2% (n=510.341) NNA locales en la misma situación.

Al distinguir por regiones específica, destaca la región de Tarapacá con un hacinamiento en NNA migrantes internacionales del 48% (vs 15,2% en NNA locales), ubicándose aproximadamente 17 puntos porcentuales por sobre el valor nacional para NNA migrantes, y más de 33 puntos porcentuales sobre los NNA chilenos de la misma región. En la misma línea, según tipo de vivienda los NNA migrantes internacionales residían en mayor proporción en departamentos o piezas (a excepción de O'Higgins para el caso de las piezas) que los NNA locales; Similarmente, los NNA migrantes internacionales residían en menor proporción en viviendas de tenencia propia que los NNA locales. (Tablas 1.3.31 - 1.3.34)

Tabla 1.3.31 Hogar y situación de vivienda en NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020 para el total del país

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total Chile							
Tipo de hogar*	Unipersonal	35	0,0%	(0,0% - 0,1%)	85	0,0%	(0,0% - 0,0%)
	Nuclear Monoparental	45.699	21,3%	(18,0% - 25,0%)	1.167.268	25,5%	(24,4% - 26,7%)
	Nuclear Biparental	123.216	57,4%	(52,8% - 61,8%)	2.152.219	47,1%	(45,4% - 48,8%)
	Extenso Monoparental	19.344	9,0%	(6,6% - 12,2%)	628.730	13,8%	(13,0% - 14,5%)
	Extenso Biparental	26.457	12,3%	(9,9% - 15,2%)	621.548	13,6%	(12,9% - 14,3%)
	Censal	0	0,0%	-	2.673	0,1%	(0,0% - 0,1%)
Tipo vivienda*	Casa	91.469	42,6%	(36,5% - 48,9%)	3.734.324	81,7%	(80,2% - 83,1%)
	Departamento	96.245	44,8%	(37,8% - 52,1%)	660.595	14,4%	(13,1% - 16,0%)
	Pieza	21.278	9,9%	(7,8% - 12,5%)	77.264	1,7%	(1,5% - 2,0%)
	Mediagua,	4.636	2,2%	(1,1% - 4,2%)	89.651	2,0%	(1,7% - 2,2%)
	Vivienda indígena	0	0,0%	-	1.919	0,0%	(0,0% - 0,1%)
	Rancho o choza	242	0,1%	(0,0% - 0,6%)	1.576	0,0%	(0,0% - 0,1%)
	Vivienda precaria	881	0,4%	(0,1% - 1,2%)	7.194	0,2%	(0,1% - 0,2%)
Situación de la vivienda*	Propia	19.638	9,1%	(6,8% - 12,2%)	2.649.917	58,0%	(56,9% - 59,0%)
	Arrendada	182.775	85,1%	(81,5% - 88,2%)	1.118.230	24,5%	(23,5% - 25,4%)
	Cedida	6.050	2,8%	(1,9% - 4,1%)	611.802	13,4%	(12,7% - 14,1%)
	Usufructo	1.498	0,7%	(0,3% - 1,6%)	129.832	2,8%	(2,5% - 3,2%)
	Ocupación irregular	3.972	1,8%	(1,0% - 3,3%)	53.263	1,2%	(0,9% - 1,5%)
	Poseedor irregular	818	0,4%	(0,1% - 1,1%)	9.479	0,2%	(0,1% - 0,3%)
Hacinamiento*	Sin hacinamiento	148.513	69,2%	(64,4% - 73,5%)	4.062.182	88,8%	(88,0% - 89,6%)
	Medio	42.263	19,7%	(16,0% - 24,0%)	393.607	8,6%	(8,0% - 9,3%)
	Alto	15.246	7,1%	(5,0% - 9,9%)	76.199	1,7%	(1,4% - 2,0%)
	Crítico	8.729	4,1%	(1,9% - 8,6%)	40.535	0,9%	(0,7% - 1,1%)

* Tipo de hogar o tipo de vivienda o situación de tenencia de la vivienda o hacinamiento - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.32 Hogar y situación de vivienda en NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020 para la región de Tarapacá

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
R. Tarapacá							
Tipo de hogar	Unipersonal	0	0,0%	-	44	0,0%	(0,0% - 0,3%)
	Nuclear Monoparental	2.746	28,3%	(20,6% - 37,5%)	25.638	24,9%	(21,5% - 28,7%)
	Nuclear Biparental	4.452	45,9%	(35,4% - 56,8%)	47.291	45,9%	(41,6% - 50,4%)
	Extenso Monoparental	1.035	10,7%	(5,5% - 19,6%)	12.666	12,3%	(9,5% - 15,8%)
	Extenso Biparental	1.467	15,1%	(8,3% - 26,0%)	17.183	16,7%	(13,7% - 20,2%)
	Censal	0	0,0%	-	106	0,1%	(0,0% - 0,5%)
Tipo vivienda*	Casa	4.095	42,2%	(33,0% - 52,0%)	71.136	69,1%	(61,1% - 76,1%)
	Departamento	2.374	24,5%	(16,2% - 35,2%)	22.731	22,1%	(15,5% - 30,5%)
	Pieza	2.299	23,7%	(16,8% - 32,3%)	6.243	6,1%	(4,1% - 8,8%)
	Mediagua,	602	6,2%	(2,9% - 12,9%)	2.442	2,4%	(1,4% - 4,0%)
	Vivienda indígena	0	0,0%	-	0	0,0%	-
	Rancho o choza	198	2,0%	(0,3% - 12,9%)	198	0,2%	(0,0% - 0,8%)
	Vivienda precaria	132	1,4%	(0,3% - 5,4%)	178	0,2%	(0,0% - 0,8%)
Situación de la vivienda*	Propia	1.097	11,3%	(6,2% - 19,7%)	47.243	45,9%	(41,8% - 50,1%)
	Arrendada	7.288	75,1%	(62,9% - 84,3%)	36.658	35,6%	(32,0% - 39,4%)
	Cedida	551	5,7%	(2,2% - 14,1%)	12.811	12,4%	(10,6% - 14,5%)
	Usufructo	198	2,0%	(0,3% - 12,9%)	4.070	4,0%	(2,8% - 5,7%)
	Ocupación irregular	532	5,5%	(2,3% - 12,5%)	1.523	1,5%	(0,6% - 3,7%)
	Poseedor irregular	34	0,4%	(0,0% - 2,6%)	623	0,6%	(0,2% - 1,8%)
Hacinamiento*	Sin hacinamiento	5.043	52,0%	(42,3% - 61,5%)	87.176	84,7%	(81,1% - 87,7%)
	Medio	3.282	33,8%	(25,1% - 43,8%)	11.247	10,9%	(8,6% - 13,8%)
	Alto	647	6,7%	(3,6% - 12,0%)	1.900	1,8%	(1,1% - 3,1%)
	Crítico	728	7,5%	(3,4% - 16,0%)	2.605	2,5%	(1,0% - 6,5%)

* Tipo de hogar o tipo de vivienda o situación de tenencia de la vivienda o hacinamiento - Migrante internacional (sí-no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.33 Hogar y situación de vivienda en NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020 para la región de O'Higgins

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
R. O'Higgins							
Tipo de hogar	Unipersonal	0	0,0%	-	0	0,0%	-
	Nuclear Monoparental	877	18,8%	(8,3% - 37,4%)	78.765	31,3%	(25,1% - 38,3%)
	Nuclear Biparental	2.715	58,3%	(39,5% - 75,0%)	115.992	46,2%	(41,5% - 50,9%)
	Extenso Monoparental	230	4,9%	(1,5% - 14,9%)	27.910	11,1%	(8,4% - 14,5%)
	Extenso Biparental	835	17,9%	(6,7% - 39,9%)	28.576	11,4%	(9,2% - 14,0%)
	Censal	0	0,0%	-	60	0,0%	(0,0% - 0,2%)
Tipo vivienda*	Casa	3.195	68,6%	(48,9% - 83,3%)	230.713	91,8%	(89,0% - 93,9%)
	Departamento	1.304	28,0%	(14,0% - 48,1%)	11.064	4,4%	(2,7% - 7,2%)
	Pieza	0	0,0%	-	1.968	0,8%	(0,5% - 1,3%)
	Mediagua,	114	2,4%	(0,6% - 9,8%)	7.196	2,9%	(2,0% - 4,1%)
	Vivienda indígena	0	0,0%	-	0	0,0%	-
	Rancho o choza	44	0,9%	(0,1% - 6,8%)	158	0,1%	(0,0% - 0,3%)
	Vivienda precaria	0	0,0%	-	204	0,1%	(0,0% - 0,3%)
Situación de la vivienda*	Propia	409	8,8%	(3,1% - 22,3%)	152.304	60,6%	(54,2% - 66,6%)
	Arrendada	3.684	79,1%	(56,9% - 91,6%)	62.264	24,8%	(17,8% - 33,3%)
	Cedida	564	12,1%	(3,0% - 38,0%)	30.505	12,1%	(9,7% - 15,1%)
	Usufructo	0	0,0%	-	4.962	2,0%	(1,3% - 3,1%)
	Ocupación irregular	0	0,0%	-	1.093	0,4%	(0,2% - 0,9%)
	Poseedor irregular	0	0,0%	-	175	0,1%	(0,0% - 0,3%)
Hacinamiento*	Sin hacinamiento	3.037	65,2%	(41,2% - 83,4%)	225.618	89,8%	(86,2% - 92,5%)
	Medio	1.039	22,3%	(8,2% - 48,0%)	23.108	9,2%	(6,6% - 12,7%)
	Alto	581	12,5%	(3,8% - 34,1%)	2.024	0,8%	(0,5% - 1,3%)
	Crítico	0	0,0%	-	553	0,2%	(0,1% - 0,7%)

* Tipo de hogar o tipo de vivienda o situación de tenencia de la vivienda o hacinamiento - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.34 Hogar y situación de vivienda en NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020 para la región Metropolitana

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
R. Metropolitana							
Tipo de hogar*	Unipersonal	0	0,0%	-	0	0,0%	-
	Nuclear Monoparental	27.748	20,3%	(16,0% - 25,5%)	410.845	22,8%	(20,7% - 25,0%)
	Nuclear Biparental	79.829	58,5%	(52,2% - 64,6%)	872.954	48,4%	(44,7% - 52,2%)
	Extenso Monoparental	12.886	9,4%	(6,1% - 14,4%)	258.490	14,3%	(12,9% - 15,9%)
	Extenso Biparental	15.909	11,7%	(8,5% - 15,8%)	259.411	14,4%	(13,0% - 15,9%)
	Censal	0	0,0%	-	564	0,0%	(0,0% - 0,1%)
Tipo vivienda*	Casa	46.152	33,8%	(26,0% - 42,7%)	1.293.605	71,8%	(68,1% - 75,2%)
	Departamento	76.467	56,1%	(46,5% - 65,2%)	434.303	24,1%	(20,8% - 27,8%)
	Pieza	13.144	9,6%	(6,8% - 13,6%)	44.255	2,5%	(1,9% - 3,1%)
	Mediagua,	609	0,4%	(0,1% - 1,8%)	28.362	1,6%	(1,1% - 2,2%)
	Vivienda indígena	0	0,0%	-	0	0,0%	-
	Rancho o choza	0	0,0%	-	0	0,0%	-
	Vivienda precaria	0	0,0%	-	1.739	0,1%	(0,0% - 00,3%)
Situación de la vivienda*	Propia	11.585	8,5%	(5,3% - 13,4%)	1.000.978	55,5%	(53,6% - 57,5%)
	Arrendada	122.745	90,0%	(85,0% - 93,5%)	495.480	27,5%	(25,8% - 29,2%)
	Cedida	1.643	1,2%	(0,4% - 3,4%)	231.617	12,9%	(11,6% - 14,3%)
	Usufructo	399	0,3%	(0,1% - 1,1%)	49.888	2,8%	(2,2% - 3,5%)
	Ocupación irregular	0	0,0%	-	22.078	1,2%	(0,7% - 2,0%)
	Poseedor irregular	0	0,0%	-	2.223	0,1%	(0,1% - 0,3%)
Hacinamiento*	Sin hacinamiento	92.229	67,6%	(60,8% - 73,8%)	1582.222	87,8%	(86,1% - 89,3%)
	Medio	26.454	19,4%	(14,3% - 25,8%)	155.512	8,6%	(7,4% - 10,0%)
	Alto	10.750	7,9%	(5,0% - 12,2%)	40.916	2,3%	(1,8% - 2,9%)
	Crítico	6.939	5,1%	(2,0% - 12,6%)	23.614	1,3%	(0,9% - 1,9%)

* Tipo de hogar o tipo de vivienda o situación de tenencia de la vivienda o hacinamiento - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Asistencia escolar: Respecto a la asistencia escolar, del total de NNA migrantes el 26,0% (n=34.385; IC95%: 13,3% - 19,1%) no asistía a un establecimiento educacional o a clases virtuales en el contexto de la pandemia por COVID-19, en locales este porcentaje correspondió a el 22,5% (n=1.027.895; IC95%: 21,3% - 23,7%), variando según etapa del ciclo vital y región específica de residencia (Tablas 1.3.35 - 1.3.36)

Tabla 1.3.35 Asistencia a un establecimiento educacional o clases virtuales en NNA migrantes internacionales en Chile 2020 para el total del país y por regiones específicas

		Lactante (0-2 años)	Preescolar (3-6 años)	Escolar (7-9 años)	Adolescente (10-18 años)	Total
Total país						
Asiste	n	1.086	36.206	38.570	104.504	180.366
	%	15,7%	74,4%	89,2%	90,1%	84,0%
	(IC95%)	(7,4% - 30,4%)	(66,7% - 80,9%)	(84,3% - 92,7%)	(87,3% - 92,3%)	(80,9% - 86,7%)
No asiste	n	5.821	12.426	4.682	11.456	34.385
	%	84,3%	25,6%	10,8%	9,9 %	16,0%
	(IC95%)	(69,6% - 92,6%)	(19,1% - 33,3%)	(7,3% - 15,7%)	(7,7% - 12,7%)	(13,3% - 19,1%)
R. Tarapacá						
Asiste	n	169	1509	1394	4776	7848
	%	50,0%	75,5%	90,1%	82,1%	80,9%
	(IC95%)	(21,2% - 78,8%)	(62,7% - 85,0%)	(68,2% - 97,4%)	(72,7% - 88,8%)	(73,4% - 86,7%)
No asiste	n	169	490	154	1039	1852
	%	50,0%	24,5%	9,9%	17,9%	19,1%
	(IC95%)	(21,2% - 78,8%)	(15,0% - 37,3%)	(2,6% - 31,8%)	(11,2% - 27,3%)	(13,3% - 26,6%)
R. O'Higgins						
Asiste	n	46	914	962	1885	3807
	%	20,0%	86,1%	100%	78,4%	81,7%
	(IC95%)	(1,2% - 84,1%)	(60,7% - 96,2%)	(-)	(51,3% - 92,6%)	(64,6% - 91,7%)
No asiste	n	184	147	0	519	850
	%	80,0%	13,9%	0%	21,6%	18,3%
	(IC95%)	(15,9% - 98,8%)	(3,8% - 39,3%)	(-)	(7,4% - 48,7%)	(08,3% - 35,4%)
R. Metropolitana						
Asiste	n	367	22284	25993	67613	116257
	%	7,6%	74,5%	89,5%	93,1%	85,2%
	(IC95%)	(1,6% - 29,1%)	(62,5% - 83,7%)	(82,3% - 94,0%)	(89,3% - 95,6%)	(80,5% - 89,0%)
No asiste	n	4431	7609	3050	5025	20115
	%	92,4%	25,5%	10,5%	6,9%	14,8%
	(IC95%)	(70,9% - 98,4%)	(16,3% - 37,5%)	(6,0% - 17,7%)	(4,4% - 10,7%)	(11,0% - 19,5%)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.36 Asistencia a un establecimiento educacional o clases virtuales en NNA nacidos en el país (locales) en Chile 2020 para el total del país y por regiones específicas

		Lactante (0-2 años)	Preescolar (3-6 años)	Escolar (7-9 años)	Adolescente (10-18 años)	Total
Total país						
Asiste	n	71.014	699.179	688.689	2.085.746	3.544.628
	%	13,0%	73,7%	92,3%	89,5%	77,5%
	(IC95%)	(11,4% - 14,8%)	(72,3% - 75,1%)	(91,3% - 93,1%)	(88,0% - 90,8%)	(76,3% - 78,7%)
No asiste	n	476.097	249.135	57.847	244.816	1.027.895
	%	87,0%	26,3%	7,7%	10,5%	22,5%
	(IC95%)	(85,2% - 88,6%)	(24,9% - 27,7%)	(6,9% - 8,7%)	(9,2% - 12,0%)	(21,3% - 23,7%)
R. Tarapacá						
Asiste	n	1.931	16.815	17.890	42.170	78.806
	%	13,9%	75,2%	91,6%	89,4%	76,6%
	(IC95%)	(10,1% - 19,0%)	(69,1% - 80,3%)	(88,3% - 94,0%)	(87,2% - 91,2%)	(74,2% - 78,8%)
No asiste	n	11.912	5.558	1.643	5.009	24.122
	%	86,1%	24,8%	8,4%	10,6%	23,4%
	(IC95%)	(81,0% - 89,9%)	(19,7% - 30,9%)	(6,0% - 11,7%)	(8,8% - 12,8%)	(21,2% - 25,8%)
R. O'Higgins						
Asiste	n	3.018	39.421	40.460	112.192	195.091
	%	9,0%	77,3%	92,3%	91,3%	77,6%
	(IC95%)	(5,1% - 15,3%)	(69,1% - 83,8%)	(85,9% - 95,9%)	(89,3% - 92,9%)	(74,7% - 80,3%)
No asiste	n	30.532	11.561	3.378	10.741	56.212
	%	91,0%	22,7%	7,7%	8,7%	22,4%
	(IC95%)	(84,7% - 94,9%)	(16,2% - 30,9%)	(4,1% - 14,1%)	(7,1% - 10,7%)	(19,7% - 25,3%)
RM						
Asiste	n	27.634	278.787	258.362	799.693	1.364.476
	%	11,8%	72,7%	91,8%	88,5%	75,7%
	(IC95%)	(8,9% - 15,5%)	(70,1% - 75,1%)	(90,0% - 93,3%)	(84,8% - 91,4%)	(72,7% - 78,5%)
No asiste	n	20.6245	104.689	23.223	103.631	437.788
	%	88,2%	27,3%	8,2%	11,5%	24,3%
	(IC95%)	(84,5% - 91,1%)	(24,9% - 29,9%)	(6,7% - 10,0%)	(8,6% - 15,2%)	(21,5% - 27,3%)

RM: Región Metropolitana

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

En cuanto a la ocupación en adolescentes de 15 a 18 años, el 2,1% (n=930; IC95%: 1,1% - 4,0%) de los migrantes internacionales en dicho tramo de edad se encontraba en condición de ocupado, en comparación con el 36% (n=37.310; IC95%: 3,0% - 4,2%) de los adolescentes locales en la misma situación. Al distinguir entre regiones específicas se repite el patrón de un mayor porcentaje de ocupación en adolescentes locales que migrantes, esto a excepción de la región de Tarapacá (solo en esta última hubo una

dependencia significativa entre la ocupación y condición migratoria). La región de O'Higgins fue la que presentó el mayor porcentaje de adolescentes locales e inmigrantes ocupados. (Tabla 1.3.37)

Tabla 1.3.37 Condición de actividad laboral (ocupación) en adolescentes de 15 a 18 años migrantes internacionales y locales en Chile 2020, para el total del país y por regiones específicas

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total Chile							
Actividad	Ocupado	930	2,1%	(1,1% - 4,0%)	37.810	3,6%	(3,0% - 4,2%)
	Desocupado	1.054	2,4%	(1,1% - 5,1%)	38.386	3,6%	(1,4% - 8,8%)
	Inactivo	42.051	95,5%	(92,6% - 97,3%)	981.588	92,8%	(89,0% - 95,3%)
R. Tarapacá							
Actividad	Ocupado	128	4,7%	(1,5% - 13,5%)	614	3,0%	(1,6% - 5,6%)
	Desocupado	82	3,0%	(0,7% - 11,6%)	354	1,7%	(0,8% - 3,7%)
	Inactivo	2.506	92,3%	(83,3% - 96,6%)	19.424	95,3%	(92,5% - 97,0%)
R. O'Higgins							
Actividad	Ocupado	57	5,8%	(0,7% - 33,8%)	3.634	6,4%	(3,8% - 10,7%)
	Desocupado	263	26,6%	(4,2% - 75,1%)	2.662	4,7%	(3,0% - 7,3%)
	Inactivo	669	67,6%	(25,0% - 92,9%)	50.106	88,8%	(83,4% - 92,7%)
R. Metropolitana							
Actividad	Ocupado	279	1,1%	(0,2% - 5,3%)	11.533	2,7%	(1,8% - 4,0%)
	Desocupado	487	1,9%	(0,6% - 5,9%)	26.351	6,2%	(1,7% - 20,1%)
	Inactivo	25.336	97,1%	(92,6% - 98,9%)	387.422	91,1%	(80,5% - 96,2%)

* Actividad laboral - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.38 Nivel educacional en adolescentes de 10 a 18 años migrantes internacionales y locales en Chile 2020, para el total del país y por regiones específicas

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total Chile*							
Nivel	Sin educación formal	830	0,7%	(0,3% - 1,6%)	25.872	1,1%	(0,9% - 1,3%)
Educativa	Básica incompleta	50.522	43,6%	(38,4% - 48,9%)	949.342	40,7%	(39,2% - 42,3%)
	Básica completa	14.951	12,9%	(9,8% - 16,8%)	249.997	10,7%	(10,1% - 11,3%)
	Media incompleta	34.273	29,6%	(25,4% - 34,1%)	659.273	28,3%	(27,1% - 29,5%)
	Media técnica incompleta	5.761	5,0%	(3,4% - 7,2%)	100.303	4,3%	(3,9% - 4,7%)
	Media humanista completa	5.792	5,0%	(3,6% - 6,8%)	236.428	10,1%	(7,6% - 13,4%)
	Media técnica completa	1.853	1,6%	(0,8% - 3,3%)	50.326	2,2%	(1,9% - 2,4%)
	Técnico nivel superior incompleta	152	0,1%	(0,0% - 0,6%)	16.014	0,7%	(0,6% - 0,8%)
	Técnico nivel superior completa	0	0,0%	-	104	0,0%	(0,0% - 0,0%)
	Profesional incompleto	258	0,2%	(0,1% - 0,6%)	24.115	1,0%	(0,9% - 1,2%)
	No sabe	1.568	1,4%	(0,5% - 3,3%)	18.788	0,8%	(0,6% - 1,0%)
R. Tarapacá							
Nivel	Sin educación formal	0	0,0%	-	159	0,3%	(0,1% - 0,9%)
Educativa	Básica incompleta	2.596	44,6%	(36,1% - 53,5%)	20.488	43,4%	(39,9% - 47,0%)
	Básica completa	903	15,5%	(10,3% - 22,8%)	5.191	11,0%	(9,2% - 13,1%)
	Media incompleta	1.436	24,7%	(16,8% - 34,8%)	13.137	27,8%	(24,5% - 31,5%)
	Media técnica incompleta	261	4,5%	(1,9% - 10,2%)	1.579	3,3%	(2,3% - 4,8%)
	Media humanista completa	619	10,6%	(5,9% - 18,4%)	4.181	8,9%	(7,1% - 11,0%)
	Media técnica completa	0	0,0%	-	1.231	2,6%	(1,7% - 4,1%)
	Técnico nivel superior incompleta	0	0,0%	-	284	0,6%	(0,3% - 1,3%)
	Profesional incompleto	0	0,0%	-	320	0,7%	(0,3% - 1,3%)
	No sabe	0	0,0%	-	609	1,3%	(0,6% - 2,9%)
R. O'Higgins							
Nivel	Sin educación formal	0	0,0%	-	1.268	1,0%	(0,4% - 2,4%)
Educativa	Básica incompleta	1.057	44,0%	(24,8% - 65,2%)	49.043	39,9%	(37,0% - 42,9%)
	Básica completa	243	10,1%	(3,2% - 27,6%)	14.721	12,0%	(10,2% - 14,1%)
	Media incompleta	563	23,4%	(11,6% - 41,6%)	36.420	29,6%	(26,8% - 32,6%)
	Media técnica incompleta	45	1,9%	(0,2% - 13,1%)	5.987	4,9%	(3,7% - 6,4%)
	Media humanista completa	496	20,6%	(6,7% - 48,6%)	10.796	8,8%	(6,8% - 11,3%)
	Media técnica completa	0	0,0%	-	2.661	2,2%	(1,5% - 3,0%)
	Técnico nivel superior incompleta	0	0,0%	-	1.082	0,9%	(0,2% - 3,2%)
	Profesional incompleto	0	0,0%	-	718	0,6%	(0,3% - 1,1%)
	No sabe	0	0,0%	-	237	0,2%	(0,1% - 0,5%)
R. Metropolitana*							
Nivel	Sin educación formal	575	0,8%	(0,3% - 2,3%)	12.012	1,3%	(1,0% - 1,9%)
Educativa	Básica incompleta	32.155	44,3%	(36,7% - 52,1%)	361.367	40,0%	(36,5% - 43,6%)
	Básica completa	9.433	13,0%	(8,6% - 19,2%)	92.793	10,3%	(9,0% - 11,6%)
	Media incompleta	21.148	29,1%	(23,2% - 35,8%)	246.613	27,3%	(24,6% - 30,2%)
	Media técnica incompleta	3.708	5,1%	(2,9% - 8,7%)	35.357	3,9%	(3,2% - 4,8%)
	Media humanista completa	2.553	3,5%	(2,0% - 6,1%)	116.348	12,9%	(7,2% - 22,0%)
	Media técnica completa	1.404	1,9%	(0,8% - 4,8%)	15.780	1,7%	(1,4% - 2,2%)
	Técnico nivel superior incompleta	95	0,1%	(0,0% - 0,9%)	6.755	0,7%	(0,5% - 1,0%)
	Profesional incompleto	222	0,3%	(0,1% - 1,0%)	7.788	0,9%	(0,6% - 1,2%)
	No sabe	1.345	1,9%	(0,6% - 5,2%)	8.511	0,9%	(0,6% - 1,4%)

* Nivel educacional - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.39 Nivel educacional en escolares y preescolares (3 a 9 años) años migrantes internacionales y locales en Chile 2020, para el total del país y por regiones específicas

		Migrante internacional			Local		
		n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total Chile*							
Nivel	Sin educación formal	43.600	47,5%	(42,6% - 52,3%)	854.500	50,4%	(49,3% - 51,6%)
Educacional	Básica incompleta	47.913	52,1%	(47,2% - 57,0%)	834.087	49,2%	(48,1% - 50,4%)
	No sabe	371	0,4%	(0,1% - 1,6%)	6263	0,4%	(0,3% - 0,5%)
R. Tarapacá							
Nivel	Sin educación formal	1.692	47,7%	(38,2% - 57,4%)	19.805	47,3%	(42,7% - 51,9%)
Educacional	Básica incompleta	1.855	52,3%	(42,6% - 61,8%)	21.836	52,1%	(47,4% - 56,8%)
	No sabe	0	0,0%	-	265	0,6%	(0,2% - 1,8%)
R. O'Higgins							
Nivel	Sin educación formal	1.061	52,4%	(30,1% - 73,8%)	46.014	48,5%	(45,5% - 51,6%)
Educacional	Básica incompleta	962	47,6%	(26,2% - 69,9%)	48.644	51,3%	(48,2% - 54,4%)
	No sabe	0	0,0%		162	0,2%	(0,1% - 0,6%)
R. Metropolitana*							
Nivel	Sin educación formal	26.563	45,1%	(38,4% - 51,9%)	346.717	52,1%	(49,8% - 54,5%)
Educacional	Básica incompleta	32.159	54,6%	(47,6% - 61,3%)	315.235	47,4%	(45,0% - 49,8%)
	No sabe	214	0,4%	(0,1% - 2,6%)	3.109	0,5%	(0,3% - 0,8%)

* Nivel educacional - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

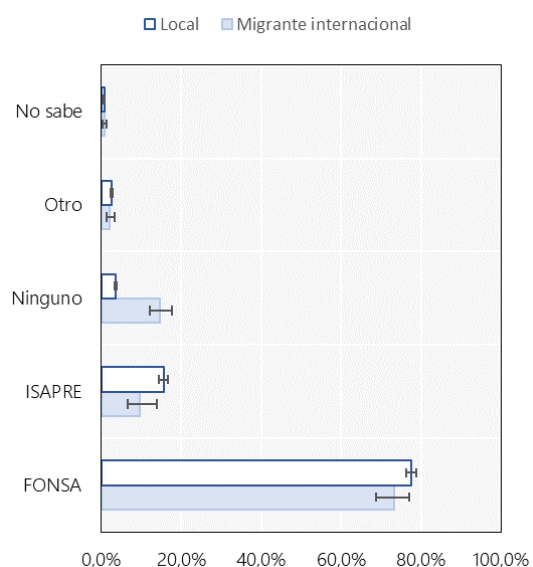
Previsión de salud: Respecto al sistema previsional de salud, tanto para los totales nacionales como para los totales en cada una de las regiones de interés analizadas, el porcentaje de NNA de los cuales se reporta no pertenecer a ningún tipo de sistema previsional de salud es mayor en NNA migrantes que locales, llegando a sextuplicar al porcentaje de locales en la misma situación, asimismo, en todos los casos existe una dependencia estadísticamente significativa entre la condición de migrante y previsión de salud. Concretamente, en el caso de la región de Tarapacá un 19,5% (IC95%: 12,7% - 28,7%) de los NNA de la región no contaban con previsión de salud vs un 3,1% (IC95%: 2,3% - 4,2%) de NNA locales en la misma situación. En O'Higgins la diferencia entre niños migrantes sin afiliación a salud y niños chilenos en la misma

situación es 6,4 veces mayor entre los primeros (19,7% en NNA migrantes vs 3,1% en NNA locales).

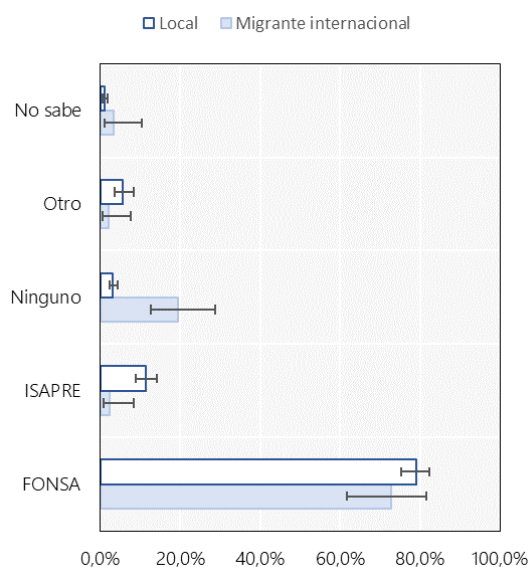
En la misma línea, el porcentaje de NNA chilenos pertenecientes al sistema privado (Isapre) llega a triplicar al de NNA migrantes en la misma situación. (Figura 1.3.9 - Tabla 1.3.40)

Figura 1.3.9 Previsión de salud en NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020, por región específica y para el total del país

A. Total país

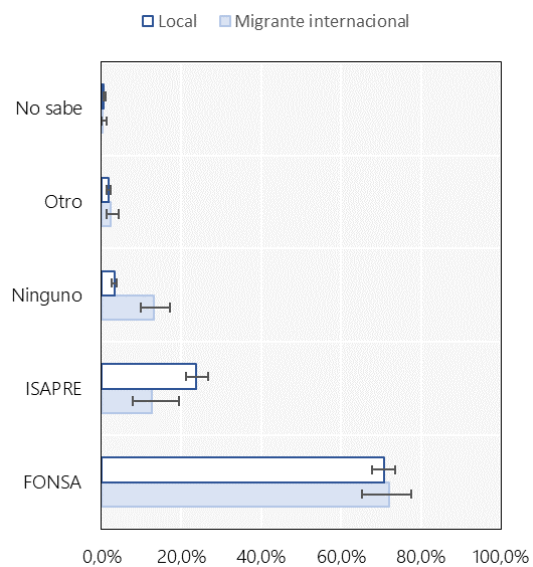
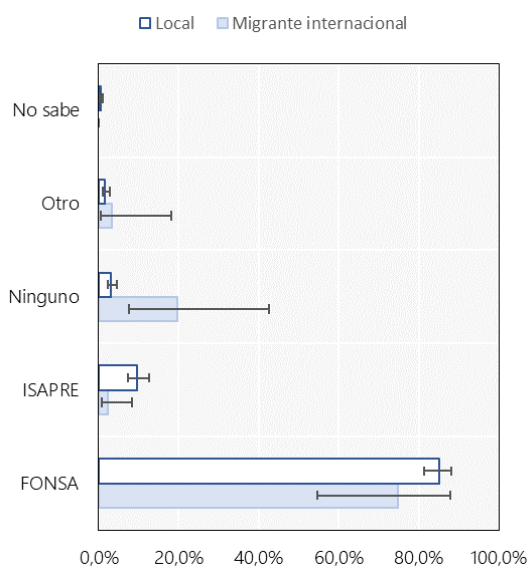


B. Región Tarapacá



C. Región O'Higgins

D. Región Metropolitana



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Tabla 1.3.40 Previsión de salud en NNA migrantes internacionales y locales en Chile 2020, por región específica y para el total del país

	Migrante internacional			Local		
	n	%	IC95%	n	%	IC9%
Total país*						
Fonasa	157.140	73,2%	(68,8% - 77,1%)	3547.361	77,6%	(76,3% - 78,8%)
Isapre	20.537	9,6%	(6,5% - 13,9%)	711.780	15,6%	(14,5% - 16,7%)
Ninguno	31.379	14,6%	(12% - 17,6%)	163.606	3,6%	(3,2% - 3,9%)
Otro	4.285	2,0%	(1,2% - 3,2%)	116.874	2,6%	(2,3% - 2,9%)
No sabe	1.410	0,7%	(0,4% - 1,2%)	32.902	0,7%	(0,6% - 0,9%)
R. Tarapacá*						
Fonasa	7.051	72,7%	(61,6% - 81,5%)	81.313	79,0%	(75,2% - 82,4%)
Isapre	235	2,4%	(0,7% - 8,3%)	11.652	11,3%	(8,9% - 14,2%)
Ninguno	1.888	19,5%	(12,7% - 28,7%)	3.189	3,1%	(2,3% - 4,2%)
Otro	206	2,1%	(0,6% - 7,7%)	5.710	5,5%	(3,6% - 8,4%)
No sabe	320	3,3%	(1% - 10,4%)	1.064	1,0%	(0,6% - 1,7%)
R. O'Higgins*						
Fonasa	3.480	74,7%	(54,7% - 87,8%)	213.684	85,0%	(81,3% - 88,1%)
Isapre	113	2,4%	(0,7% - 8,3%)	24.261	9,7%	(7,3% - 12,6%)
Ninguno	917	19,7%	(7,5% - 42,5%)	7.889	3,1%	(2,2% - 4,5%)
Otro	147	3,2%	(0,5% - 18,1%)	4.114	1,6%	(1% - 2,7%)
No sabe	0	0,0%	(0% - 0%)	1.355	0,5%	(0,3% - 1%)
R. Metropolitana*						
Fonasa	98.018	71,9%	(65,3% - 77,6%)	1.274.602	70,7%	(67,7% - 73,6%)
Isapre	17.040	12,5%	(7,9% - 19,3%)	428.689	23,8%	(21,1% - 26,7%)
Ninguno	17.826	13,1%	(9,8% - 17,2%)	56.806	3,2%	(2,6% - 3,8%)
Otro	3.077	2,3%	(1,2% - 4,2%)	31.711	1,8%	(1,4% - 2,3%)
No sabe	411	0,3%	(0,1% - 1,2%)	10.456	0,6%	(0,4% - 0,9%)

* Sistema previsional de salud - Migrante internacional (si -no), p-valor test Chi2 con corrección de Rao and Scott <0,05 (sin considerar la no respuesta)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CASEN 2020

Las principales variables (sexo, tramo de edad, zona de residencia, macrozona de residencia, pertenencia a un pueblo originario, quintil de ingreso autónomo del hogar, pobres, tipo de vivienda, hacinamiento y previsión de salud) en población NNA migrante internacional estratificadas por sexo, edad, nivel socioeconómico y previsión de salud se presentan en el anexo del documento (Anexo 1A).

2.4 Perfil epidemiológico

En este apartado se realiza un análisis del perfil epidemiológico para NNA migrantes revisando las bases de datos de Egresos Hospitalarios y REM, ambos para los años 2019, 2020 y 2021. Adicionalmente, se incluyeron antecedentes de patologías crónicas y uso de los servicios de salud mediante CASEN 2020.

2.4.1 Egresos Hospitalarios

Los datos de egresos hospitalarios son de especial utilidad tanto en población local como migrante internacional, al entregar antecedentes tanto de las patologías en las respectivas poblaciones como del uso y acceso a los servicios de salud.

Los datos fueron analizados y presentados acorde a la disponibilidad y categorización dentro de las bases de datos disponible

2.4.1.1 Egresos hospitalarios en población general

Para el año 2019 un 3,23% del total de egresos hospitalarios a lo largo del país correspondió a migrantes internacionales, en 2020 y 2021 estos porcentajes fueron un 3,78% y 3,01% respectivamente. En el caso de las regiones específicas analizadas, Tarapacá fue la región que presentó un mayor porcentaje de EH correspondientes a población migrante internacional, seguida de las regiones Metropolitana y de O'Higgins. Específicamente en 2021, un 10,06% de los EH de la región de Tarapacá correspondieron a pacientes migrantes, mientras que un 5,59% de los EH de la región Metropolitana correspondieron a migrantes en el mismo año y un 0,58% en la región de O'Higgins. (Tabla 1.4.1)

Tabla 1.4.1 Egresos hospitalarios totales según condición migratoria (migrante - chileno), por región específica y para el total del país. Chile 2019-2021

		Total país	R. Tarapacá	R. O'Higgins	R. Metropolitana
2019					
Migrante	n	53.857	2.889	1.276	32.287
	%	3,23%	10,45%	1,63%	4,88%
Chileno	n	1.613.320	24.750	76.816	629.109
	%	96,77%	89,55%	98,37%	95,12%
2020					
Migrante	n	50.308	2.858	1.177	30.701
	%	3,78%	11,50%	1,91%	5,68%
Chileno	n	1.280.169	21.986	60.549	509.999
	%	96,22%	88,50%	98,09%	94,32%
2021					
Migrante	n	44.088	1.710	366	33.024
	%	3,22%	10,06%	0,58%	5,59%
Chileno	n	1.327.057	15.296	62.947	558.115
	%	96,78%	89,94%	99,42%	94,41%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Diagnóstico principal de egreso

Por diagnóstico principal de egresos, los motivos de EH predominantes tanto en chilenos como extranjeros son embarazo parto o puerperio (Capítulo 15, CIE-10), lesiones traumáticas, envenenamientos y otras causas externas (Capítulo 19, CIE-10), enfermedades del aparato digestivo (Capítulo 11, CIE-10), tumores (Capítulo 2, CIE-10), enfermedades del aparato genitourinario (Capítulo 14, CIE-10) y enfermedades del sistema circulatorio (Capítulo 9, CIE-10); En ese mismo orden de relevancia para EH correspondientes a extranjeros y variando en orden en Chilenos (Tabla 1.4.2). Por regiones, ocurre algo similar, resaltando también las enfermedades del aparato respiratorio (Capítulo 10, CIE-10), por sobre las del sistema circulatorio, en el caso de EH en migrantes internacionales en Tarapacá y O'Higgins. (Tabla 1.4.3)

Tabla 1.4.2 Egresos hospitalarios totales en migrantes internacionales y chilenos según diagnóstico principal de egreso (Codificación capítulos CIE-10). Chile 2019-2021

		Extranjero			Chileno		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
C1. Enf. Infecciosas y parasitarias	n	979	748	623	36.796	24.291	21.747
	%	1,82%	1,49%	1,41%	2,28%	1,9%	1,64%
					128.89		105.64
C2. Tumores (Neoplasias)	n	2.947	2.665	2.435	9	99.051	2
	%	5,47%	5,3%	5,52%	7,99%	7,74%	7,96%
C3. Enf. De la sangre	n	263	256	223	12.787	10.284	9.562
	%	0,49%	0,51%	0,51%	0,79%	0,8%	0,72%
C4 Enf. Endocrina nutricional y metabólicas	n	584	558	540	47.706	37.634	41.420
	%	1,08%	1,11%	1,22%	2,96%	2,94%	3,12%
C5. Trastornos mentales, del comportamiento y desarrollo neurológico	n	524	524	511	32.171	25.775	27.226
	%	0,97%	1,04%	1,16%	1,99%	2,01%	2,05%
C6. Enf. Del Sistema nervioso	n	787	412	431	32.743	24.593	25.941
	%	1,46%	0,82%	0,98%	2,03%	1,92%	1,95%
C7. Enf. del ojo y sus anexos	n	174	182	112	11.941	7.823	8.113
	%	0,32%	0,36%	0,25%	0,74%	0,61%	0,61%
C8. Enf. Del oído y apófisis mastoides	n	60	34	37	5.692	2.920	2.986
	%	0,11%	0,07%	0,08%	0,35%	0,23%	0,23%
					132.92	111.32	116.42
C9. Enf. Del aparato circulatorio	n	1.520	1.385	1.348	9	4	3
	%	2,82%	2,75%	3,06%	8,24%	8,7%	8,77%
					158.41		
C10. Enf. Del aparato respiratorio	n	1.872	1.354	1.067	0	79.093	80.751
	%	3,48%	2,69%	2,42%	9,82%	6,18%	6,08%
					219.14	178.17	194.22
C11. Enf. Del aparato digestivo	n	3.873	3.874	3.821	6	5	9
	%	7,19%	7,7%	8,67%	13,58%	13,92%	14,64%
C12. Enf. De la piel y tejido subcutáneo	n	422	294	233	24.738	17.870	15.728
	%	0,78%	0,58%	0,53%	1,53%	1,4%	1,19%
C13. Enf del aparato musculo esquelético	n	1.268	849	867	89.218	57.166	66.743
Y tejido conectivo	%	2,35%	1,69%	1,97%	5,53%	4,47%	5,03%
					140.96	103.84	110.51
C14. Enf del aparato genitourinario	n	2.720	2.338	2.228	8	3	5
	%	5,05%	4,65%	5,05%	8,74%	8,11%	8,33%
		29.31	27.50	20.81	244.05	216.15	183.38
C15. Embarazo, parto y puerperio	n	2	4	2	7	6	5
	%	54,42	54,67	47,21	15,13%	16,88%	13,82%
	%	%	%	%			
C16. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	n	107	85	112	37.033	32.195	26.619
	%	0,2%	0,17%	0,25%	2,3%	2,51%	2,01%

C17. Malformación congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas	n	269	157	183	19.857	13.111	14.681
	%	0,5%	0,31%	0,42%	1,23%	1,02%	1,11%
C18. No clasificados	n	475	338	228	28.663	20.692	17.841
	%	0,88%	0,67%	0,52%	1,78%	1,62%	1,34%
					154.79	127.93	131.43
C19. Lesiones traumáticas, Envenenamiento y otras de causa externa	n	4.343	3.968	4.813	0	7	0
	%	8,06%	7,89%	10,92%	9,59%	9,99%	9,9%
							126.07
C21. Propósitos especiales	n	1.359	2.783	3.464	54.778	90.236	5
	%	2,52%	5,53%	7,86%	3,4%	7,05%	9,5%

Enf. Enfermedades C3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico
C18.síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.3 Egresos hospitalarios totales en migrantes internacionales y chilenos según diagnóstico principal de egreso (Codificación capítulos CIE-10). Región de Tarapacá 2019-2021

		Extranjero			Chileno		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
C1. Enf. Infecciosas y parasitarias	n	59	62	37	821	524	414
	%	2,04%	2,17%	2,16%	3,32%	2,38%	2,71%
C2. Tumores (Neoplasias)	n	91	96	41	1531	1105	784
	%	3,15%	3,36%	2,4%	6,19%	5,03%	5,13%
C3. Enf. De la sangre	n	15	17	5	170	127	104
	%	0,52%	0,59%	0,29%	0,69%	0,58%	0,68%
C4 Enf. Endocrina nutricional y metabólicas	n	19	16	6	630	625	442
	%	0,66%	0,56%	0,35%	2,55%	2,84%	2,89%
C5. Trastornos mentales, del comportamiento y desarrollo neurológico	n	67	65	38	787	727	640
	%	2,32%	2,27%	2,22%	3,18%	3,31%	4,18%
C6. Enf. Del Sistema nervioso	n	21	25	11	365	331	262
	%	0,73%	0,87%	0,64%	1,47%	1,51%	1,71%
C7. Enf. del ojo y sus anexos	n	3	4	1	138	306	62
	%	0,1%	0,14%	0,06%	0,56%	1,39%	0,41%
C8. Enf. Del oído y apófisis mastoides	n	2	1	1	77	23	21
	%	0,07%	0,03%	0,06%	0,31%	0,1%	0,14%
C9. Enf. Del aparato circulatorio	n	54	56	19	1787	1738	1348
	%	1,87%	1,96%	1,11%	7,22%	7,91%	8,81%
C10. Enf. Del aparato respiratorio	n	92	56	23	1656	959	574
	%	3,18%	1,96%	1,35%	6,69%	4,36%	3,75%
C11. Enf. Del aparato digestivo	n	247	265	174	3524	3329	2294
	%	8,55%	9,27%	10,18%	14,24%	15,14%	15%
C12. Enf. De la piel y tejido subcutáneo	n	12	14	13	382	356	176
	%	0,42%	0,49%	0,76%	1,54%	1,62%	1,15%

C13. Enf del aparato musculo esquelético Y tejido conectivo	n	39	28	17	1360	1128	849
	%	1,35%	0,98%	0,99%	5,49%	5,13%	5,55%
C14. Enf del aparato genitourinario	n	178	148	65	2212	1958	1086
	%	6,16%	5,18%	3,8%	8,94%	8,91%	7,1%
C15. Embarazo, parto y puerperio	n	1632	1539	907	4307	3905	1878
		56,49	53,85	53,04		17,76	12,28
	%	%	%	%	17,4%	%	%
C16. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	n	2	0	1	622	549	235
	%	0,07%	0%	0,06%	2,51%	2,5%	1,54%
C17. Malformación congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas	n	11	5	3	291	200	121
	%	0,38%	0,17%	0,18%	1,18%	0,91%	0,79%
C18. No clasificados	n	10	14	8	261	179	107
	%	0,35%	0,49%	0,47%	1,05%	0,81%	0,7%
C19. Lesiones traumáticas, Envenenamiento y otras de causa externa	n	259	224	215	2480	1757	1632
				12,57	10,02		10,67
	%	8,97%	7,84%	%	%	7,99%	%
C21. Propósitos especiales	n	76	223	125	1349	2160	2267
							14,82
	%	2,63%	7,8%	7,31%	5,45%	9,82%	%

Enf. Enfermedades C3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico

C18. síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.4 Egresos hospitalarios totales en migrantes internacionales y chilenos según diagnostico principal de egreso (Codificación capítulos CIE-10). Región de O'Higgins 2019-2021

		Extranjero			Chileno		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
C1. Enf. Infecciosas y parasitarias	n	25	20	9	1766	1258	1134
	%	1,96%	1,7%	2,46%	2,3%	2,08%	1,8%
C2. Tumores (Neoplasias)	n	38	46	5	5353	3851	4140
	%	2,98%	3,91%	1,37%	6,97%	6,36%	6,58%
C3. Enf. De la sangre	n	7	4	4	553	463	389
	%	0,55%	0,34%	1,09%	0,72%	0,76%	0,62%
C4 Enf. Endocrina nutricional y metabólicas	n	11	15	3	2154	1735	1808
	%	0,86%	1,27%	0,82%	2,8%	2,87%	2,87%
C5. Trastornos mentales, del comportamiento y desarrollo neurológico	n	9	12	4	1237	1117	1251
	%	0,71%	1,02%	1,09%	1,61%	1,84%	1,99%
C6. Enf. Del Sistema nervioso	n	14	9	3	1338	1228	1238
	%	1,1%	0,76%	0,82%	1,74%	2,03%	1,97%
C7. Enf. del ojo y sus anexos	n	1	0	1	247	149	149
	%	0,08%	0%	0,27%	0,32%	0,25%	0,24%
C8. Enf. Del oído y apófisis mastoides	n	1	0	0	209	92	74

	%	0,08%	0%	0%	0,27%	0,15%	0,12%
C9. Enf. Del aparato circulatorio	n	30	46	7	6406	5422	5563
	%	2,35%	3,91%	1,91%	8,34%	8,95%	8,84%
C10. Enf. Del aparato respiratorio	n	45	21	12	7321	3751	3634
	%	3,53%	1,78%	3,28%	9,53%	6,19%	5,77%
C11. Enf. Del aparato digestivo	n	60	65	26	10994	8529	9642
	%	4,7%	5,52%	7,1%	14,31	14,09	15,32
	%	4,7%	5,52%	7,1%	%	%	%
C12. Enf. De la piel y tejido subcutáneo	n	13	4	2	1139	803	679
	%	1,02%	0,34%	0,55%	1,48%	1,33%	1,08%
C13. Enf del aparato musculo esquelético Y tejido conectivo	n	12	11	0	5481	2875	3360
	%	0,94%	0,93%	0%	7,14%	4,75%	5,34%
C14. Enf del aparato genitourinario	n	57	49	11	7025	4816	5100
	%	4,47%	4,16%	3,01%	9,15%	7,95%	8,1%
C15. Embarazo, parto y puerperio	n	859	747	188	12471	11690	10005
		67,32	63,47	51,37	16,23	19,31	15,89
	%	%	%	%	%	%	%
C16. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	n	2	2	4	1881	1717	1457
	%	0,16%	0,17%	1,09%	2,45%	2,84%	2,31%
C17. Malformación congénitas, deformidad	n	5	1	0	723	511	589
y anomalías cromosómicas	%	0,39%	0,08%	0%	0,94%	0,84%	0,94%
C18. No clasificados	n	9	11	2	1111	804	684
	%	0,71%	0,93%	0,55%	1,45%	1,33%	1,09%
C19. Lesiones traumáticas, Envenenamiento y otras de causa externa	n	54	88	70	7324	6389	6491
	%	4,23%	7,48%	19,13	9,53%	10,55	10,31
	%	4,23%	7,48%	%	9,53%	%	%
C21. Propósitos especiales	n	24	26	15	2083	3349	5560
	%	1,88%	2,21%	4,1%	2,71%	5,53%	8,83%

Enf. Enfermedades C3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico
C18. síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.5 Egresos hospitalarios totales en migrantes internacionales y chilenos según diagnostico principal de egreso (Codificación CIE-10). Región Metropolitana 2019-2021

		Extranjero			Chileno		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
C1. Enf. Infecciosas y parasitarias	n	608	448	458	15944	10540	10293
	%	1,88%	1,46%	1,39%	2,53%	2,07%	1,84%
C2. Tumores (Neoplasias)	n	2060	1886	1928	52635	39239	46023
	%	6,38%	6,14%	5,84%	8,37%	7,69%	8,25%
C3. Enf. De la sangre	n	155	165	175	4512	3671	3722
	%	0,48%	0,54%	0,53%	0,72%	0,72%	0,67%
C4 Enf. Endocrina nutricional y metabólicas	n	361	360	453	19726	15311	18513
	%	1,12%	1,17%	1,37%	3,14%	3%	3,32%
C5. Trastornos mentales, del	n	279	260	333	12189	9172	9866

comportamiento y desarrollo neurológico	%	0,86%	0,85%	1,01%	1,94%	1,8%	1,77%
C6. Enf. Del Sistema nervioso	n	573	255	318	14515	10439	11784
	%	1,77%	0,83%	0,96%	2,31%	2,05%	2,11%
C7. Enf. del ojo y sus anexos	n	112	138	87	3582	3170	3675
	%	0,35%	0,45%	0,26%	0,57%	0,62%	0,66%
C8. Enf. Del oído y apófisis mastoides	n	40	21	25	2282	1229	1425
	%	0,12%	0,07%	0,08%	0,36%	0,24%	0,26%
C9. Enf. Del aparato circulatorio	n	942	872	1025	48016	41322	46794
	%	2,92%	2,84%	3,1%	7,63%	8,1%	8,38%
C10. Enf. Del aparato respiratorio	n	1120	935	830	63511	32982	34951
	%	3,47%	3,05%	2,51%	10,1%	6,47%	6,26%
C11. Enf. Del aparato digestivo	n	2183	2135	2685	80447	66366	77861
	%	6,76%	6,95%	8,13%	12,79	13,01	13,95
					%	%	%
C12. Enf. De la piel y tejido subcutáneo	n	225	150	159	8318	5988	5896
	%	0,7%	0,49%	0,48%	1,32%	1,17%	1,06%
C13. Enf del aparato musculo esquelético Y tejido conectivo	n	796	592	739	36537	25692	31213
	%	2,47%	1,93%	2,24%	5,81%	5,04%	5,59%
C14. Enf del aparato genitourinario	n	1657	1409	1734	53764	40508	47765
	%	5,13%	4,59%	5,25%	8,55%	7,94%	8,56%
		1746					
C15. Embarazo, parto y puerperio	n	7	16851	15803	94655	81437	71558
			54,89	47,85	15,05	15,97	12,82
	%	54,1%	%	%	%	%	%
C16. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	n	57	52	88	15187	12993	11252
	%	0,18%	0,17%	0,27%	2,41%	2,55%	2,02%
C17. Malformación congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas	n	187	102	137	7956	5797	7058
	%	0,58%	0,33%	0,41%	1,26%	1,14%	1,26%
C18. No clasificados	n	315	204	162	10935	8047	7456
	%	0,98%	0,66%	0,49%	1,74%	1,58%	1,34%
C19. Lesiones traumáticas, Envenenamiento y otras de causa externa	n	2322	2239	3115	58339	47755	50260
	%	7,19%	7,29%	9,43%	9,27%	9,36%	9,01%
C21. Propósitos especiales	n	828	1627	2770	26059	48341	60750
	%	2,56%	5,3%	8,39%	4,14%	9,48%	10,88
							%

Enf. Enfermedades C3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico

C18. síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Cabe destacar que para el total del EH del país, los EH por factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitario (Capítulo 21, propósitos especiales CIE-10) han ido en aumento desde 2019 a 2021, llegando a posicionarse como una de las principales causas de EH en 2021. (Tablas 1.4.2 - 1.4.5)

Considerando que el grueso de los EH corresponde a causas por embarazo, parto o puerperio, sobretudo en población migrante internacional, lo cual puede distorsionar algunos de los resultados observados al corresponder a un grupo específico de sexo y edad de la población, a continuación, se presentan las diversas estimaciones separadamente con y sin considerar EH por esta causa (Tabla 1.4.2).

Tabla 1.4.6 Egresos hospitalarios totales según condición migratoria (migrante - chileno), por región específica y para el total del país. Para el total de EH excluyendo egresos por embarazo, parto o puerperio. Chile 2019-2021

		Total país	R. Tarapacá	R. O'Higgins	R. Metropolitana
2019					
Extranjero	n	24.545	1.257	417	14.820
	%	1,76%	5,79%	0,64%	2,70%
Chileno	n	1.369.263	20.443	64.345	534.454
	%	98,24%	94,21%	99,36%	97,30%
2020					
Extranjero	n	22.804	1.319	430	13.850
	%	2,10%	6,80%	0,87%	3,13%
Chileno	n	1.064.013	18.081	48.859	428.562
	%	97,90%	93,20%	99,13%	98,87%
2021					
Extranjero	n	23.276	803	178	17.221
	%	1,99%	5,65%	0,34%	3,42%
Chileno	n	1.143.672	13.418	52.942	486.557
	%	98,01%	94,54%	99,66%	98,01%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Concretamente, para el total del país en el año 2021, el 47,21% de los EH correspondientes a pacientes extranjeros fueron a causa del embarazo, parto o puerperio, en chilenos para el mismo año dicho porcentaje fue del 13,82% (solo siendo superado por EH por enfermedades del aparato digestivo en chilenos). (Tabla 1.4.2)

De este modo, excluyendo EH por EPP (capítulo XV CIE-10), para 2019 un 1,76% del total de dichos EH correspondía a población migrante, un 2,10% en 2020 y un 1,99% en 2021. Siendo la región de Tarapacá la que presenta el mayor porcentaje de EH correspondiente a migrantes internacionales y la región de O'Higgins la que presenta el menor porcentaje (Tabla 1.4.6).

Coincidente con las causas de egresos, al distinguir por sexo tanto en migrantes como en locales y tanto para el total del país o por regiones específicas, predominan los EH correspondientes a pacientes mujeres, siendo mayor la brecha en EH correspondiente a extranjeros. Particularmente, en 2021 un 73,0% de los EH en extranjeros correspondió a pacientes mujeres versus el 22,2% correspondiente a hombres, repitiéndose un patrón similar en las regiones específicas de interés. En chilenos para el año 2021, un 56,3% de los EH correspondió a pacientes mujeres, mientras que el 43,7% a hombres, siendo similar para el resto de las regiones (a excepción de Tarapacá donde es 0.4 puntos porcentuales mayor el porcentaje de EH correspondientes a hombres). Para todas las regiones y años existe una dependencia estadísticamente significativa entre la condición migratoria (si-no) y el sexo, en todos los casos con un efecto pequeño o despreciable (Tabla 1.4.7).

Al analizar los EH sin considerar EH por embarazo, parto o puerperio, la distribución por sexo se equipara, llegando incluso a ser menor el porcentaje de mujeres el año 2020 y 2021 en alguna de las tres regiones de interés y a nivel nacional (tanto en extranjeros como chilenos). Al excluir estos egresos, solo para algunos años y regiones específicas se mantiene la dependencia entre sexo y condición migratoria, siempre en una magnitud despreciable acorde al coeficiente V de Cramer. De este modo, para 2021 en migrantes un 48,8% del total de EH sin considerar EH por embarazo, parto o puerperio correspondió a mujeres, en contraste con un 49,3% de chilenos en la misma situación (Tabla 1.4.8.).

Tabla 1.4.7 Sexo de los pacientes migrantes internacionales y chilenos egresados hospitalariamente, por región específica y para el total del país. Chile 2019-2021

		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019		**		**		**			
Sexo	Hombre	11.972	22,2%	541	18,7%	196	15,4%	7.068	21,9%
	Mujer	41.883	77,8%	2.348	81,3%	1.080	84,6%	25.218	78,1%
	Intersexo o desc.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2020		**		**				**	
Sexo	Hombre	11.462	22,8%	603	21,1%	277	22,6%	6.962	22,7%
	Mujer	38.845	77,2%	2.255	78,9%	950	77,4%	23.738	77,3%
	Intersexo	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
2021		**		**		**		**	
Sexo	Hombre	11.920	27,0%	429	25,1%	113	30,9%	8.546	25,9%
	Mujer	32.168	73,0%	1.281	74,9%	253	69,1%	24.478	74,1%
Chilenos									
2019									
Sexo	Hombre	680.123	42,2%	10.629	42,9%	32.323	42,1%	262.314	41,7%
	Mujer	933.194	57,8%	14.121	57,1%	44.493	57,9%	366.794	58,3%
	Otro	5	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
2020									
Sexo	Hombre	546.291	42,7%	9.606	43,7%	25.563	42,2%	217.706	42,7%
	Mujer	733.866	57,3%	12.380	56,3%	34.986	57,8%	292.291	57,3%
	Intersexo	12	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
2021									
Sexo	Hombre	579.504	43,7%	7.683	50,2%	27.189	43,2%	242.012	43,4%
	Mujer	747.553	56,3%	7.613	49,8%	35.758	56,8%	316.103	56,6%

**p-valor Test Chi² y Test exact de Fisher <0,05 (sexo vs condición migratoria).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.8 Sexo de los pacientes migrantes internacionales y chilenos egresados hospitalariamente, por región específica y para el total del país. Para el total de EH excluyendo egresos por embarazo, parto o puerperio. Chile 2019-2021

		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019		**		**				**	
Sexo	Hombre	11.972	48,8%	541	43,0%	196	47,0%	7.068	47,7%
	Mujer	12.571	51,2%	716	57,0%	221	53,0%	7.751	52,3%
	Intersexo o desc.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2020		**		**				**	
Sexo	Hombre	11.462	50,3%	603	45,7%	277	57,7%	6.962	50,3%
	Mujer	11.341	49,7%	716	54,3%	203	42,3%	6.887	49,7%
	Intersexo	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
2021				**		**			
Sexo	Hombre	11.920	51,2%	429	53,4%	113	63,5%	8.546	49,6%
	Mujer	11.356	48,8%	374	46,6%	65	36,5%	8.675	50,4%
Chilenos									
2019									
Sexo	Hombre	680.123	49,7%	10.629	52,0%	32.323	50,2%	262.314	49,1%
	Mujer	689.137	50,3%	9.814	48,0%	32.022	49,8%	272.139	50,9%
	Otro	5	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
2020									
Sexo	Hombre	546.291	51,3%	9.606	53,1%	25.563	52,3%	217.706	50,8%
	Mujer	517.710	48,7%	8.475	46,9%	23.296	47,7%	210.854	49,2%
	Intersexo	12	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
2021									
Sexo	Hombre	579.504	50,7%	7.683	57,3%	27.189	51,4%	242.012	49,7%
	Mujer	564.168	49,3%	5.735	42,7%	25.753	48,6%	244.545	50,3%

**p-valor Test Chi² y Test exact de Fisher <0,05 (sexo vs condición migratoria).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.9 Tramos de edad de los pacientes migrantes internacionales y chilenos egresados hospitalariamente, por región específica y para el total del país. Chile 2019-2021

		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019									
Edad	0-19	5.112	9,5%	338	11,7%	112	8,8%	2.944	9,1%
	20-39	37.028	68,8%	2.061	71,3%	987	77,4%	21.950	68,0%
	40 - 59	7.996	14,8%	394	13,6%	125	9,8%	5.027	15,6%
	60 o más	3.722	6,9%	96	3,3%	52	4,1%	2.366	7,3%
2020									
Edad	0-19	3.461	6,9%	303	10,6%	66	5,6%	1.840	6,0%
	20-39	35.354	70,3%	1.970	68,9%	899	76,4%	21.452	69,9%
	40 - 59	8.403	16,7%	497	17,4%	148	12,6%	5.362	17,5%
	60 o más	3.090	6,1%	88	3,1%	64	5,4%	2.047	6,7%
2021									
Edad	0-19	2.853	6,5%	134	33,1%	21	5,7%	1.957	5,9%
	20-39	30.195	68,5%	1	0,3%	309	84,4%	22.305	67,5%
	40 - 59	8.452	19,2%	237	58,6%	29	7,9%	6.699	20,3%
	60 o más	2.588	5,9%	32	7,9%	7	1,9%	2.063	6,2%
Chilenos									
2019									
Edad	0-19	300.204	18,6%	4.946	20,0%	13.959	18,2%	121.663	19,3%
	20-39	467.410	29,0%	8.365	33,8%	22.056	28,7%	189.592	30,1%
	40 - 59	359.715	22,3%	5.511	22,3%	17.545	22,8%	140.702	22,4%
	60 o más	485.992	30,1%	5.928	24,0%	23.256	30,3%	177.151	28,2%
2020									
Edad	0-19	187.162	14,6%	3.477	15,8%	9	15,0%	74.176	14,5%
	20-39	400.101	31,3%	7.679	34,9%	20	32,3%	161.531	31,7%
	40 - 59	297.757	23,3%	5.088	23,1%	14	22,4%	121.970	23,9%
	60 o más	395.149	30,9%	5.742	26,1%	18	30,4%	152.322	29,9%
2021									
Edad	0-19	180.832	13,6%	2.250	14,7%	8.059	12,8%	79.061	14,2%
	20-39	396.036	29,8%	4.459	29,2%	19.453	30,9%	168.980	30,3%
	40 - 59	339.326	25,6%	4.316	28,2%	15.998	25,4%	143.375	25,7%
	60 o más	410.863	31,0%	4.271	27,9%	19.437	30,9%	166.699	29,9%

1 EH con edad ignorada en el total de Chile y la región metropolitana para chilenos

**p-valor Test Chi² y Test exacto de Fisher <0,05 (edad vs condición migratoria)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.10 Tramos de edad de los pacientes migrantes internacionales y chilenos egresados hospitalariamente, por región específica y para el total del país. Para el total de EH excluyendo egresos por embarazo, parto o puerperio. Chile 2019-2021

		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019		**		**		**		**	
Edad	0-19	3.927	16,0%	221	17,6%	85	20,4%	2.370	16,0%
	20-39	10.180	41,5%	606	48,2%	185	44,4%	5.877	39,7%
	40 - 59	6.717	27,4%	334	26,6%	95	22,8%	4.207	28,4%
	60 o más	3.722	15,2%	96	7,6%	52	12,5%	2.366	16,0%
2020		**		**		**		**	
Edad	0-19	2.465	10,8%	184	13,9%	46	10,7%	1.369	9,9%
	20-39	10.203	44,7%	620	47,0%	210	48,8%	5.979	43,2%
	40 - 59	7.046	30,9%	427	32,4%	110	25,6%	4.455	32,2%
	60 o más	3.090	13,6%	88	6,7%	64	14,9%	2.047	14,8%
2021		**		**		**		**	
Edad	0-19	2.204	9,5%	119	14,8%	21	11,8%	1.477	8,6%
	20-39	11.105	47,7%	456	56,8%	122	68,5%	7.862	45,7%
	40 - 59	7.379	31,7%	196	24,4%	28	15,7%	5.819	33,8%
	60 o más	2.588	11,1%	32	4,0%	7	3,9%	2.063	12,0%
Chilenos									
2019									
Edad	0-19	285.254	20,8%	4.627	22,6%	13.164	20,5%	116.943	21,9%
	20-39	251.871	18,4%	4.572	22,4%	11.017	17,1%	105.338	19,7%
	40 - 59	346.150	25,3%	5.316	26,0%	16.909	26,3%	135.021	25,3%
	60 o más	485.989	35,5%	5.928	29,0%	23.255	36,1%	177.151	33,1%
2020									
Edad	0-19	175.614	16,5%	3.244	17,9%	8.407	17,2%	70.570	16,5%
	20-39	207.488	19,5%	4.178	23,1%	9.120	18,7%	88.497	20,6%
	40 - 59	285.762	26,9%	4.917	27,2%	12.950	26,5%	117.173	27,3%
	60 o más	395.149	37,1%	5.742	31,8%	18.382	37,6%	152.322	35,5%
2021									
Edad	0-19	172.984	15,1%	2.104	15,7%	7.679	14,5%	76.533	15,7%
	20-39	231.440	20,2%	2.827	21,1%	10.366	19,6%	104.646	21,5%
	40 - 59	328.386	28,7%	4.216	31,4%	15.460	29,2%	138.680	28,5%
	60 o más	410.862	35,9%	4.271	31,8%	19.437	36,7%	166.698	34,3%

1 EH con edad ignorada en el total de Chile y la región metropolitana para chilenos

**p-valor Test Chi² y Test exacto de Fisher <0,05 (edad vs condición migratoria).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Análogamente, para el total de EH predominan los EH correspondientes a pacientes entre los tramos de 20 y 39 años de edad. Concretamente, para el año 2021 un 68,5% del total de EH en extranjeros correspondía a pacientes entre los 20 y 39 años, mientras que en chilenos este porcentaje fue del 29,8%. Al comparar entre chilenos y migrantes, destacan un mayor porcentaje de EH en los tramos de 19 años o menos y de 60 años o más en chilenos en comparación con extranjeros. Todo lo anterior se repite para regiones específicas, pero en diferentes magnitudes (Tabla 1.4.9). Al descartar los egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio, se mantienen los patrones anteriores, sin embargo, en el caso de los EH en migrantes internacionales se acorta la brecha entre los EH en pacientes de 20 a 39 años y pacientes de 40 a 59 años (Tabla 1.4.10). Para el total país, todas las regiones específicas y años, se encontró una dependencia entre condición de migrante y tramos de edad, en todos los casos con una fuerza de asociación de leve a moderada. (Tablas 1.4.9 -1.4.10)

Previsión de salud

Por otra parte, por previsión de salud, para el total país y para cada una de las regiones de interés del estudio, se observa que el 2019 la mayoría de los EH correspondió a pacientes pertenecientes a Fonasa (sistema público), seguido de Isapres (privado), con variaciones de los porcentajes que no superan los 10 puntos porcentuales al eliminar capítulo de embarazo, parto y puerperio. Al comparar entre chilenos y extranjeros, la principal diferencia se observa para aquellos EH correspondiente a pacientes sin previsión de salud, aunque se observa una disminución a través de los años (Tabla 1.4.11 - 1.4.12). Concretamente, del total de EH en extranjeros en 2019 el 7,79% (n=4.228) correspondía a pacientes sin previsión de salud, en 2020 el 6,9% (n=3.494) de los EH en extranjeros correspondían a personas sin previsión de salud, mientras que en 2021 este porcentaje fue un 4,4% (n=1.922); al excluir EH por embarazo parto o puerperio, este porcentaje aumenta pasando a ser un 13,3% (n=3.262) en 2019, 11,2% (n=2.560) en 2020 y 6,8% (n=1.578) en 2021. Al distinguir por regiones específicas, Tarapacá es la que presenta el mayor porcentaje de EH en migrantes sin previsión de salud, llegando a un 34,6% en 2021 al excluir EH por embarazo parto o puerperio. En contraste, en chilenos el porcentaje de EH sin previsión de salud varía entre los y 8,5% según año y región.

Tabla 1.4.11 Sistema previsional de salud de los pacientes migrantes internacionales y chilenos egresados hospitalariamente, por región específica y para el total del país. Chile 2019-2021

Previsión de salud		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019	Desconocida	1.108	2,1%	21	0,7%	32	2,5%	313	1,0%
	Fonasa	42.135	78,2%	2.357	81,6%	1.041	81,6%	24.958	77,3%
	Isapre	5.814	10,8%	18	0,6%	65	5,1%	4.598	14,2%
	Ninguna	4.228	7,9%	491	17,0%	63	4,9%	2.117	6,6%
	Otro	573	1,1%	2	0,1%	75	5,9%	301	0,9%
2020	Desconocida	849	1,7%	25	0,9%	38	3,2%	314	1,0%
	Fonasa	41.281	82,1%	2.278	79,7%	1.025	87,1%	24.813	80,8%
	Isapre	4.464	8,9%	17	0,6%	33	2,8%	3.731	12,2%
	Ninguna	3.494	6,9%	536	18,8%	38	3,2%	1.758	5,7%
	Otro	220	0,4%	2	0,1%	43	3,7%	85	0,3%
2021	Desconocida	194	0,4%	-	0,0%	17	4,6%	120	0,4%
	Fonasa	38.120	86,5%	1.382	80,8%	331	90,4%	27.906	84,5%
	Isapre	3.812	8,6%	-	0,0%	3	0,8%	3.670	11,1%
	Ninguna	1.922	4,4%	328	19,2%	9	2,5%	1.301	3,9%
	Otro	40	0,1%	-	0,0%	6	1,6%	27	0,1%
Chilenos									
2019	Desconocida	18.820	1,2%	1.334	5,4%	1.631	2,1%	3.544	0,6%
	Fonasa	1.163.255	72,1%	16.944	68,5%	60.868	79,2%	376.960	59,9%
	Isapre	335.104	20,8%	3.830	15,5%	11.851	15,4%	207.578	33,0%
	Ninguna	24.666	1,5%	1.485	6,0%	524	0,7%	9.968	1,6%
	Otro	71.477	4,4%	1.157	4,7%	1.942	2,5%	31.059	4,9%
2020	Desconocida	16.749	1,3%	1.284	5,8%	1.024	1,7%	3.601	0,7%
	Fonasa	944.962	73,8%	15.025	68,3%	49.377	81,5%	318.172	62,4%
	Isapre	253.137	19,8%	3.065	13,9%	8.315	13,7%	160.408	31,5%
	Ninguna	19.781	1,5%	1.580	7,2%	391	0,6%	7.940	1,6%
	Otro	45.540	3,6%	1.032	4,7%	1.442	2,4%	19.878	3,9%
2021	Desconocida	16.742	1,3%	616	4,0%	770	1,2%	5.366	1,0%
	Fonasa	993.551	74,9%	11.973	78,3%	53.611	85,2%	345.285	61,9%
	Isapre	276.712	20,9%	1.676	11,0%	8.069	12,8%	186.287	33,4%
	Ninguna	12.603	0,9%	881	5,8%	67	0,1%	5.438	1,0%
	Otro	27.449	2,1%	150	1,0%	430	0,7%	15.739	2,8%

Para todos los años y regiones, p-valor Test Chi² <0,05 (previsión de salud vs condición migratoria).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.12 Sistema previsional de salud de los pacientes migrantes internacionales y chilenos egresados hospitalariamente, por región específica y para el total del país. Para el total de EH excluyendo egresos por embarazo, parto o puerperio. Chile 2019-2021

Previsión de salud		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019	Desconocida	786	3,2%	10	0,8%	13	3,1%	242	1,6%
	Fonasa	15.533	63,3%	868	69,1%	277	66,4%	9.142	61,7%
	Isapre	4.520	18,4%	18	1,4%	50	12,0%	3.546	23,9%
	Ninguna	3.262	13,3%	360	28,6%	28	6,7%	1.641	11,1%
	Otro	445	1,8%	1	0,1%	49	11,8%	249	1,7%
2020	Desconocida	611	2,7%	16	1,2%	28	6,5%	243	1,8%
	Fonasa	16.224	71,1%	912	69,1%	334	77,7%	9.471	68,4%
	Isapre	3.252	14,3%	10	0,8%	18	4,2%	2.760	19,9%
	Ninguna	2.560	11,2%	380	28,8%	24	5,6%	1.310	9,5%
	Otro	157	0,7%	1	0,1%	26	6,0%	66	0,5%
2021	Desconocida	176	0,8%	-	0,0%	15	8,4%	105	0,6%
	Fonasa	18.433	79,2%	525	65,4%	147	82,6%	13.145	76,3%
	Isapre	3.049	13,1%	-	0,0%	2	1,1%	2.912	16,9%
	Ninguna	1.578	6,8%	278	34,6%	8	4,5%	1.032	6,0%
	Otro	40	0,2%	-	0,0%	6	3,4%	27	0,2%
Chilenos									
2019	Desconocida	18.051	1,3%	1.194	5,8%	1.599	2,5%	3.432	0,6%
	Fonasa	963.333	70,4%	13.408	65,6%	49.786	77,4%	309.831	58,0%
	Isapre	296.439	21,6%	3.312	16,2%	10.627	16,5%	181.952	34,0%
	Ninguna	23.718	1,7%	1.438	7,0%	484	0,8%	9.621	1,8%
	Otro	67.724	4,9%	1.091	5,3%	1.849	2,9%	29.618	5,5%
2020	Desconocida	15.857	1,5%	1.161	6,4%	1.007	2,1%	3.453	0,8%
	Fonasa	768.461	72,2%	11.784	65,2%	38.999	79,8%	261.110	60,9%
	Isapre	218.011	20,5%	2.613	14,5%	7.117	14,6%	137.624	32,1%
	Ninguna	18.947	1,8%	1.530	8,5%	378	0,8%	7.588	1,8%
	Otro	42.737	4,0%	993	5,5%	1.358	2,8%	18.787	4,4%
2021	Desconocida	16.121	1,4%	553	4,1%	762	1,4%	5.121	1,1%
	Fonasa	843.092	73,7%	10.351	77,1%	44.590	84,2%	296.934	61,0%
	Isapre	245.486	21,5%	1.559	11,6%	7.099	13,4%	163.964	33,7%
	Ninguna	12.266	1,1%	807	6,0%	67	0,1%	5.288	1,1%
	Otro	26.707	2,3%	148	1,1%	424	0,8%	15.250	3,1%

Para todos los años y regiones, p-valor Test Chi² <0,05 (previsión de salud vs condición migratoria).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio (Capítulo XV CIE-10) en población general

Del total de EH por embarazo, parto o puerperio en 2019 el 10,72% correspondía a mujeres migrantes internacionales, en 2020 y 2021 estos porcentajes correspondieron a un 11,29% y 10,19% respectivamente. Por regiones específicas en la región de Tarapacá en 2019 un 27,48% del total de EH de la región por embarazo parto o puerperio fue en migrantes internacionales (28,27% en 2020 y 32,57% en 2021); en la región de O'Higgins en 2019 un 6,44% del total de EH de la región por embarazo parto o puerperio fue en migrantes internacionales (6,01% en 2020 y 1,84% en 2021); y en la región Metropolitana en 2019 un 15,58% del total de EH de la región por embarazo parto o puerperio fue en migrantes internacionales (17,14% en 2020 y 18,09% en 2021). En todos los casos, se ha observado además un descenso progresivo de los EH por embarazo, partos o puerperio en Chile, para todas las regiones y grupos poblacionales de estudio. Al comparar con EH en población local, el porcentaje de EH por embarazo, parto o puerperio es menor que en migrantes internacionales. **Entre todas las regiones, destaca Tarapacá, donde los egresos por esta causa entre mujeres migrantes superan el 50% del total de EH en migrantes de la región.**

Por otra parte, en mujeres migrantes los EH por embarazo, parto o puerperio se centraban principalmente en el tramo entre los 20 y 39 años, abarcando aproximadamente el 92% de los EH por esta causa para todos los años observados. Para las distintas regiones de interés, **Tarapacá destaca por ser la que presenta el mayor porcentaje de EH por embarazo, parto o puerperio en mujeres de 19 años o menos, sobre todo para los años 2019 y 2020 donde dicho porcentaje alcanzó un 7,2% y 7,7%, respectivamente** (en 2021 fue de un 1,65%).

Previsión de salud: En la misma línea, según previsión de salud, alrededor del 91% de los EH por embarazo parto o puerperio fueron en pacientes con Fonasa, para 2019 y

2020 cerca del 3% de los EH por esta causa en migrantes correspondían a pacientes sin previsión de salud, disminuyendo a un 1,65% en (Tabla 1.4.13)

Tabla 1.4.13 Sistema previsional de salud y edad de las pacientes migrantes internacionales egresados hospitalariamente por embarazo, parto o puerperio. Por región específica y para el total del país, Chile 2019-2021

		2019		2020		2021	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Edad	0-19	1185	4,04% **	996	3,62% **	649	3,12% **
	20-39	26848	91,59%	25151	91,44%	19090	91,73%
	40 - 59	1279	4,36%	1357	4,93%	1073	5,16%
Previsión de salud	Desconocida	322	1,10% **	238	0,87% **	18	0,09% **
	Fonasa	26602	90,75%	25057	91,10%	19687	94,59%
	Isapre	1294	4,41%	1212	4,41%	763	3,67%
	Ninguna	966	3,30%	934	3,40%	344	1,65%
	Otro	128	0,44%	63	0,23%	0	0,00%
R. Tarapacá							
Edad	0-19	117	7,17%	119	7,73%	15	1,65% **
	20-39	1455	89,15%	1350	87,72%	851	93,83%
	40 - 59	60	3,68%	70	4,55%	41	4,52%
Previsión de salud	Desconocida	11	0,67% **	9	0,58% **	0	0,00% **
	Fonasa	1489	91,24%	1366	88,76%	857	94,49%
	Isapre	0	0,00%	7	0,45%	0	0,00%
	Ninguna	131	8,03%	156	10,14%	50	5,51%
	Otro	1	0,06%	1	0,06%	0	0,00%
R. O'Higgins							
Edad	0-19	27	3,14% **	20	2,68% **	0	0,00% **
	20-39	802	93,36%	689	92,24%	187	99,47%
	40 - 59	30	3,49%	38	5,09%	1	0,53%
Previsión de salud	Desconocida	19	2,21% **	10	1,34% **	2	1,06% **
	Fonasa	764	88,94%	691	92,50%	184	97,87%
	Isapre	15	1,75%	15	2,01%	1	0,53%
	Ninguna	35	4,07%	14	1,87%	1	0,53%
	Otro	26	3,03%	17	2,28%	0	0,00%
R. Metropolitana							
Edad	0-19	574	3,29% **	471	2,80% **	480	3,04% **
	20-39	16073	92,02%	15473	91,82%	14443	91,39%
	40 - 59	820	4,69%	907	5,38%	880	5,57%
Previsión de salud	Desconocida	71	0,41% **	71	0,42% **	15	0,09% **
	Fonasa	15816	90,55%	15342	91,05%	14761	93,41%
	Isapre	1052	6,02%	971	5,76%	758	4,80%

Ninguna	476	2,73%	448	2,66%	269	1,70%
Otro	52	0,30%	19	0,11%	0	0,00%

**p-valor Test Chi² <0,05 (previsión de salud vs condición migratoria) (tramo de edad vs condición migratoria).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de

Salud de Chile

Tabla 1.4.14 Sistema previsional de salud y edad de las pacientes chilenas egresados hospitalariamente por embarazo, parto o puerperio. Por región específica y para el total del país, Chile 2019-2021

		2019		2020		2021	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Edad	0-19	14950	6,13% **	11548	5,34% **	7848	4,52% **
	20-39	215539	88,32%	192613	89,11%	164596	94,85%
	40 - 59	13565	5,56%	11995	5,55%	1094	0,63%
Previsión de salud	Desconocida	769	0,32% **	892	0,41% **	621	0,34% **
	Fonasa	199922	81,92%	176501	81,65%	150459	82,05%
	Isapre	38665	15,84%	35126	16,25%	31226	17,03%
	Ninguna	948	0,39%	834	0,39%	337	0,18%
	Otro	3753	1,54%	2803	1,30%	742	0,40%
R. Tarapacá							
Edad	0-19	319	7,41%	233	5,97%	146	7,77% **
	20-39	3793	88,07%	3501	89,65%	1632	86,90%
	40 - 59	195	4,53%	171	4,38%	100	5,32%
Previsión de salud	Desconocida	140	3,25% **	123	3,15% **	63	3,35% **
	Fonasa	3536	82,10%	3241	83,00%	1622	86,37%
	Isapre	518	12,03%	452	11,57%	117	6,23%
	Ninguna	47	1,09%	50	1,28%	74	3,94%
	Otro	66	1,53%	39	1,00%	2	0,11%
R. O'Higgins							
Edad	0-19	795	6,38% **	670	5,73% **	380	3,80% **
	20-39	11039	88,52%	10408	89,03%	9087	90,82%
	40 - 59	636	5,10%	612	5,24%	538	5,38%
Previsión de salud	Desconocida	32	0,26% **	17	0,15% **	8	0,08% **
	Fonasa	11082	88,86%	10378	88,78%	9021	90,16%
	Isapre	1224	9,81%	1198	10,25%	970	9,70%
	Ninguna	40	0,32%	13	0,11%	0	0,00%
	Otro	93	0,75%	84	0,72%	6	0,06%
R. Metropolitana							
Edad	0-19	4720	4,99% **	3606	4,43% **	2528	3,53% **
	20-39	84254	89,01%	73034	89,68%	64334	89,91%
	40 - 59	5681	6,00%	4797	5,89%	4695	6,56%
Previsión de salud	Desconocida	112	0,12% **	148	0,18% **	245	0,34% **
	Fonasa	67129	70,92%	57062	70,07%	48351	67,57%

Isapre	25626	27,07%	22784	27,98%	22323	31,20%
Ninguna	347	0,37%	352	0,43%	150	0,21%
Otro	1441	1,52%	1091	1,34%	489	0,68%

**p-valor Test Chi² <0,05 (previsión de salud vs condición migratoria) (tramo de edad vs condición migratoria).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

En cuanto al diagnóstico específico dentro del capítulo embarazo, parto o puerperio, para el total de EH del país se evidencia que las migrantes egresan en mayor proporción por parto (al igual que las chilenas), siendo similares las distribuciones de motivos de egresos entre locales y migrantes. (Tabla 1.4.15)

Tabla 1.4.15 Sistema previsional de salud y edad de los pacientes migrantes internacionales y chilenas egresadas hospitalariamente por embarazo, parto o puerperio. Chile 2019-2021

	2019**		2020**		2021**	
	n	%	n	%	n	%
Extranjeras						
Embarazo que termina en aborto	2573	8,8%	2.285	8,3%	1.922	9,2%
Edema, proteinuria e hipertensión en el embarazo, el parto y el puerperio	846	2,9%	742	2,7%	640	3,1%
Otras enfermedades de la madre que pueden afectar al feto	1843	6,3%	1.720	6,3%	1.254	6,0%
Complicaciones del embarazo que requieren una atención a la madre	3.933	13,4%	3.613	13,1%	2.728	13,1%
Complicaciones del embarazo y el parto	4.313	14,7%	4.195	15,3%	3.935	18,9%
Parto	14.606	49,8%	13.901	50,5%	9.444	45,4%
Enfermedades postparto	300	1,0%	236	0,9%	128	0,6%
Otras enfermedades	898	3,1%	812	3,0%	761	3,7%
Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Chilenas						
Embarazo que termina en aborto	22.239	9,1%	17.986	8,3%	17.425	9,5%
Edema, proteinuria e hipertensión en el embarazo, el parto y el puerperio	8.625	3,5%	7.132	3,3%	6.425	3,5%
Otras enfermedades de la madre que pueden afectar al feto	19.444	8,0%	15.452	7,1%	14.033	7,7%
Complicaciones del embarazo que requieren una atención a la madre	39.268	16,1%	32.402	15,0%	27.992	15,3%
Complicaciones del embarazo y el parto	28.654	11,7%	25.015	11,6%	23.064	12,6%
Parto	115.114	47,2%	110.009	50,9%	86.243	47,0%
Enfermedades postparto	2.097	0,9%	1.675	0,8%	1.173	0,6%
Otras enfermedades	8.615	3,5%	6.481	3,0%	7.025	3,8%

Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio	1	0,0%	4	0,0%	5	0,0%
--	---	------	---	------	---	------

**p-valor Test Chi² <0,05 (diagnostico embarazo, parto o puerperio vs condición migratoria)

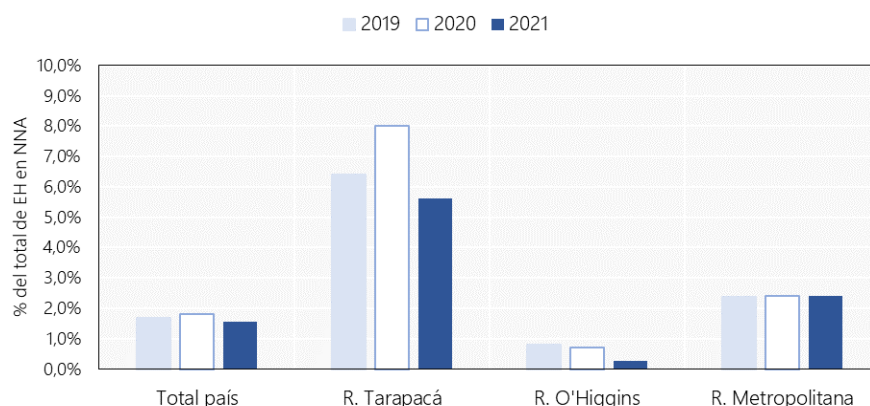
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

2.4.1.2 Egresos Hospitalarios Niños, niñas y adolescentes

Específicamente en NNA (es decir, filtrando la base de datos para quedar solo con los datos correspondientes a pacientes de 0 a 19 años), se observó que del total de 305.316 EH en NNA en el año el 1,67% (n=5.112) correspondía a NNA migrantes internacionales, en 2020 de 190.623 EH el 1,38% (n=3.461) correspondió a migrantes y en 2021 de los 183.685 EH en NNA del país el 1.26% (n=2.853) correspondió a NNA migrantes internacionales. **Por regiones específicas, la región de Tarapacá fue la que presentó el mayor porcentaje de EH en NNA correspondiente a migrantes, con porcentajes entre el 5,62% y 8,02% entre 2019 y 2020**, en las otras regiones no superaban el 2,5% (Figura 1.4.1)

Figura 1.4.1 Egresos hospitalarios en pacientes migrantes internacionales y chilenos de 19 años o menos (NNA). Total, del país y por regiones específicas, Chile 2019-2021

Porcentaje de egresos hospitalarios en niños, niñas y adolescentes correspondientes a migrantes internacionales

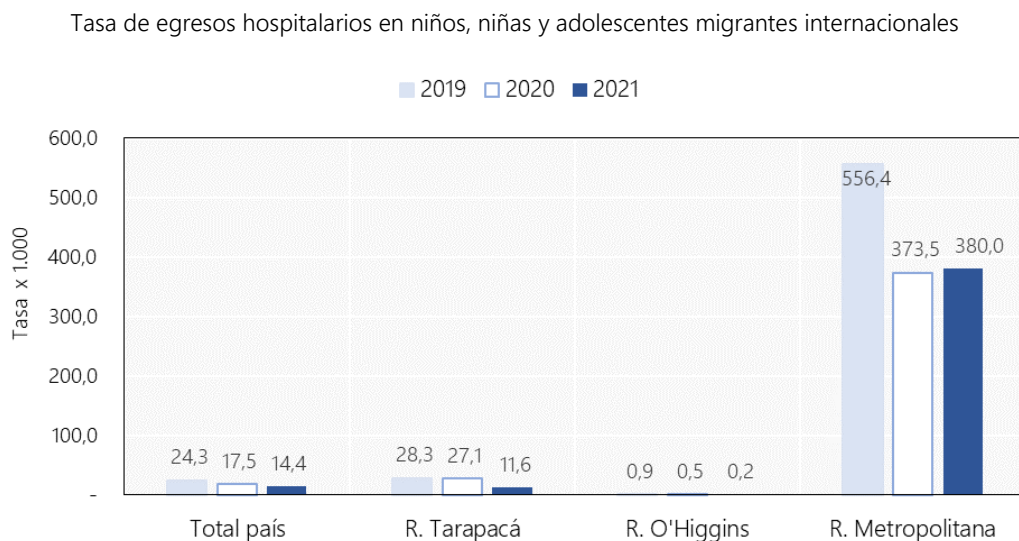


		Total país	R. Tarapacá	R. O'Higgins	R. Metropolitana
2019					
Migrante	n	5.112	338	112	2.944
	%	1,67%	6,40%	0,80%	2,36%
Chileno	n	300.204	4.946	13.959	121.663
	%	98,33%	93,60%	99,20%	97,64%
2020					
Migrante	n	3.461	303	66	1.840
	%	1,82%	8,02%	0,72%	2,42%
Chileno	n	187.162	3.477	9.077	74.176
	%	98,18%	91,98%	99,28%	97,58%

2021					
Migrante	n	2.853	134	21	1.957
	%	1,55%	5,62%	0,26%	2,42%
Chileno	n	180.832	2.250	8.059	79.061
	%	98,45%	94,38%	99,74%	97,58%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Figura 1.4.2 Tasa de egresos hospitalarios en pacientes migrantes internacionales de 19 años o menos (NNA). Total, del país y por regiones específicas, Chile 2019-2021



Tasa por cada 1.000 EH en NNA (EH en NNA extranjeros x 1.000 / población NNA extranjera residente habitual)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile y estimaciones de población extranjera CENSO 2019-2021

Tabla 1.4.16 Egresos hospitalarios en pacientes migrantes internacionales y chilenos de 19 años o menos (NNA), excluyendo egresos por embarazo, parto o puerperio. Chile 2019-2021

		Total país	R. Tarapacá	R. O'Higgins	R. Metropolitana
2019					
Extranjero	n	3.927	221	85	2.370
	%	1,36%	4,56%	0,64%	16,56%
Chileno	n	285.254	4.627	13.164	11.943
	%	98,64%	95,44%	99,36%	83,44%
2020					
Extranjero	n	2.465	184	46	1.369
	%	1,38%	5,37%	0,54%	1,90%
Chileno	n	175.614	3.244	8.407	70.570
	%	98,62%	94,63%	99,46%	98,10%
2021					
Extranjero	n	2.204	119	21	1.477
	%	1,26%	5,35%	0,27%	1,89%
Chileno	n	172.984	2.104	7.679	76.533
	%	98,74%	94,65%	99,73%	98,11%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

A nivel de tasas es la región Metropolitana la que presenta la mayor tasa de EH en NNA por cantidad de población NNA, incluso por sobre el total nacional (Figura 1.4.2). Por otra parte, al excluir EH por embarazo, parto o puerperio el porcentaje de EH en NNA correspondiente a migrantes internacionales disminuye en la mayoría de los casos (Tabla 1.4.16).

Causas de egresos hospitalarios: Según causas de EH codificadas por capítulos del CIE-10, en NNA migrantes internacionales **las principales causas fueron: embarazo, parto o puerperio** (abarcando entre un 23%-28% del total de EH en NNA entre 2019 y 2021), seguida de **lesiones traumáticas, envenenamiento y otras causas externas** (entre un 13%-19% del total de EH en NNA migrantes) **y enfermedades del sistema digestivo o enfermedades del sistema respiratorio**. Análogamente, en NNA chilenos las principales causas de EH correspondieron a enfermedades originadas en el periodo

perinatal, seguido de lesiones traumáticas, envenenamiento y otras causas externas y enfermedades del sistema digestivo o enfermedades del sistema respiratorio. Por regiones específicas se mantienen patrones similares, destacándose la aparición de los trastornos mentales, del comportamiento y desarrollo neurológico en NNA migrantes como una de las principales causas de EH en la región de Tarapacá (años 2020 y 2021) (Tablas 1.4.17 - 1.4.20). Adicionalmente se destaca que en el caso específico del embarazo adolescentes (10-19 años) en la región de Tarapacá el porcentaje llega al 7,94% del total de EH en inmigrantes de la región (año 2019), dos puntos porcentuales sobre la media nacional, y aunque baja marcadamente entre 2020 y 2021 siempre se mantiene sobre la media nacional (Tabla 1.4.2).

Tabla 1.4.17 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y chilenos según diagnóstico principal de egreso (Codificación capítulos CIE-10). Chile 2019-2021

		Extranjero			Chileno		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
C1. Enf. Infecciosas y parasitarias	n	230	118	89	14.627	7.132	6.524
	%	4,50%	3,41%	3,12%	5,10%	3,81%	3,67%
C2. Tumores (Neoplasias)	n	158	183	127	8.655	7.071	7.066
	%	3,09%	5,29%	4,45%	3,02%	3,78%	3,98%
C3. Enf. De la sangre	n	83	63	45	3.240	2.220	2.161
	%	1,62%	1,82%	1,58%	1,13%	1,19%	1,22%
C4 Enf. Endocrina nutricional y metabólicas	n	50	40	40	4.602	3.271	365
	%	0,98%	1,16%	1,40%	1,60%	1,75%	0,21%
C5. Trastornos mentales, del comportamiento y desarrollo neurológico	n	91	84	102	8.553	6.372	7.855
	%	1,78%	2,43%	3,58%	2,98%	3,40%	4,42%
C6. Enf. Del Sistema nervioso	n	381	105	97	9.191	5.754	5.390
	%	7,45%	3,03%	3,40%	3,21%	3,07%	3,04%
C7. Enf. del ojo y sus anexos	n	21	22	5	1.198	748	728
	%	0,41%	0,64%	0,18%	0,42%	0,40%	0,41%
C8. Enf. Del oído y apófisis mastoides	n	22	8	6	2.014	824	754
	%	0,43%	0,23%	0,21%	0,70%	0,44%	0,42%
C9. Enf. Del aparato circulatorio	n	45	37	29	2.680	2.053	1.726
	%	0,88%	1,07%	1,02%	0,93%	1,10%	0,97%
C10. Enf. Del aparato respiratorio	n	700	186	196	67.527	14.491	18.242
	%	13,69%	5,37%	6,87%	23,55%	7,74%	10,27%
C11. Enf. Del aparato digestivo	n	468	402	334	29.629	24.006	22.185
	%	9,15%	11,62%	11,71%	10,33%	12,83%	12,50%
C12. Enf. De la piel y tejido subcutáneo	n	104	59	45	5.306	3.544	2.970
	%	2,03%	1,70%	1,58%	1,85%	1,89%	1,67%
C13. Enf del aparato musculo esquelético y tejido conectivo	n	92	69	48	7.743	4.528	4.854
	%	1,80%	1,99%	1,68%	2,70%	2,42%	2,73%
C14. Enf del aparato genitourinario	n	204	171	119	19.763	15.062	15.736
	%	3,99%	4,94%	4,17%	6,89%	8,05%	8,86%
C15. Embarazo, parto y puerperio	n	1.185	996	649	1.495	11.548	7.848
	%	23,18%	28,78%	22,75%	0,52%	6,17%	4,42%
C16. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	n	107	85	112	37.032	32.194	26.619
	%	2,09%	2,46%	3,93%	12,91%	17,20%	14,99%
C17. Malformación congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas	n	187	101	105	15.518	10.017	10.992
	%	3,66%	2,92%	3,68%	5,41%	5,35%	6,19%
C18. No clasificados	n	169	85	74	9.003	5.603	4.803
	%	3,31%	2,46%	2,59%	3,14%	2,99%	2,71%
C19. Lesiones traumáticas, Envenenamiento y otras de causa externa	n	683	499	535	30.552	23.512	23.449
	%	13,36%	14,42%	18,75%	10,65%	12,56%	13,21%
C21. Propósitos especiales	n	132	148	96	8.421	7.212	7.280
	%	2,58%	4,28%	3,36%	2,94%	3,85%	4,10%

Enf. Enfermedades C3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico

C18. síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.18 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y chilenos según diagnostico principal de egreso (Codificación capítulos CIE-10). Región de Tarapacá 2019-2021

		Extranjero			Chileno		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
C1. Enf. Infecciosas y parasitarias	n	15	16	7	359	177	161
	%	4,44%	5,28%	5,22%	7,26%	5,09%	7,16%
C2. Tumores (Neoplasias)	n	5	9	5	101	72	55
	%	1,48%	2,97%	3,73%	2,04%	2,07%	2,44%
C3. Enf. De la sangre	n	9	12	0	40	20	40
	%	2,66%	3,96%	0,00%	0,81%	0,58%	1,78%
C4 Enf. Endocrina nutricional y metabólicas	n	0	3	0	52	57	39
	%	0,00%	0,99%	0,00%	1,05%	1,64%	1,73%
C5. Trastornos mentales, del comportamiento y desarrollo neurológico	n	19	19	11	240	207	189
	%	5,62%	6,27%	8,21%	4,85%	5,95%	8,40%
C6. Enf. Del Sistema nervioso	n	5	9	0	92	70	51
	%	1,48%	2,97%	0,00%	1,86%	2,01%	2,27%
C7. Enf. del ojo y sus anexos	n	1	4	0	21	14	10
	%	0,30%	1,32%	0,00%	0,42%	0,40%	0,44%
C8. Enf. Del oído y apófisis mastoides	n	1	0	0	22	7	5
	%	0,30%	0,00%	0,00%	0,44%	0,20%	0,22%
C9. Enf. Del aparato circulatorio	n	5	3	1	73	38	28
	%	1,48%	0,99%	0,75%	1,48%	1,09%	1,24%
C10. Enf. Del aparato respiratorio	n	39	17	7	879	309	192
	%	11,54%	5,61%	5,22%	17,77%	8,89%	8,53%
C11. Enf. Del aparato digestivo	n	28	20	24	496	476	280
	%	8,28%	6,60%	17,91%	10,03%	13,69%	12,44%
C12. Enf. De la piel y tejido subcutáneo	n	4	3	6	124	91	43
	%	1,18%	0,99%	4,48%	2,51%	2,62%	1,91%
C13. Enf del aparato musculo esquelético y tejido conectivo	n	6	4	1	113	77	60
	%	1,78%	1,32%	0,75%	2,28%	2,21%	2,67%
C14. Enf del aparato genitourinario	n	14	10	4	301	363	147
	%	4,14%	3,30%	2,99%	6,09%	10,44%	6,53%
C15. Embarazo, parto y puerperio	n	117	119	15	319	233	146
	%	34,62%	39,27%	11,19%	6,45%	6,70%	6,49%
C16. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	n	2	0	1	622	549	235
	%	0,59%	0,00%	0,75%	12,58%	15,79%	10,44%
C17. Malformación congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas	n	6	4	2	218	143	87
	%	1,78%	1,32%	1,49%	4,41%	4,11%	3,87%
C18. No clasificados	n	3	2	3	83	49	37
	%	0,89%	0,66%	2,24%	1,68%	1,41%	1,64%
C19. Lesiones traumáticas, Envenenamiento y otras de causa externa	n	51	37	43	512	338	324
	%	15,09%	12,21%	32,09%	10,35%	9,72%	14,40%
C21. Propósitos especiales	n	8	12	4	279	187	121
	%	2,37%	3,96%	2,99%	5,64%	5,38%	5,38%

Enf. Enfermedades C3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico

C18. síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.19 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y chilenos según diagnóstico principal de egreso (Codificación capítulos CIE-10). Región de O'Higgins 2019-2021

		Extranjero			Chileno		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
C1. Enf. Infecciosas y parasitarias	n	6	3	1	783	388	335
	%	5,36%	4,55%	4,76%	5,61%	4,27%	4,16%
C2. Tumores (Neoplasias)	n	0	3	0	290	282	295
	%	0,00%	4,55%	0,00%	2,08%	3,11%	3,66%
C3. Enf. De la sangre	n	2	0	2	172	116	91
	%	1,79%	0,00%	9,52%	1,23%	1,28%	1,13%
C4 Enf. Endocrina nutricional y metabólicas	n	1	0	0	197	180	183
	%	0,89%	0,00%	0,00%	1,41%	1,98%	2,27%
C5. Trastornos mentales, del comportamiento y desarrollo neurológico	n	1	1	0	299	253	298
	%	0,89%	1,52%	0,00%	2,14%	2,79%	3,70%
C6. Enf. Del Sistema nervioso	n	6	1	0	424	334	207
	%	5,36%	1,52%	0,00%	3,04%	3,68%	2,57%
C7. Enf. del ojo y sus anexos	n	0	0	0	43	22	23
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,31%	0,24%	0,29%
C8. Enf. Del oído y apófisis mastoides	n	0	0	0	80	28	20
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,57%	0,31%	0,25%
C9. Enf. Del aparato circulatorio	n	1	1	1	164	97	91
	%	0,89%	1,52%	4,76%	1,17%	1,07%	1,13%
C10. Enf. Del aparato respiratorio	n	18	1	2	3.089	669	601
	%	16,07%	1,52%	9,52%	22,13%	7,37%	7,46%
C11. Enf. Del aparato digestivo	n	9	7	0	1.402	1.101	970
	%	8,04%	10,61%	0,00%	10,04%	12,13%	12,04%
C12. Enf. De la piel y tejido subcutáneo	n	4	2	0	254	138	107
	%	3,57%	3,03%	0,00%	1,82%	1,52%	1,33%
C13. Enf del aparato musculo esquelético y tejido conectivo	n	2	1	0	446	237	197
	%	1,79%	1,52%	0,00%	3,20%	2,61%	2,44%
C14. Enf del aparato genitourinario	n	6	5	0	1.070	812	778
	%	5,36%	7,58%	0,00%	7,67%	8,95%	9,65%
C15. Embarazo, parto y puerperio	n	27	20	0	795	670	380
	%	24,11%	30,30%	0,00%	5,70%	7,38%	4,72%
C16. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	n	2	2	4	1.881	1.717	1.457
	%	1,79%	3,03%	19,05%	13,48%	18,92%	18,08%
C17. Malformación congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas	n	4	1	0	582	415	467
	%	3,57%	1,52%	0,00%	4,17%	4,57%	5,79%
C18. No clasificados	n	1	0	1	372	282	244
	%	0,89%	0,00%	4,76%	2,66%	3,11%	3,03%
C19. Lesiones traumáticas, Envenenamiento y otras de causa externa	n	21	16	8	1.357	1.117	1.089
	%	18,75%	24,24%	38,10%	9,72%	12,31%	13,51%
C21. Propósitos especiales	n	1	2	2	259	219	226
	%	0,89%	3,03%	9,52%	1,86%	2,41%	2,80%

Enf. Enfermedades C3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico

C18. síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.20 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y chilenos según diagnóstico principal de egreso (Codificación capítulos CIE-10). Región Metropolitana 2019-2021

		Extranjero			Chileno		
		2019	2020	2021	2019	2020	2021
C1. Enf. Infecciosas y parasitarias	n	134	63	55	6.301	3.088	3.303
	%	4,55%	3,42%	2,81%	5,18%	4,16%	4,18%
C2. Tumores (Neoplasias)	n	82	125	95	3.452	2.728	2.954
	%	2,79%	6,79%	4,85%	2,84%	3,68%	3,74%
C3. Enf. De la sangre	n	44	32	36	1.192	829	824
	%	1,49%	1,74%	1,84%	0,98%	1,12%	1,04%
C4 Enf. Endocrina nutricional y metabólicas	n	23	24	35	1.717	1.197	1.466
	%	0,78%	1,30%	1,79%	1,41%	1,61%	1,85%
C5. Trastornos mentales, del comportamiento y desarrollo neurológico	n	43	31	58	3.126	2.261	2.752
	%	1,46%	1,68%	2,96%	2,57%	3,05%	3,48%
C6. Enf. Del Sistema nervioso	n	333	52	72	4.434	2.458	2.488
	%	11,31%	2,83%	3,68%	3,64%	3,31%	3,15%
C7. Enf. del ojo y sus anexos	n	15	12	2	472	360	350
	%	0,51%	0,65%	0,10%	0,39%	0,49%	0,44%
C8. Enf. Del oído y apófisis mastoides	n	17	6	4	870	378	366
	%	0,58%	0,33%	0,20%	0,72%	0,51%	0,46%
C9. Enf. Del aparato circulatorio	n	28	22	21	992	939	767
	%	0,95%	1,20%	1,07%	0,82%	1,27%	0,97%
C10. Enf. Del aparato respiratorio	n	429	102	152	30.683	6.005	9.430
	%	14,57%	5,54%	7,77%	25,22%	8,10%	11,93%
C11. Enf. Del aparato digestivo	n	263	212	218	10.492	8.624	8.942
	%	8,93%	11,52%	11,14%	8,62%	11,63%	11,31%
C12. Enf. De la piel y tejido subcutáneo	n	58	39	30	2.111	1.458	1.356
	%	1,97%	2,12%	1,53%	1,74%	1,97%	1,72%
C13. Enf del aparato musculo esquelético y tejido conectivo	n	56	39	35	3.242	1.990	2.403
	%	1,90%	2,12%	1,79%	2,66%	2,68%	3,04%
C14. Enf del aparato genitourinario	n	124	94	83	7.757	6.282	7.625
	%	4,21%	5,11%	4,24%	6,38%	8,47%	9,64%
C15. Embarazo, parto y puerperio	n	574	471	480	4.720	3.606	2.528
	%	19,50%	25,60%	24,53%	3,88%	4,86%	3,20%
C16. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	n	57	52	88	15.186	12.993	11.252
	%	1,94%	2,83%	4,50%	12,48%	17,52%	14,23%
C17. Malformación congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas	n	124	70	74	6.092	4.367	5.161
	%	4,21%	3,80%	3,78%	5,01%	5,89%	6,53%
C18. No clasificados	n	128	62	53	3.779	2.397	2.270
	%	4,35%	3,37%	2,71%	3,11%	3,23%	2,87%
C19. Lesiones traumáticas, Envenenamiento y otras de causa externa	n	353	264	297	11.144	8.543	8.989
	%	11,99%	14,35%	15,18%	9,16%	11,52%	11,37%
C21. Propósitos especiales	n	59	68	69	3.901	3.673	3.835
	%	2,00%	3,70%	3,53%	3,21%	4,95%	4,85%

Enf. Enfermedades C3. Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico

C18. síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

A excepción de la región de O'Higgins en 2019 y 2021 y la Metropolitana en 2019, los egresos hospitalarios en NNA extranjeros ocurrieron en mayor proporción en el tramo ente los 10 y 19 años, esto al contrario de los EH en NNA chilenos los cuales ocurrieron en mayor proporción en pacientes en el tramo ente 0 y 9 años. Particularmente, en el año 2021 para el total del país un 39% de los EH en NNA extranjeros correspondieron a pacientes entre los 0 y 9 años, mientras que un 61,0% a pacientes entre 10 y 19 años. (Tabla 1.4.21)

Tabla 1.4.21 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y chilenos según tramo de edad. Chile 2019-2021

		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019		**		**				**	
Edad	0 - 9 años	2.543	49,7%	130	38,5%	69	61,6%	1.575	53,5%
	10 -19 años	2.569	50,3%	208	61,5%	43	38,4%	1.369	46,5%
2020		**		**		**		**	
Edad	0 - 9 años	1.327	38,3%	88	29,0%	27	40,9%	755	41,0%
	10 -19 años	2.134	61,7%	215	71,0%	39	59,1%	1.085	59,0%
2021		**		**		**		**	
Edad	0 - 9 años	1.113	39,0%	55	41,0%	21	100,0%	749	38,3%
	10 -19 años	1.740	61,0%	79	59,0%	0	0,0%	1.208	61,7%
Chilenos									
2019									
Edad	0 - 9 años	198.555	66,1%	3.092	62,5%	9.284	66,5%	84.615	69,5%
	10 -19 años	101.649	33,9%	1.854	37,5%	4.675	33,5%	37.048	30,5%
2020									
Edad	0 - 9 años	113.514	60,7%	2.086	60,0%	5.620	61,9%	46.719	63,0%
	10 -19 años	73.648	39,3%	1.391	40,0%	3.457	38,1%	27.457	37,0%
2021									
Edad	0 - 9 años	108.126	59,8%	1.297	57,6%	4.990	61,9%	49.413	62,5%
	10 -19 años	72.706	40,2%	953	42,4%	3.069	38,1%	29.648	37,5%

**p-valor Test Chi² <0,05 (tramo de edad vs condición migratoria)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Por sexo, en extranjeros predominaron los EH en mujeres, mientras que, en locales en hombres, para todos los años y regiones observadas (Tabla 1.4.22).

Previsión de salud: A nivel de previsión de salud, se mantiene lo observado en adultos en cuanto a que se observa un mayor porcentaje de EH sin previsión de salud en migrantes internacionales que en locales, predominando en general los EH correspondientes a población en Fonasa (Tabla 1.4.23)

Tabla 1.4.22 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y chilenos según sexo. Chile 2019-2021

		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019		**		**		**		**	
Sexo	Hombre	2.038	39,9%	125	37,0%	48	42,9%	1.168	39,7%
	Mujer	3.073	60,1%	213	63,0%	64	57,1%	1.775	60,3%
	Otro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2020		**		**		**		**	
Sexo	Hombre	1.342	38,8%	120	39,6%	25	37,9%	723	39,3%
	Mujer	2.119	61,2%	183	60,4%	41	62,1%	1.117	60,7%
	Intersexo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2021		**		**		**		**	
Sexo	Hombre	1.230	43,1%	90	67,2%	13	61,9%	769	39,3%
	Mujer	1.623	56,9%	44	32,8%	8	38,1%	1.188	60,7%
Chilenos									
2019									
Sexo	Hombre	159.232	53,0%	2.663	53,8%	7.431	53,2%	65.236	53,6%
	Mujer	140.968	47,0%	2.283	46,2%	6.528	46,8%	56.426	46,4%
	Otro	4	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
2020									
Sexo	Hombre	97.394	52,0%	1.817	52,3%	4.622	50,9%	39.342	53,0%
	Mujer	89.756	48,0%	1.660	47,7%	4.455	49,1%	34.832	47,0%
	Intersexo	12	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,0%
2021									
Sexo	Hombre	96.553	53,4%	1.235	54,9%	4.334	53,8%	42.713	54,0%
	Mujer	84.279	46,6%	1.015	45,1%	3.725	46,2%	36.348	46,0%

**p-valor Test Chi² <0,05 (sexo vs condición migratoria)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.23 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes migrantes internacionales y chilenos según sistema previsional de salud. Chile 2019-2021

		Total país		R. Tarapacá		R. O'Higgins		R. Metropolitana	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Extranjeros									
2019	Desconocida	142	2,8%	1	0,3%	5	4,5%	44	1,5%
	Fonasa	3.881	75,9%	228	67,5%	74	66,1%	2.278	77,4%
	Isapre	317	6,2%	2	0,6%	6	5,4%	232	7,9%
	Ninguna	676	13,2%	107	31,7%	5	4,5%	348	11,8%
	Otra	96	1,9%	0	0,0%	22	19,6%	42	1,4%
2020	Desconocida	95	2,7%	2	0,7%	7	10,6%	36	2,0%
	Fonasa	2.652	76,6%	180	59,4%	50	75,8%	1.429	77,7%
	Isapre	195	5,6%	1	0,3%	0	0,0%	160	8,7%
	Ninguna	464	13,4%	119	39,3%	2	3,0%	174	9,5%
	Otra	55	1,6%	1	0,3%	7	10,6%	41	2,2%
2021	Desconocida	11	0,4%	0	0,0%	3	14,3%	8	0,4%
	Fonasa	2.461	86,3%	60	44,8%	16	76,2%	1.692	86,5%
	Isapre	107	3,8%	0	0,0%	0	0,0%	105	5,4%
	Ninguna	245	8,6%	74	55,2%	0	0,0%	127	6,5%
	Otra	29	1,0%	0	0,0%	2	9,5%	25	1,3%
Chilenos									
2019	Desconocida	3.021	1,0%	148	3,0%	229	1,6%	970	0,8%
	Fonasa	221.347	73,7%	3.244	65,6%	10.985	78,7%	77.113	63,4%
	Isapre	57.390	19,1%	626	12,7%	2.058	14,7%	35.320	29,0%
	Ninguna	7.610	2,5%	724	14,6%	197	1,4%	3.996	3,3%
	Otra	10.836	3,6%	204	4,1%	490	3,5%	4.264	3,5%
2020	Desconocida	2.071	1,1%	166	4,8%	91	1,0%	527	0,7%
	Fonasa	140.060	74,8%	2.151	61,9%	7.280	80,2%	47.821	64,5%
	Isapre	34.785	18,6%	428	12,3%	1.233	13,6%	21.678	29,2%
	Ninguna	4.578	2,4%	597	17,2%	104	1,1%	2.030	2,7%
	Otra	5.668	3,0%	135	3,9%	369	4,1%	2.120	2,9%
2021	Desconocida	1.058	0,6%	16	0,7%	29	0,4%	476	0,6%
	Fonasa	137.546	76,1%	1.819	80,8%	6.743	83,7%	50.535	63,9%
	Isapre	37.250	20,6%	156	6,9%	1.153	14,3%	25.149	31,8%
	Ninguna	2.219	1,2%	253	11,2%	5	0,1%	1.310	1,7%
	Otra	2.759	1,5%	6	0,3%	129	1,6%	1.591	2,0%

Todas las regiones y años **p-valor Test Chi² <0,05 (previsión de salud vs condición migratoria)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

En NNA migrantes internacionales, al estratificar por edad (0 a 9 años vs 10 a 19 años), a nivel nacional, en el tramo entre los 10 y 19 años predominan los EH por embarazo, parto o puerperio, morbilidad externa y enfermedades del aparato digestivo, en el caso de los migrantes los EH por embarazo parto o puerperio pueden llegar a triplicar al de chilenos en la misma situación (Tabla 1.4.25). En niños de 0 a 9 años predominan enfermedades del sistema respiratorio y morbilidad externa (Tabla 1.4.24).

Tabla 1.4.24 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas (0 a 9 años) migrantes internacionales y chilenos según diagnostico principal de egreso Chile 2019-2021

	2019				2020				2021			
	Extranjero		Chileno		Extranjero		Chileno		Extranjero		Chileno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
C1. Infec y parasitar	188	7,4%	12159	6,1%	72	5,4%	5576	4,9%	70	6,3%	5264	4,9%
C2. Neoplasia	89	3,5%	4368	2,2%	108	8,1%	3735	3,3%	64	5,8%	3633	3,4%
C3.Sangre	53	2,1%	2186	1,1%	32	2,4%	1447	1,3%	27	2,4%	1393	1,3%
C4. Endocrina, nutri	18	0,7%	2293	1,2%	18	1,4%	1344	1,2%	20	1,8%	1496	1,4%
C5. Trans. Mentales	12	0,5%	526	0,3%	8	0,6%	294	0,3%	3	0,3%	348	0,3%
C6. Sist Nervioso	333	13,1%	5973	3,0%	68	5,1%	3832	3,4%	57	5,1%	3415	3,2%
C7. Ojo	15	0,6%	773	0,4%	18	1,4%	496	0,4%	1	0,1%	479	0,4%
C8. Oido	14	0,6%	1259	0,6%	6	0,5%	426	0,4%	4	0,4%	351	0,3%
C9. Ap Circulatorio	25	1,0%	1092	0,5%	17	1,3%	870	0,8%	7	0,6%	676	0,6%
C10. Ap Respiratorio	621	24,4%	59695	30,1%	129	9,7%	10449	9,2%	152	13,7%	14085	13,0%
C11. Ap Digestivo	177	7,0%	12988	6,5%	147	11,1%	9765	8,6%	100	9,0%	9146	8,5%
C12. Piel	65	2,6%	2731	1,4%	37	2,8%	1825	1,6%	21	1,9%	1396	1,3%
C13. Musculoesquel.	34	1,3%	2105	1,1%	17	1,3%	1229	1,1%	16	1,4%	1255	1,2%
C14. Ap Genitourinario	112	4,4%	13133	6,6%	76	5,7%	9990	8,8%	52	4,7%	10138	9,4%
C16.Afec. Perinatal	107	4,2%	37032	18,7%	85	6,4%	32193	28,4%	112	10,1%	26619	24,6%
C17. Malformacion.	136	5,3%	12604	6,3%	74	5,6%	8277	7,3%	63	5,7%	8853	8,2%
C18. Res.Anormales	135	5,3%	6390	3,2%	59	4,4%	3873	3,4%	42	3,8%	3271	3,0%
C19. Ext.Morbilidad	346	13,6%	15969	8,0%	285	21,5%	13223	11,6%	258	23,2%	11902	11,0%
C21. Propositos esp.	63	2,5%	5279	2,7%	71	5,4%	4670	4,1%	44	4,0%	4406	4,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.25 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes (10 a 19 años)
migrantes internacionales y chilenos según diagnostico principal de egreso Chile 2019-2021

	2019				2020				2021			
	Extranjero		Chileno		Extranjero		Chileno		Extranjero		Chileno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
C1. Infec y parasitar	42	1,6%	2468	2,4%	46	2,2%	1556	2,1%	19	1,1%	1260	1,7%
C2. Neoplasia	69	2,7%	4287	4,2%	75	3,5%	3336	4,5%	63	3,6%	3433	4,7%
C3.Sangre	30	1,2%	1054	1,0%	31	1,5%	773	1,0%	18	1,0%	768	1,1%
C4. Endocrina, nutri	32	1,2%	2309	2,3%	22	1,0%	1927	2,6%	20	1,1%	2154	3,0%
C5. Trans. Mentales	79	3,1%	8027	7,9%	76	3,6%	6078	8,3%	99	5,7%	7507	10,3%
C6. Sist Nervioso	48	1,9%	3218	3,2%	37	1,7%	1922	2,6%	40	2,3%	1975	2,7%
C7. Ojo	6	0,2%	425	0,4%	4	0,2%	252	0,3%	4	0,2%	249	0,3%
C8. Oido	8	0,3%	755	0,7%	2	0,1%	398	0,5%	2	0,1%	403	0,6%
C9. Ap Circulatorio	20	0,8%	1588	1,6%	20	0,9%	1183	1,6%	22	1,3%	1050	1,4%
C10. Ap Respiratorio	79	3,1%	7832	7,7%	57	2,7%	4042	5,5%	44	2,5%	4157	5,7%
C11. Ap Digestivo	291	11,3%	16641	16,4%	255	11,9%	14241	19,3%	234	13,4%	13039	17,9%
C12. Piel	39	1,5%	2575	2,5%	22	1,0%	1719	2,3%	24	1,4%	1574	2,2%
C13. Musculoesquel.	58	2,3%	5638	5,5%	52	2,4%	3299	4,5%	32	1,8%	3599	5,0%
C14. Ap Genitourinario	92	3,6%	6630	6,5%	95	4,5%	5072	6,9%	67	3,9%	5598	7,7%
C15. Embarazo, parto	1185	46,1%	14950	14,7%	996	46,7%	11548	15,7%	649	37,3%	7848	10,8%
C17. Malformacion	51	2,0%	2914	2,9%	27	1,3%	1740	2,4%	42	2,4%	2139	2,9%
C18. Res.Anormales	34	1,3%	2613	2,6%	26	1,2%	1730	2,3%	32	1,8%	1532	2,1%
C19. Ext.Morbilidad	337	13,1%	14583	14,3%	214	10,0%	10289	14,0%	277	15,9%	11547	15,9%
C21. Propositos esp.	69	2,7%	3142	3,1%	77	3,6%	2542	3,5%	52	3,0%	2874	4,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Por regiones específicas, estratificando por edad entre 0 a 9 y 10 a 19 años, se obtienen tienen resultados similares a lo observado a nivel nacional (Tabla 1.4.26).

Tabla 1.4.26 Principales causas de egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes (0 a 9 años vs 10 a 19 años) migrantes internacionales y chilenos. Regiones de Chile 2019-2021

0 a 9 años

	2019				2020				2021			
	Extranjero		Chileno		Extranjero		Chileno		Extranjero		Chileno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
R. Tarapacá												
C10. Ap Respiratorio	36	27,7%	790	25,5%	15	17,0%	252	12,1%	6	10,9%	178	13,7%
C11. Ap Digestivo	8	6,2%	221	7,1%	9	10,2%	204	9,8%	9	16,4%	116	8,9%
C16.Afec. Perinatal	2	1,5%	622	20,1%	0	0,0%	549	26,3%	1	1,8%	235	18,1%
C19. Ext.Morbilidad	25	19,2%	285	9,2%	25	28,4%	209	10,0%	20	36,4%	198	15,3%
Otras	59	45,4%	1174	38,0%	39	44,3%	872	41,8%	19	34,5%	570	43,9%
R. O'Higgins												
C10. Ap Respiratorio	18	26,1%	2706	29,1%	1	3,7%	492	8,8%	2	9,5%	460	9,2%
C11. Ap Digestivo	4	5,8%	649	7,0%	3	11,1%	436	7,8%	0	0,0%	401	8,0%
C16.Afec. Perinatal	2	2,9%	1881	20,3%	2	7,4%	1716	30,5%	4	19,0%	1457	29,2%
C19. Ext.Morbilidad	18	26,1%	731	7,9%	12	44,4%	619	11,0%	8	38,1%	571	11,4%
Otras	27	39,1%	3317	35,7%	9	33,3%	2357	41,9%	7	33,3%	2101	42,1%
R. Metropolitana												
C10. Ap Respiratorio	382	24,3%	27768	32,8%	65	8,6%	4298	9,2%	115	15,4%	7535	15,2%
C11. Ap Digestivo	98	6,2%	4644	5,5%	76	10,1%	3514	7,5%	59	7,9%	3765	7,6%
C16.Afec. Perinatal	57	3,6%	15186	17,9%	52	6,9%	12993	27,8%	88	11,7%	11252	22,8%
C19. Ext.Morbilidad	170	10,8%	5965	7,0%	145	19,2%	5010	10,7%	140	18,7%	4666	9,4%
Otras	868	55,1%	31052	36,7%	417	55,2%	20904	44,7%	347	46,3%	22195	44,9%

10 a 19 años

	2019				2020				2021			
	Extranjero		Chileno		Extranjero		Chileno		Extranjero		Chileno	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
R. Tarapacá												
C10. Ap Respiratorio	3	1,4%	44	2,4%	2	0,9%	57	4,1%	1	1,3%	14	1,5%
C11. Ap Digestivo	20	9,6%	75	4,0%	11	5,1%	272	19,6%	15	19,0%	164	17,2%
C15. Embarazo, parto,	117	56,3%	319	17,2%	119	55,3%	233	16,8%	15	19,0%	146	15,3%
C19. Ext.Morbilidad	26	12,5%	227	12,2%	12	5,6%	129	9,3%	23	29,1%	126	13,2%
Otras	42	20,2%	1189	64,1%	71	33,0%	700	50,3%	25	31,6%	503	52,8%
R. O'Higgins												
C10. Ap Respiratorio	0	0,0%	383	8,2%	0	0,0%	177	5,1%			141	4,6%
C11. Ap Digestivo	5	11,6%	753	16,1%	4	10,3%	665	19,2%			569	18,5%
C15. Embarazo, parto,	27	62,8%	795	17,0%	20	51,3%	670	19,4%			380	12,4%
C19. Ext.Morbilidad	3	7,0%	626	13,4%	4	10,3%	498	14,4%			518	16,9%
Otras	8	18,6%	2118	45,3%	11	28,2%	1447	41,9%			1461	47,6%
R. Metropolitana												
C10. Ap Respiratorio	47	3,4%	2915	7,9%	37	3,4%	1707	6,2%	37	3,1%	1895	6,4%
C11. Ap Digestivo	165	12,1%	5848	15,8%	136	12,5%	5110	18,6%	159	13,2%	5177	17,5%
C15. Embarazo, parto,	574	41,9%	4720	12,7%	471	43,4%	3606	13,1%	480	39,7%	2528	8,5%

C19. Ext.Morbilidad	183	13,4%	5179	14,0%	119	11,0%	3533	12,9%	157	13,0%	4323	14,6%
Otras	400	29,2%	18386	49,6%	322	29,7%	13501	49,2%	375	31,0%	15725	53,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Estratificando previsión de salud y sexo por tramo de edad se observa la persistencia de brechas de afiliación que afectan negativamente a NNA migrantes y que están preocupantemente presentes en la Región de Tarapacá, incluso en tramos etarios 0-2 años:

Tabla 1.4.27 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes (0 a 9 años vs 10 a 19 años) migrantes internacionales y chilenos según previsión de salud. Chile y regiones específicas de 2019-2021

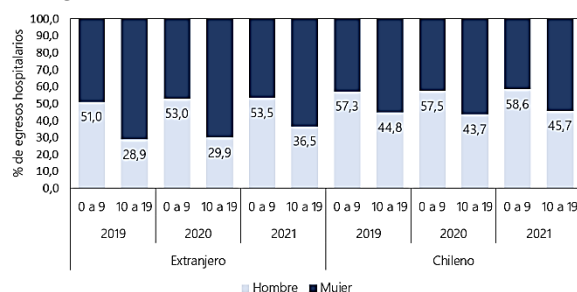
	Extranjero						Chileno					
	2019		2020		2021		2019		2020		2021	
	0 a 9	10 a 19	0 a 9	10 a 19	0 a 9	10 a 19	0 a 9	10 a 19	0 a 9	10 a 19	0 a 9	10 a 19
Total Chile												
Fonasa	1928	1953	978	1674	918	1543	146252	75095	84642	55418	82360,0	55186
	75,8%	76,0%	73,7%	78,4%	82,5%	88,7%	73,7%	73,9%	74,6%	75,25%	76,2%	75,9%
Isapre	140	177	85	110	35	72	36878	20512	20389	14396	21603	15647
	5,5%	6,9%	6,4%	5,2%	3,1%	4,1%	18,6%	20,2%	18,0%	19,55%	20,0%	21,5%
Ninguno	351	325	187	277	126	119	6403	1207	3525	1053	1743	476
	13,8%	12,7%	14,1%	13,0%	11,3%	6,8%	3,2%	1,2%	3,11%	1,43%	1,6%	0,7%
Otro-desc.	124	114	77	73	34	6	9022	971867	4958	67311	2420	1397
	4,9%	4,4%	5,8%	3,4%	3,1%	0,3%	4,5%	4,8%	4,4%	3,8%	2,2%	1,9%
R. Tarapacá												
Fonasa	81	147	41	139	13	47	1896	1348	1159	992	1004	815
	62,3%	70,7%	46,6%	64,7%	23,6%	59,5%	61,3%	72,7%	55,6%	71,3%	77,4%	85,5%
Isapre	2	0	0	1	0	0	337	289	243	185	58	98
	1,5%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	10,9%	15,6%	11,7%	13,3%	4,5%	10,3%
Ninguno	47	60	46	73	42	32	637	87	508	89	227	26
	36,2%	28,9%	52,3%	34,0%	76,4%	40,5%	20,6%	4,7%	24,4%	6,4%	17,5%	2,7%
Otro-desc.	0	1	1	2	0	0	222	130	176	125	8	14
	0,0%	0,5%	1,1%	0,9%	0,0%	0,0%	7,2%	7,0%	8,4%	9,0%	0,6%	1,5%
R. O'Higgins												
Fonasa	42	32	18	32	16	16	7315	3670	4496	2784	4211	2532
	60,9%	74,4%	66,7%	82,1%	76,2%	76,2%	78,8%	78,5%	80,0%	80,5%	84,4%	82,5%
Isapre	5	1	0	0	0	0	1284	774	703	530	658	495
	7,3%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,8%	16,6%	12,5%	15,3%	13,2%	16,1%
Ninguno	3	2	2	0	0	0	160	37	68	36	2	3
	4,4%	4,7%	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,8%	1,2%	1,0%	0,0%	0,1%
Otro-desc.	19	8	7	7	5	5	525	194	353	107	119	39
	27,5%	18,6%	25,9%	18,0%	23,8%	23,8%	5,7%	4,2%	6,3%	3,1%	2,4%	1,3%
RM												
Fonasa	1234	1044	565	864	632	1060	54635	22478	30475	17346	31919	18616

	78,4%	76,3%	74,8%	79,6%	84,4%	87,8%	64,6%	60,7%	65,2%	63,2%	64,6%	62,8%
Isapre	89	143	70	90	35	70	23039	12281	12926	8752	15034	10115
	5,7%	10,5%	9,3%	8,3%	4,7%	5,8%	27,2%	33,2%	27,7%	31,9%	30,4%	34,1%
Ninguno	199	149	77	97	55	72	3618	378	1604	426	1085	225
	12,6%	10,9%	10,2%	8,9%	7,3%	6,0%	4,3%	1,0%	3,4%	1,6%	2,2%	0,8%
Otro-desc.	53	33	43	34	27	6	3323	1911	1714	933	1375	692
	3,4%	2,4%	5,7%	3,1%	3,6%	0,5%	3,9%	5,2%	3,7%	3,4%	2,8%	2,3%

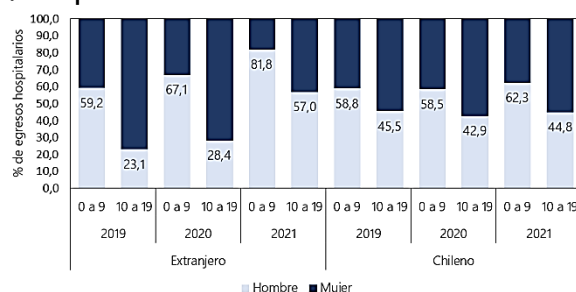
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Figura 1.4.3 Egresos hospitalarios totales en niños, niñas y adolescentes (0 a 9 años vs 10 a 19 años) migrantes internacionales y chilenos según sexo. Chile y regiones específicas de 2019-2021

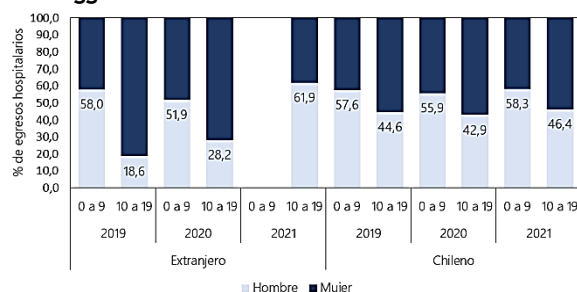
Total Chile



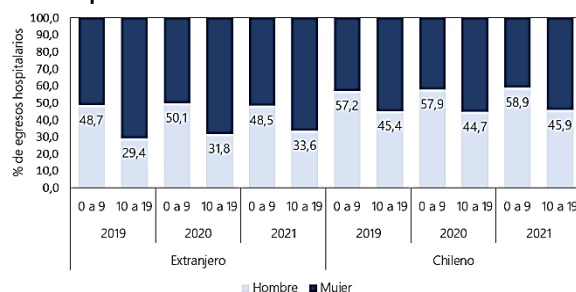
R. Tarapacá



R. O'Higgins



R. Metropolitana



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

A continuación, exploraremos en detalle algunos de los diagnóstico de EH más frecuentes en NNA migrantes.

(I) Egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio

En 2019 del total de EH por embarazo, parto o puerperio en adolescentes (n=16.135) el 7,34% (n=1.185) correspondió a migrantes internacionales, en 2020 del total de 12.544 Eh por esta causa el 7,94% (n=996) fu en migrantes internacionales y en 2021 de 8.497 Eh por esta casa 7,64% (n=649) fue en dicha población.

Para el total del país, tanto en adolescentes (10 a 19 años) chilenas e inmigrantes, las principales causas de egresos hospitalarios por embarazo, parto o puerperio son específicamente por el parto (54,85% adolescentes migrantes 2019 vs 48,23% en adolescentes chilenas en 2019), complicaciones del embarazo y parto (17,55% adolescentes migrantes 2019 vs 13,85% en adolescentes chilenas en 2019) y complicaciones del embarazo que requieren una atención a la madre (9,96% adolescentes migrantes 2019 vs 14,23% en adolescentes chilenas en 2019). (Tabla 1.4.28)

Similar a lo ocurrido en EH en general, se evidencia que los EH por embarazo, parto o puerperio corresponden en mayor proporción a afiliados a Fonasa tanto en chileno como en migrantes, observándose un mayor porcentaje de EH en personas sin previsión de salud y/o con previsión desconocida en migrantes internacionales que en chilenos (Tabla 1.4.29 - 1.4.30)

Tabla 1.4.28 Egresos hospitalarios por embarazo parto o puerperio en adolescentes migrantes internacionales y chilenas según diagnóstico específico. Chile 2019-2021

	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Extranjeras						
Embarazo que termina en aborto	86	7,26%	60	6,02%	37	5,70%
Edema, proteinuria e hipertensión en el embarazo, el parto y el puerperio	14	1,18%	7	0,70%	10	1,54%
Otras enfermedades de la madre que pueden afectar al feto	56	4,73%	59	5,92%	36	5,55%
Complicaciones del embarazo que requieren una atención a la madre	118	9,96%	94	9,44%	74	11,40%
Complicaciones del embarazo y el parto	208	17,55%	161	16,16%	124	19,11%
Parto	650	54,85%	567	56,93%	342	52,70%
Enfermedades postparto	13	1,10%	5	0,50%	4	0,62%
Otras enfermedades	40	3,38%	43	4,32%	22	3,39%
Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio			0	0,00%	0	0,00%
Chilenas						
Embarazo que termina en aborto	1009	6,75%	706	6,11%	618	7,87%
Edema, proteinuria e hipertensión en el embarazo, el parto y el puerperio	374	0,03%	316	2,74%	257	3,27%
Otras enfermedades de la madre que pueden afectar al feto	1222	8,17%	728	6,30%	562	7,16%
Complicaciones del embarazo que requieren una atención a la madre	2127	14,23%	1555	13,47%	1096	13,97%
Complicaciones del embarazo y el parto	2070	13,85%	1668	14,44%	1142	14,55%
Parto	7211	48,23%	5956	51,58%	3668	46,74%
Enfermedades postparto	191	1,28%	146	1,26%	70	0,89%
Otras enfermedades	746	4,99%	472	4,09%	434	5,53%
Secuelas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio			1	0,01%	1	0,01%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.29 Egresos hospitalarios por embarazo parto o puerperio en adolescentes migrantes internacionales según previsión de salud. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021				
		n	%		n	%		n	%	
Total país										
Previsión de salud	Desconocida	27	2,28%	**	20	2,01%	**	0	0,00%	**
	Fonasa	1066	89,96%		869	87,25%		622	95,84%	
	Isapre	4	0,34%		2	0,20%		0	0,00%	
	Ninguna	77	6,50%		105	10,54%		27	4,16%	
	Otro	11	0,93%		0	0,00%		0	0,00%	
R. Tarapacá										
Previsión de salud	Desconocida	1	0,85%	**	2	1,68%	**	0	0,00%	**
	Fonasa	99	84,62%		81	68,07%		11	73,33%	
	Isapre	0	0,00%		1	0,84%		0	0,00%	
	Ninguna	17	14,53%		35	29,41%		4	26,67%	
	Otro	0	0,00%		0	0,00%		0	0,00%	
R. O'Higgins										
Previsión de salud	Desconocida	1	3,70%	**	1	5,00%	**			
	Fonasa	22	81,48%		19	95,00%				
	Isapre	0	0,00%		0	0,00%				
	Ninguna	1	3,70%		0	0,00%				
	Otro	3	11,11%		0	0,00%				
R. Metropolitana										
Previsión de salud	Desconocida	2	0,35%	**	9	1,91%	**	0	0,00%	**
	Fonasa	545	94,95%		435	92,36%		460	95,83%	
	Isapre	3	0,52%		0	0,00%		0	0,00%	
	Ninguna	23	401,00%		27	5,73%		20	4,17%	
	Otro	1	0,17%		0	0,00%		0	0,00%	

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.30 Egresos hospitalarios por embarazo parto o puerperio en adolescentes chilenas según previsión de salud. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Previsión de salud	Desconocida	37	0,25%	37	0,32%	6	0,08%
	Fonasa	14250	95,32%	11060	95,77%	7.654	97,53%
	Isapre	452	3,02%	326	2,82%	164	2,09%
	Ninguna	71	0,47%	47	0,41%	10	0,13%
	Otro	140	0,94%	78	0,68%	14	0,18%
R. Tarapacá							
Previsión de salud	Desconocida	7	2,19%	3	1,29%	0	0%
	Fonasa	296	92,79%	217	93,13%	143	97,95%
	Isapre	10	3,13%	9	3,86%	0	0%
	Ninguna	6	1,88%	3	1,29%	3	2,05%
	Otro	0	0%	1	0,43%	0	0%
R. O'Higgins							
Previsión de salud	Desconocida	0	0%	0	0%	0	0%
	Fonasa	760	95,60%	652	97,31%	372	97,89%
	Isapre	29	3,65%	15	2,24%	8	2,11%
	Ninguna	1	0,13%	1	0,15%	0	0%
	Otro	5	1	2	0,30%	0	0%
R. Metropolitana							
Previsión de salud	Desconocida	4	0,08%	2	0,06%	0	0%
	Fonasa	4397	93,16%	3385	93,87%	2406	95,17%
	Isapre	253	5,36%	185	5,13%	104	4,11%
	Ninguna	31	0,66%	14	0,39%	6	0,24%
	Otro	35	0,74%	20	0,55%	12	0,47%

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

(I) **Egresos hospitalarios por Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa**

En 2019 del total de EH por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en NNA (n=31.235) el 2,19% (n=683) correspondió a NNA migrantes internacionales, en 2020 del total de 24.011 Eh por esta causa el 2.08% (n=499) fu en migrantes internacionales y en 2021 de 23.984 Eh por esta casa 2,23% (n=535) fue en dicha población.

Por tramo etario y región, se observa que el rango de edad de 0-9 años concentra la mayoría de casos de egresos por esta causa (52-56%) tanto para chilenos como inmigrantes, esto a excepción del año 2021, donde para el total de EH en migrantes por esta causa en el país el rango 10-19 años concentra el 52% de los EH. En la misma línea, por previsión de salud, se observó que Fonasa concentró la mayor proporción de egresos por esta causa, en torno al 75% promedio para los tres años de análisis (Tabla 1.4.31). Para todos los años observados, se mantiene la brecha entre niños migrantes sin previsión y niños chilenos en esta condición, a modo de ejemplo, para el año 2019 el 25,33% de los egresos por traumatismos, envenenamientos y otras causas externas en NNA migrantes estaban sin ninguna afiliación a salud, frente al 1,77% de niños chilenos que egresaron en esa condición por la misma causa. (Tabla 1.4.31 - 1.4.32)

Salvo algunas excepciones, en general se observó una dependencia significativa (significancia 0,05) entre la previsión de salud y condición de migrante (si-no) del egreso correspondiente, variando entre dependencias leves o altas. Entre los EH por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en NNA migrantes internacionales y locales, destacan como causas específicas más frecuentes de egresos los EH por: traumatismos en la cabeza, quemaduras y corrosiones, traumatismos del codo y del antebrazo y traumatismos en muñecas y manos (Tabla 1.4.33). Si bien no hay diferencias significativas en el tipo de traumatismo entre locales y migrantes, sí se observan diferencias posiblemente atribuibles a determinantes sociales como condiciones de habitabilidad y hacinamiento, como es el porcentaje más alto de quemaduras en NNA migrantes frente a locales, en todos los años, con diferencias de hasta seis puntos porcentuales (Tabla 1.4.33).

Tabla 1.4.31 Egresos hospitalarios por Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en NNA migrantes internacionales según edad, sexo y previsión de salud. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Edad	0-9 años	346	50,66%	285	57,11%	258	48,22%
	10-19 años	337	49,34%	214	42,89%	277	51,78%
Sexo	Hombre	433	63,4%	331	66,33%	341	58,58%
	Mujer	250	36,6%	168	33,67%	194	41,42%
Previsión de salud	Desconocida	32	4,69%	24	4,81%	6	1,12%
	Fonasa	406	59,44%	321	64,33%	394	73,64%
	Isapre	55	8,05%	28	5,61%	32	5,98%
	Ninguna	173	25,33%	103	20,64%	90	16,82%
	Otro	17	2,49%	23	4,61%	13	2,43%
R. Tarapacá							
Edad	0-9 años	25	49,02%	25	67,57%	20	46,51%
	10-19 años	26	50,98%	12	32,43%	23	53,49%
Sexo	Hombre	34	66,67%	31	83,78%	34	79,07%
	Mujer	17	33,33%	6	16,22%	9	20,93%
Previsión de salud	Desconocida	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Fonasa	22	43,14%	13	35,14%	15	34,88%
	Isapre	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Ninguna	29	56,86%	24	64,86%	28	65,12%
	Otro	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
R. O'Higgins							
Edad	0-9 años	18	85,71%	12	75,00%	8	100%
	10-19 años	3	14,29%	4	25,00%	0	0,00%
Sexo	Hombre	10	47,62%	12	75,00%	4	50,00%
	Mujer	11	52,38%	4	25,00%	4	50,00%
Previsión de salud	Desconocida	1	1,33%	3	18,75%	2	25,00%
	Fonasa	11	75,98%	8	50,00%	5	62,5%
	Isapre	0	19,9%	0	0,00%	0	0,00%
	Ninguna	2	0,59%	0	0,00%	0	0,00%
	Otro	7	2,21%	5	31,25%	1	12,50%
R. Metropolitana							
Edad	0-9 años	170	48,16%	145	54,92%	140	47,14%
	10-19 años	183	51,84%	119	45,08%	157	52,86%
Sexo	Hombre	218	61,76%	166	62,88%	183	61,62%
	Mujer	135	38,24%	98	37,12%	114	38,38%
Previsión de salud	Desconocida	58	3,40%	6	2,27%	4	1,35%
	Fonasa	6868	59,49%	177	67,05%	211	71,04%
	Isapre	3707	11,61%	25	9,47%	31	10,44%
	Ninguna	193	23,8%	40	15,15%	40	13,47%
	Otro	318	1,70%	16	6,06%	11	3,7%

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.32 Egresos hospitalarios por Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en NNA chilenos según edad, sexo y previsión de salud. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Edad	0-9 años	15969	52,27%	13223	56,24%	11902	50,76%
	10-19 años	14583	47,73%	10289	43,76%	11547	49,24%
Sexo	Hombre	18689	61,17%	14259	60,65%	13737	63,74%
	Mujer	11863	38,83%	9253	39,35%	9712	36,26%
Previsión de salud	Desconocida	343	1,12%	241	1,03%	244	1,04%
	Fonasa	22743	74,44%	18092	76,95%	17934	76,48%
	Isapre	6090	19,93%	4351	18,51%	4593	19,59%
	Ninguna	541	1,77%	329	1,40%	323	1,38%
	Otro	835	2,73%	499	2,12%	355	1,51%
R. Tarapacá							
Edad	0-9 años	285	55,66%	209	61,83%	198	61,11%
	10-19 años	227	44,34%	129	38,17%	126	38,89%
Sexo	Hombre	300	58,59%	215	63,61%	199	61,42%
	Mujer	212	41,41%	123	36,39%	125	38,58%
Previsión de salud	Desconocida	11	2,15%	11	3,25%	6	1,85%
	Fonasa	357	69,73%	254	75,15%	246	75,93%
	Isapre	49	9,57%	36	10,65%	40	12,35%
	Ninguna	72	14,06%	28	8,28%	28	8,64%
	Otro	23	4,49%	9	2,66%	4	1,23%
R. O'Higgins							
Edad	0-9 años	731	53,87%	619	55,42%	198	52,43%
	10-19 años	626	46,13%	498	44,58%	126	47,57%
Sexo	Hombre	802	59,1%	678	60,7%	615	56,47%
	Mujer	555	40,9%	439	39,3%	474	43,53%
Previsión de salud	Desconocida	18	4,76%	10	0,9%	13	1,19%
	Fonasa	1031	52,38%	879	78,69%	886	81,36%
	Isapre	270	0,00%	199	17,82%	175	16,07%
	Ninguna	8	9,52%	7	0,63%	2	0,18%
	Otro	30	33,33%	22	1,97%	13	1,19%
R. Metropolitana							
Edad	0-9 años	5965	53,53%	5010	58,64%	4666	51,91%
	10-19 años	5179	46,47%	3533	41,36%	4323	48,09%
Sexo	Hombre	6816	61,16%	5212	61,01%	5168	57,49%
	Mujer	4328	38,84%	3331	38,99%	3821	42,51%
Previsión de salud	Desconocida	12	0,52%	49	0,57%	54	0,60%
	Fonasa	210	61,63%	5652	66,16%	5881	65,42%
	Isapre	41	33,26%	2562	29,99%	2764	30,75%
	Ninguna	84	1,73%	127	1,49%	129	1,44%
	Otro	6	2,85%	153	1,79%	161	1,79%

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.33 Egresos hospitalarios por Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en NNA chilenos y migrantes internacionales según diagnostico específico. Chile 2019-2021

	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Extranjero						
Traumatismos de la cabeza	112	16,4%	73	14,63%	71	13,27%
Traumatismos de cuello	6	0,88%	6	1,2%	4	0,75%
Traumatismos de tórax	7	1,02%	9	1,8%	10	1,87%
Traumatismo del abdomen, área lumbosacra y pelvis	12	1,76%	16	3,21%	19	3,55%
Traumatismos de los hombros y brazos	58	8,49%	39	7,82%	26	4,86%
Traumatismos del codo y del antebrazo	95	13,91%	59	11,82%	66	12,34%
Traumatismos en muñecas y manos	77	11,27%	54	10,82%	68	12,71%
Traumatismos en rodillas y piernas	56	8,2%	42	8,42%	45	8,41%
Traumatismos en tobillos y pies	21	3,07%	14	2,81%	9	1,68%
Lesiones múltiples	9	1,32%	5	1,00%	11	2,06%
Lesiones no clasificadas en cabeza, cuello y otras partes	11	1,61%	9	1,80%	7	1,31%
Cuerpos extraños en alguna parte del cuerpo	24	3,51%	22	4,41%	23	4,30%
Quemaduras y corrosiones	101	14,79%	89	17,84%	74	13,83%
Congelaciones	2	0,29%	0	0,00%	0	0,00%
Intoxicaciones por fármacos	20	2,93%	27	5,41%	39	7,29%
Intoxicaciones por sustancias no medicinales	14	2,05%	11	2,20%	17	3,18%
Lesiones por otras causas externas	25	3,66%	3	0,60%	15	2,8%
Complicaciones traumáticas	3	0,44%	2	0,40%	2	0,37%
Complicaciones quirúrgicas	24	3,51%	18	3,61%	21	3,93%
Complicaciones post-traumáticas no clasificadas en otra parte	6	0,88%	1	0,20%	8	1,50%
Chileno						
Traumatismos de la cabeza	5263	17,23%	4109	17,48	3666	15,63%
Traumatismos de cuello	128	0,42%	100	0,43	110	0,47%
Traumatismos de tórax	333	1,09%	299	1,27	257	1,10%
Traumatismo del abdomen, área lumbosacra y pelvis	719	2,35%	603	2,56	524	2,23%
Traumatismos de los hombros y brazos	2395	7,84%	2015	8,57	1937	8,26%
Traumatismos del codo y del antebrazo	4427	14,49%	3269	13,9	3447	14,70%
Traumatismos en muñecas y manos	3292	10,78%	2186	9,3	2212	9,43%
Traumatismos en rodillas y piernas	2785	9,12%	1809	7,69	2013	8,58%
Traumatismos en tobillos y pies	677	2,22%	506	2,15	534	2,28%
Lesiones múltiples	431	1,41%	354	1,51	337	1,44%
Lesiones no clasificadas en cabeza, cuello y otras partes	588	1,92%	432	1,84	380	1,62%
Cuerpos extraños en alguna parte del cuerpo	827	2,71%	808	3,44	844	3,60%
Quemaduras y corrosiones	3048	9,98%	2741	11,66	2203	9,39%
Congelaciones	1	0,00%	1	0	4	0,02%
Intoxicaciones por fármacos	2363	7,73%	1969	8,37	2681	11,43%
Intoxicaciones pos sustancias no medicinales	642	2,10%	571	2,43	592	2,52%
Lesiones por otras causas externas	569	1,86%	404	1,72	371	1,58%
Complicaciones traumáticas	50	0,16%	32	0,14	46	0,20%
Complicaciones quirúrgicas	1695	5,55%	1153	4,9	1150	4,90%
Complicaciones post-traumáticas no clasificadas en otra parte	319	1,04%	151	0,64	141	0,60%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

(II) Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema digestivo

En 2019 del total de EH por enfermedades del sistema digestivo (n=30.097) el 1,55% (n=468) correspondió a migrantes, en 2020 correspondió al 1,65% (n=402 de 24.408) y en 2021 el porcentaje se mantiene similar llegando al 1,48% (334 de 22.519 EH).

Tabla 1.4.34 Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema digestivo en NNA migrantes internacionales y chilenos según diagnóstico específico. Chile 2019-2021

	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Extranjero						
Enfermedades de la cavidad oral, las glándulas salivales, mandíbula y maxilar	27	14,14%	25	18,25%	22	15,28%
Enfermedades del esófago, estómago y del duodeno	16	8,38%	12	8,76%	14	9,72%
Hernias abdominales	22	11,52%	19	13,87%	8	5,56%
Enteritis y colitis no infecciosas	17	8,9%	9	6,57%	12	8,33%
Otras enfermedades de los intestinos	36	18,85%	16	11,68%	24	16,67%
Enfermedades del peritoneo	20	10,47%	20	14,6%	19	13,19%
Enfermedades del hígado	5	2,62%	2	1,46%	4	2,78%
Trastornos de la vesícula biliar, del tracto biliar y del páncreas	40	20,94%	28	20,44%	33	22,92%
Otras enfermedades del sistema digestivo	8	4,19%	6	4,38%	8	5,56%
Chileno						
Enfermedades de la cavidad oral, las glándulas salivales, mandíbula y maxilar	3179	22,36%	1868	17,95%	1964	19,02%
Enfermedades del esófago, estómago y del duodeno	1023	7,2%	839	8,06%	674	6,53%
Hernias abdominales	2823	19,86%	1888	18,14%	1912	18,52%
Enteritis y colitis no infecciosas	1139	8,01%	768	7,38%	829	8,03%
Otras enfermedades de los intestinos	2308	16,23%	1786	17,16%	1709	16,55%
Enfermedades del peritoneo	682	4,8%	662	6,36%	585	5,67%
Enfermedades del hígado	257	1,81%	222	2,13%	215	2,08%
Trastornos de la vesícula biliar, del tracto biliar y del páncreas	2202	15,49%	1975	18,98%	2066	20,01%
Otras enfermedades del sistema digestivo	605	4,26%	400	3,84%	372	3,60%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.35 Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema digestivo en NNA migrantes internacionales según edad, sexo y sistema previsional. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021				
		n	%	n	%	n	%			
Total país										
Edad	0-9 años	177	37,82%	**	147	36,57%	100	29,94%	**	
	10-19 años	291	62,18%		255	63,43%	234	70,06%		
Sexo	Hombre	254	54,27%		219	54,48%	202	60,48%		
	Mujer	214	45,73%		183	45,52%	132	39,52%		
Previsión de salud	Desconocida	15	3,21%	**	18	4,48%	**	1	0,30%	**
	Fonasa	304	64,96%		278	69,15%		281	84,13%	
	Isapre	37	7,91%		28	6,97%		10	2,99%	
	Ninguna	98	20,94%		69	17,16%		41	12,28%	
	Otro	14	2,99%		9	2,24%		1	0,30%	
R. Tarapacá										
Edad	0-9 años	8	28,57%		9	45,00%		9	37,50%	
	10-19 años	20	71,43%		11	55,00%		15	62,50%	
Sexo	Hombre	13	46,43%		11	55,00%		19	79,17%	
	Mujer	15	53,57%		9	45,00%		5	20,83%	
Previsión de salud	Desconocida	0	0,00%	**	0	0,00%	**	0	0,00%	*
	Fonasa	13	46,43%		10	50,00%		244	41,67%	
	Isapre	0	0,00%		0	0,00%		17	0,00%	
	Ninguna	15	53,57%		9	45,00%		19	58,33%	
	Otro	0	0,00%		1	5,00%		0	0,00%	
R. O'Higgins										
Edad	0-9 años	4	44,44%		3	42,86%				
	10-19 años	5	55,56%		4	57,14%				
Sexo	Hombre	6	66,67%		4	57,14%				
	Mujer	3	33,33%		3	42,86%				
Previsión de salud	Desconocida	0	0,00%	**	1	14,29%				
	Fonasa	4	44,44%		6	85,71%				
	Isapre	1	11,11%		0	0,00%				
	Ninguna	1	11,11%		0	0,00%				
	Otro	3	33,33%		0	0,00%				
R. Metropolitana										
Edad	0-9 años	98	37,26%	**	76	35,85%		59	27,06%	**
	10-19 años	165	62,74%		136	64,15%		159	72,94%	
Sexo	Hombre	148	56,27%		130	61,32%		121	55,50%	
	Mujer	115	43,73%		82	38,68%		97	44,50%	
Previsión de salud	Desconocida	4	1,52%	**	7	3,30%	**	1	0,46%	**
	Fonasa	178	67,68%		147	69,34%		184	84,40%	
	Isapre	26	9,89%		25	11,79%		10	4,59%	
	Ninguna	49	18,63%		27	12,74%		22	10,09%	
	Otro	6	2,28%		6	2,83%		1	0,46%	

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.36 Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema digestivo en NNA chilenos según edad, sexo y sistema previsional. Chile 2019-2021

		2019			2020			2021		
		n	%		n	%		n	%	
Total país										
Edad	0-9 años	12988	43,84%	**	9765	40,68%		9146	41,23%	**
	10-19 años	16641	56,16%		14241	59,32%		13039	58,77%	
Sexo	Hombre	16538	55,82%		13577	56,56%		12591	56,75%	
	Mujer	13091	44,18%		10429	43,44%		9594	43,25%	
Previsión de salud	Desconocida	166	0,56%	**	163	0,68%	**	68	0,31%	**
	Fonasa	21927	74,01%		18319	76,31%		17174	77,41%	
	Isapre	5994	20,23%		4337	18,07%		4458	20,09%	
	Ninguna	322	1,09%		384	1,60%		130	0,59%	
	Otro	1220	4,12%		803	3,34%		355	1,60%	
R. Tarapacá										
Edad	0-9 años	221	44,56%		204	42,86%		116	41,43%	
	10-19 años	275	55,44%		272	57,14%		164	58,57%	
Sexo	Hombre	283	57,06%		267	56,09%		169	60,36%	
	Mujer	213	42,94%		209	43,91%		111	39,64%	
Previsión de salud	Desconocida	16	3,23%	**	23	4,83%	**	0	0,00%	**
	Fonasa	333	67,14%		313	65,76%		10	87,14%	
	Isapre	76	15,32%		59	12,39%		0	6,07%	
	Ninguna	40	8,06%		59	12,39%		14	6,79%	
	Otro	31	6,25%		22	4,62%		0	0,00%	
R. O'Higgins										
Edad	0-9 años	649	46,29%		436	39,60%		401	41,34%	
	10-19 años	753	53,71%		665	60,40%		569	58,66%	
Sexo	Hombre	785	55,99%		601	54,59%		563	58,04%	
	Mujer	617	44,01%		500	45,41%		407	41,96%	
Previsión de salud	Desconocida	23	1,64%	**	11	1,00%		2	0,21%	
	Fonasa	1097	78,25%		893	81,11%		818	84,33%	
	Isapre	232	16,55%		164	14,90%		148	15,26%	
	Ninguna	7	0,5%		6	0,54%		0	0,00%	
	Otro	43	3,07%		27	2,45%		2	0,21%	
R. Metropolitana										
Edad	0-9 años	4644	44,26%	**	3514	40,75%		3765	42,10%	**
	10-19 años	5848	55,74%		5110	59,25%		5177	57,90%	
Sexo	Hombre	5923	56,45%		4881	56,60%		5037	56,33%	
	Mujer	4569	43,55%		3743	43,40%		3905	43,67%	
Previsión de salud	Desconocida	34	0,32%	**	32	0,37%	**	22	0,25%	**
	Fonasa	6481	61,77%		5667	65,71%		5721	63,98%	
	Isapre	3485	33,22%		2556	29,64%		2934	32,81%	
	Ninguna	86	0,82%		104	1,21%		51	0,57%	
	Otro	406	3,87%		265	3,07%		214	2,39%	

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Por diagnóstico específico, dentro de la causa enfermedades del sistema digestivo, las causas más frecuentes tanto en migrantes internacionales como chilenos fueron enfermedades de la cavidad oral, las glándulas salivales, mandíbula y maxilar, trastornos de la vesícula biliar, del tracto biliar y del páncreas y otras enfermedades de los intestinos. (Tabla 1.4.34). Por sexo, condición migrante y región, se observó una mayor proporción en hombres versus mujeres para con diferencias que no superan los 10 puntos porcentuales entre hombres y mujeres. Por tramo etario, **se identificó una mayor proporción en migrantes y nacionales para el tramo 10-19 años en 2019** (62,2% del total de EH por esta causa en migrantes versus 56,2% del total de EH por esta causa en chilenos), manteniéndose este patrón para los años 2020 y 2021. Por previsión destacan Fonasa y aquellos sin previsión de salud en migrantes internacionales (Tablas 1.4.35 - 1.4.36). No se observan diferencias importantes en el tipo de enfermedades digestivas, pero sí persisten las brechas de afiliación que **llegan hasta un 58,33% de NNA migrantes sin afiliación en los egresos por esta causa, año 2021 en la Región de Tarapacá**

(III) Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema respiratorio

En 2019 del total de EH por enfermedades del sistema respiratorio (n=68.227) el 1,03% (n=700) correspondió a migrantes internacionales, en 2020 el porcentaje fue de 1.27% (n=186 del total de 14.677) y en 2021 de 18.438 EH por esta causa 1,06% (n=196) fue en dicha población, variando entre los distintos años respecto a la carga de enfermedad en el contexto de los egresos hospitalarios. Dentro de los egresos hospitalarios por enfermedades del sistema respiratorio en NNA **el porcentaje de EH correspondiente a hombres fue consistentemente mayor al de EH correspondientes a mujeres, tanto en chilenos como migrantes internacionales.** (Tablas 1.4.37 -1.4.38) Entre las principales causas se encontraron: gripe y neumonía, enfermedades respiratorias inferiores agudas, otras enfermedades de las vías respiratorias superiores y enfermedades de las vías respiratorias inferiores crónicas, en distinto orden por año (Tabla 1.4.39). Las brechas de afiliación se reiteran también en esta causa de EH y no se observan diferencias importantes entre los tipos de enfermedades respiratorias y la condición de migrante/local.

Tabla 1.4.37 Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema respiratorio en NNA
migrantes internacionales según edad, sexo y sistema previsional. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Edad	0-9 años	621	88,71	129	69,35	152	77,55
	10-19 años	79	11,29	57	30,65	44	22,45
Sexo	Hombre	383	54,71	100	53,76	113	57,65
	Mujer	317	45,29	86	46,24	83	42,35
Previsión de salud	Desconocida	22	3,14	5	2,69	1	0,51
	Fonasa	491	70,14	112	60,22	162	82,65
	Isapre	75	10,71	25	13,44	13	6,63
	Ninguna	100	14,29	38	20,43	19	9,69
	Otro	12	1,71	6	3,23	1	0,51
R. Tarapacá							
Edad	0-9 años	36	92,31	6	85,71	6	85,71
	10-19 años	3	7,69	1	14,29	1	14,29
Sexo	Hombre	24	61,54	5	71,43	5	71,43
	Mujer	15	38,46	2	28,57	2	28,57
Previsión de salud	Desconocida	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Fonasa	27	69,23	2	28,57	2	28,57
	Isapre	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Ninguna	12	30,77	5	71,43	5	71,43
	Otro	0	0,00	0	0,00	0	0,00
R. O'Higgins							
Edad	0-9 años	18	100,00	2	100,00	2	100,00
	10-19 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sexo	Hombre	10	55,56	2	100,00	2	100,00
	Mujer	8	44,44	0	0,00	0	0,00
Previsión de salud	Desconocida	3	16,67	0	0,00	0	0,00
	Fonasa	13	72,22	2	100,00	2	100,00
	Isapre	1	5,56	0	0,00	0	0,00
	Ninguna	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Otro	1	5,56	0	0,00	0	0,00
R. Metropolitana							
Edad	0-9 años	382	89,04	115	75,66	115	75,66
	10-19 años	47	10,96	37	24,34	37	24,34
Sexo	Hombre	234	54,55	83	54,61	83	54,61
	Mujer	195	45,45	69	45,39	69	45,39
Previsión de salud	Desconocida	12	2,80	1	0,66	1	0,66
	Fonasa	293	68,30	126	82,89	126	82,89
	Isapre	49	11,42	13	8,55	13	8,55
	Ninguna	65	15,15	11	7,24	11	7,24
	Otro	10	2,33	1	0,66	1	0,66

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.38 Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema respiratorio en NNA chilenos según edad, sexo y sistema previsional. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Edad	0-9 años	59695	88,40	10449	72,11	14085	77,21
	10-19 años	7832	11,60	4042	27,89	4157	22,79
Sexo	Hombre	37674	55,79	7919	54,65	10192	55,87
	Mujer	29853	44,21	6572	45,35	8050	44,13
Previsión de salud	Desconocida	451	0,67	152	1,05	93	0,51
	Fonasa	49661	73,54	9765	67,39	13158	72,13
	Isapre	14240	21,09	3971	27,40	4685	25,68
	Ninguna	865	1,28	190	1,31	111	0,61
	Otro	2310	3,42	413	2,85	195	1,07
R. Tarapacá							
Edad	0-9 años	790	89,87	178	92,71	178	92,71
	10-19 años	89	10,13	14	7,29	14	7,29
Sexo	Hombre	514	58,48	111	57,81	111	57,81
	Mujer	365	41,52	81	42,19	81	42,19
Previsión de salud	Desconocida	20	2,28	1	0,52	1	0,52
	Fonasa	678	77,13	177	92,19	177	92,19
	Isapre	98	11,15	5	2,60	5	2,60
	Ninguna	40	4,55	8	4,17	8	4,17
	Otro	43	4,89	1	0,52	1	0,52
R. O'Higgins							
Edad	0-9 años	2706	87,60	460	76,54	460	76,54
	10-19 años	383	12,40	141	23,46	141	23,46
Sexo	Hombre	1733	56,10	340	56,57	340	56,57
	Mujer	1356	43,90	261	43,43	261	43,43
Previsión de salud	Desconocida	24	0,78	0	0,00	0	0,00
	Fonasa	2537	82,13	492	81,86	492	81,86
	Isapre	438	14,18	107	17,80	107	17,80
	Ninguna	20	0,65	0	0,00	0	0,00
	Otro	70	2,27	2	0,33	2	0,33
R. Metropolitana							
Edad	0-9 años	27768	90,50	7535	79,90	7535	79,90
	10-19 años	2915	9,50	1895	20,10	1895	20,10
Sexo	Hombre	17245	56,20	5274	55,93	5274	55,93
	Mujer	13438	43,80	4156	44,07	4156	44,07
Previsión de salud	Desconocida	121	0,39	52	0,55	52	0,55
	Fonasa	20025	65,26	5966	63,27	5966	63,27
	Isapre	9199	29,98	3220	34,15	3220	34,15
	Ninguna	468	1,53	78	0,83	78	0,83
	Otro	870	2,84	114	1,21	114	1,21

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.39 Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema respiratorio en NNA
migrantes internacionales y chilenos según diagnóstico. Chile 2019-2021

	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Extranjeros						
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	42	6,00%	14	7,53%	20	10,20%
Gripe y Neumonía	305	43,57%	36	19,35%	51	26,02%
Enfermedades respiratorias inferiores agudas	141	20,14%	25	13,44%	39	19,9%
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	96	13,71%	51	27,42%	33	16,84%
Enfermedades respiratorias inferiores crónicas	85	12,14%	34	18,28%	35	17,86%
Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	1	0,14%	6	3,23%	1	0,51%
Otras enfermedades respiratorias principalmente afectando al intersticio	6	0,86%	1	0,54%	1	0,51%
Condiciones supurativas y necróticas del tracto respiratorio inferior	4	0,57%	1	0,54%	1	0,51%
Otras enfermedades de la pleura	7	1,00%	4	2,15%	2	1,02%
Otras enfermedades del sistema respiratorio	13	1,86%	14	7,53%	13	6,63%
Chilenos						
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	4630	6,86%	1471	10,15%	1337	7,33%
Gripe y Neumonía	21558	31,93%	1784	12,31%	2776	15,22%
Enfermedades respiratorias inferiores agudas	17590	26,05%	1506	10,39%	5188	28,44%
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	16881	25,00%	7556	52,14%	5805	31,82%
Enfermedades respiratorias inferiores crónicas	4812	7,13%	1266	8,74%	1945	10,66%
Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	200	0,30%	124	0,86%	131	0,72%
Otras enfermedades respiratorias principalmente afectando al intersticio	123	0,18%	51	0,35%	43	0,24%
Condiciones supurativas y necróticas del tracto respiratorio inferior	70	0,10%	29	0,20%	33	0,18%
Otras enfermedades de la pleura	271	0,40%	156	1,08%	165	0,90%
Otras enfermedades del sistema respiratorio	1392	2,06%	548	3,78%	819	4,49%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

(IV) Egresos hospitalarios por enfermedades en el periodo perinatal

En 2019 del total de EH por enfermedades en el periodo perinatal (n=37.139) el 0,29% (n=107) correspondió a migrantes internacionales, en 2020 del total de 32.279 EH por esta causa el 0,26% (n=85) fu en migrantes internacionales y en 2021 de 26.731 EH por esta casa 0,42% (n=112) fue en dicha población.

Tabla 1.4.40 Egresos hospitalarios por enfermedades en el periodo perinatal en NNA migrantes internacionales y chilenos según diagnóstico. Chile 2019-2021

	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Extranjero						
Afecciones de origen perinatal	3	2,8%	4	4,71%	11	9,82%
Desórdenes relacionados con el embarazo	20	18,69%	16	18,82%	23	20,54%
Traumatismo durante el parto	1	0,93%	0	0,00%	1	0,89%
Enfermedades respiratorias y cardíacas durante el periodo perinatal	33	30,84%	17	20,00%	23	20,54%
Enfermedades infecciosas del periodo perinatal	7	6,54%	2	2,35%	6	5,36%
Enfermedades hematológicas y hemorrágicas durante el periodo perinatal	24	22,43%	33	38,82%	31	27,68%
Enfermedades endocrinas transitorias del feto y del recién nacido	11	10,28%	5	5,88%	6	5,36%
Enfermedades del sistema digestivo del feto y del recién nacido	1	0,93%	1	1,18%	1	0,89%
Enfermedades de la piel y de la regulación de la temperatura	1	0,93%	1	1,18%	3	2,68%
Otras enfermedades del feto y del recién nacido	6	5,61%	6	7,06%	7	6,25%
Chileno						
Afecciones de origen perinatal	1638	4,42%	1540	4,78%	1459	5,48%
Desórdenes relacionados con el embarazo	5704	15,4%	5286	16,42%	4867	18,28%
Traumatismo durante el parto	142	0,38%	116	0,36%	99	0,37%
Enfermedades respiratorias y cardíacas durante el periodo perinatal	7896	21,32%	6921	21,50%	6056	22,75%
Enfermedades infecciosas del periodo perinatal	2645	7,14%	2300	7,140%	1672	6,28%
Enfermedades hematológicas y hemorrágicas durante el periodo perinatal	13764	37,17%	11254	34,96%	9068	34,07%
Enfermedades endocrinas transitorias del feto y del recién nacido	2414	6,52%	1989	6,18%	1634	6,14%
Enfermedades del sistema digestivo del feto y del recién nacido	374	1,01%	313	0,97%	236	0,89%
Enfermedades de la piel y de la regulación de la temperatura	487	1,32%	359	1,12%	211	0,79%
Otras enfermedades del feto y del recién nacido	1968	5,31%	2116	6,57%	1317	4,95%

Tabla 1.4.41 Egresos hospitalarios por enfermedades del periodo perinatal en NNA migrantes internacionales según edad, sexo y sistema previsional. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021		
		n	%	n	%	n	%	
Total país								
Sexo	Hombre	58	54,21%	43	50,59%	61	54,46%	
	Mujer	49	45,79%	42	49,41%	51	45,54%	
	Otro	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
Previsión de salud	Desconocida	6	5,61%	** 4	4,71%	0	0,00%	**
	Fonasa	83	77,57%	66	77,65%	106	94,64%	
	Isapre	5	4,67%	7	8,24%	1	0,89%	
	Ninguna	8	7,48%	7	8,24%	4	3,57%	
	Otro	5	4,67%	1	1,18%	1	0,89%	
R. Tarapacá								
Sexo	Hombre	1	50,00%			1	100,00%	
	Mujer	1	50,00%			0	0,00%	
Previsión de salud	Desconocida	0	0,00%			0	0,00%	
	Fonasa	1	50,00%			0	0,00%	
	Isapre	0	0,00%			0	0,00%	
	Ninguna	1	50,00%			1	100,00%	
	Otro	0	0,00%			0	0,00%	
R. O'Higgins								
Sexo	Hombre	0	0,00%	1	50,00%	4	100,00%	**
	Mujer	2	100,00%	1	50,00%	0	0,00%	
Previsión de salud	Desconocida	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
	Fonasa	1	0,00%	1	50,00%	4	100,00%	
	Isapre	0	50,00%	0	0,00%	0	0,00%	
	Ninguna	1	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
	Otro	0	50,00%	1	50,00%	0	0,00%	
R. Metropolitana								
Sexo	Hombre	34	59,65%	28	53,85%	45	51,14%	
	Mujer	23	40,35%	24	46,15%	43	48,86%	
	Otro	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
Previsión de salud	Desconocida	1	1,75%	** 3	5,77%	0	0,00%	**
	Fonasa	49	85,96%	39	75,00%	85	96,59%	
	Isapre	1	1,75%	5	9,62%	1	1,14%	
	Ninguna	4	7,02%	5	9,62%	2	2,27%	
	Otro	2	3,51%	0	0,00%	0	0,00%	

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

Tabla 1.4.42 Egresos hospitalarios por enfermedades del periodo perinatal en NNA chilenos según edad, sexo y sistema previsional. Chile 2019-2021

		2019		2020		2021	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Sexo	Hombre	20027	54,08%	17473	54,27%	14469	54,36%
	Mujer	17001	45,91%	14715	45,71%	12150	45,64%
	Otro	4	0,02%	6	0,02%	0	0,00%
Previsión de salud	Desconocida	944	2,55% **	753	2,34%	298	1,12% **
	Fonasa	27319	73,77%	25245	78,42%	22168	83,28%
	Isapre	4003	10,81%	3462	10,75%	2787	10,47%
	Ninguna	3803	10,27%	1991	6,18%	1023	3,84%
	Otro	963	2,60%	743	2,31%	343	1,29%
R. Tarapacá							
Sexo	Hombre	351	56,43%	287	52,28%	150	63,83%
	Mujer	271	43,57%	262	47,72%	85	36,17%
Previsión de salud	Desconocida	14	2,25%	10	1,82%	0	0,00%
	Fonasa	110	17,68%	128	23,32%	81	34,47%
	Isapre	36	5,79%	36	6,56%	8	3,40%
	Ninguna	450	72,35%	362	65,94%	146	62,13%
	Otro	12	1,93%	13	2,37%	0	0,00%
R. O'Higgins							
Sexo	Hombre	1036	55,08%	924	53,81%	841	57,72% **
	Mujer	845	44,92%	793	46,19%	616	42,28%
Previsión de salud	Desconocida	77	4,09%	34	1,98%	1	0,07%
	Fonasa	1396	74,22%	1344	78,28%	1280	87,85%
	Isapre	136	7,23%	116	6,76%	95	6,52%
	Ninguna	100	5,32%	39	2,27%	1	0,07%
	Otro	172	9,14%	184	10,72%	80	5,49%
R. Metropolitana							
Sexo	Hombre	8036	52,92%	7074	54,44%	6099	54,20%
	Mujer	7149	47,08%	5918	45,55%	5153	45,80%
	Otro	1	0,01%	1	0,01%	0	0,00%
Previsión de salud	Desconocida	278	1,83% **	172	1,32%	151	1,34% **
	Fonasa	10042	66,13%	9622	74,06%	8409	74,73%
	Isapre	2340	15,41%	2166	16,67%	1993	17,71%
	Ninguna	2319	15,27%	906	6,97%	644	5,72%
	Otro	207	1,36%	127	0,98%	55	0,49%

**p-valor<0,05 Test Chi² o Exacto de Fisher (Condición de migrante vs previsión de salud)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de egresos hospitalarios 2019,2020,2021. Entregados por el DEIS, Ministerio de Salud de Chile

2.4.2 REM: Resúmenes estadísticos mensuales

Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) corresponden a resúmenes de datos que consideran el registro de las actividades realizadas en los establecimientos de salud del sistema público de atención a lo largo de todo Chile. Las series REM han sido una herramienta básica utilizada para el monitoreo de los Programas y Convenios de Salud, por lo que su actualización siempre se enmarca en un proceso coordinado entre las diferentes divisiones del Ministerio de Salud (MINSAL).

2.4.2.1 Serie P

El REM Serie P es el instrumento destinado a recoger las estadísticas de la Población Bajo Control, de los diferentes Programas instalados en los establecimientos de salud, principalmente, de Atención Primaria (APS).

2.4.2.1.1 Gestantes en control y con evaluación de riesgo psicosocial.

Para los años 2021, 2020 y 2019 se contó con la información de gestantes en control con evaluación de riesgo biopsicosocial (Sección B), de la serie “población en control del programa de salud de la mujer” (P1), en población total e inmigrantes, distinguiendo entre diversos tramos de edad.

Tanto para el total de país como para las regiones de Tarapacá (1ra región), O’Higgins (6ta región) y metropolitana (RM) en específico, hubo una **disminución en el número total de gestantes de 19 años o menos en control con evaluación de riesgo biopsicosocial entre 2019 y 2021.** Concretamente, para el total del país en 2019 se registraron unas 6.585 gestantes de 19 años o menos mientras que en 2021 se registraron 4.677 gestantes de 19 años o menos. Al considerar solo a la población migrante, se observó una oscilación a través de los años, específicamente hubo **una disminución entre 2019 y 2020, para luego volver a aumentar entre 2020 y 2021 (llegando a superar los registros de 2019).** De este modo, en 2021 se registraron 812 migrantes gestantes de 19 años o menos en control con evaluación de riesgo

biopsicosocial en el total del país mientras que en 2019 se registraban 663 gestantes migrantes menores de 19 años en la misma situación. Mismo patrón, pero en diferentes magnitudes se observó para cada una de las regiones analizadas en particular. En todos los casos (año, región y condición migratoria) el porcentaje de gestantes NNA menores de 15 años no superó el 5%. (Tabla 1.4.43)

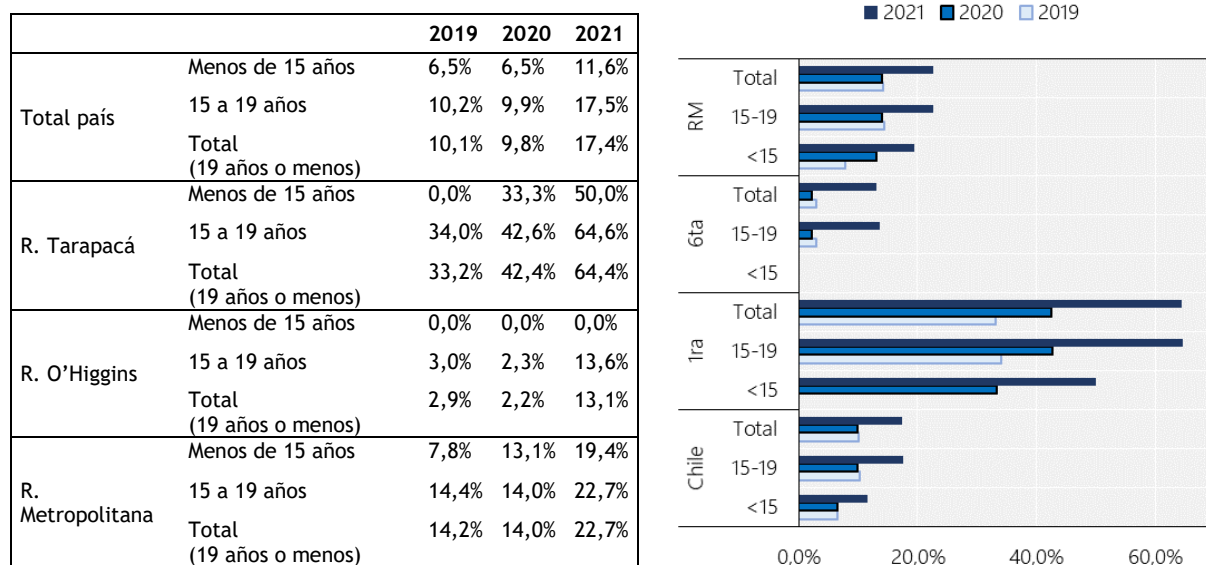
Tabla 1.4.43 Cantidad y distribución de mujeres gestantes NNA (19 años o menos) chilenas y migrantes internacionales en control con evaluación de riesgo biopsicosocial, según tramo de edad. Chile y regiones específicas 2019-2020-2021.

Edad gestantes		2019			2020			2019		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Total país										
Menos de 15 años	n	188	13	201	144	10	154	99	13	112
	%	3,2%	2,0%	3,1%	3,3%	2,1%	3,2%	2,6%	1,6%	2,4%
15 a 19 años	n	5734	650	6.384	4196	462	4.658	3766	799	4.565
	%	96,8%	98,0%	96,9%	96,7%	97,9%	96,8%	97,4%	98,4%	97,6%
R. Tarapacá										
Menos de 15 años	n	5	0	5	2	1	3	1	1	2
	%	3,7%	0,0%	2,5%	2,5%	1,7%	2,2%	1,6%	0,9%	1,1%
15 a 19 años	n	130	67	197	78	58	136	62	113	175
	%	96,3%	100,0%	97,5%	97,5%	98,3%	97,8%	98,4%	99,1%	98,9%
R. O'Higgins										
Menos de 15 años	n	11	0	11	11	0	11	8	0	8
	%	3,3%	0,0%	3,2%	4,9%	0,0%	4,8%	3,8%	0,0%	3,3%
15 a 19 años	n	320	10	330	213	5	218	204	32	236
	%	96,7%	100,0%	96,8%	95,1%	100,0%	95,2%	96,2%	100,0%	96,7%
R. Metropolitana										
Menos de 15 años	n	71	6	77	53	8	61	29	7	36
	%	3,4%	1,7%	3,2%	3,6%	3,4%	3,6%	2,4%	1,9%	2,3%
15 a 19 años	n	2026	341	2.367	1408	230	1.638	1203	354	1.557
	%	96,6%	98,3%	96,8%	96,4%	96,6%	96,4%	97,6%	98,1%	97,7%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Rem-P1. Población En Control Programa De Salud De La Mujer En Atención Primaria, Sección B: Gestantes En Control Con Evaluación Riesgo Biopsicosocial
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

En la misma línea, si bien hay una tendencia al descenso en el número de gestantes NNA en control tanto para migrantes como locales, **se observó un aumento en el porcentaje del total de las gestantes NNA correspondiente a migrantes, sobretudo en la región de Tarapacá.** Así, del total de gestantes en control NNA en 2019 un 10,1% correspondió a migrantes internacionales (vs 17,4% en 2021), asimismo, del total de gestantes NNA en control de la región de Tarapacá en 2019 un 33,2% correspondió a migrantes (vs 64,4% en 2021). (Figura 1.4.4)

Figura 1.4.4. Porcentaje de gestantes NNA (19 años o menos) en control con evaluación de riesgo biopsicosocial correspondiente a migrantes internacionales. Chile y regiones específicas 2019-2020-2021.

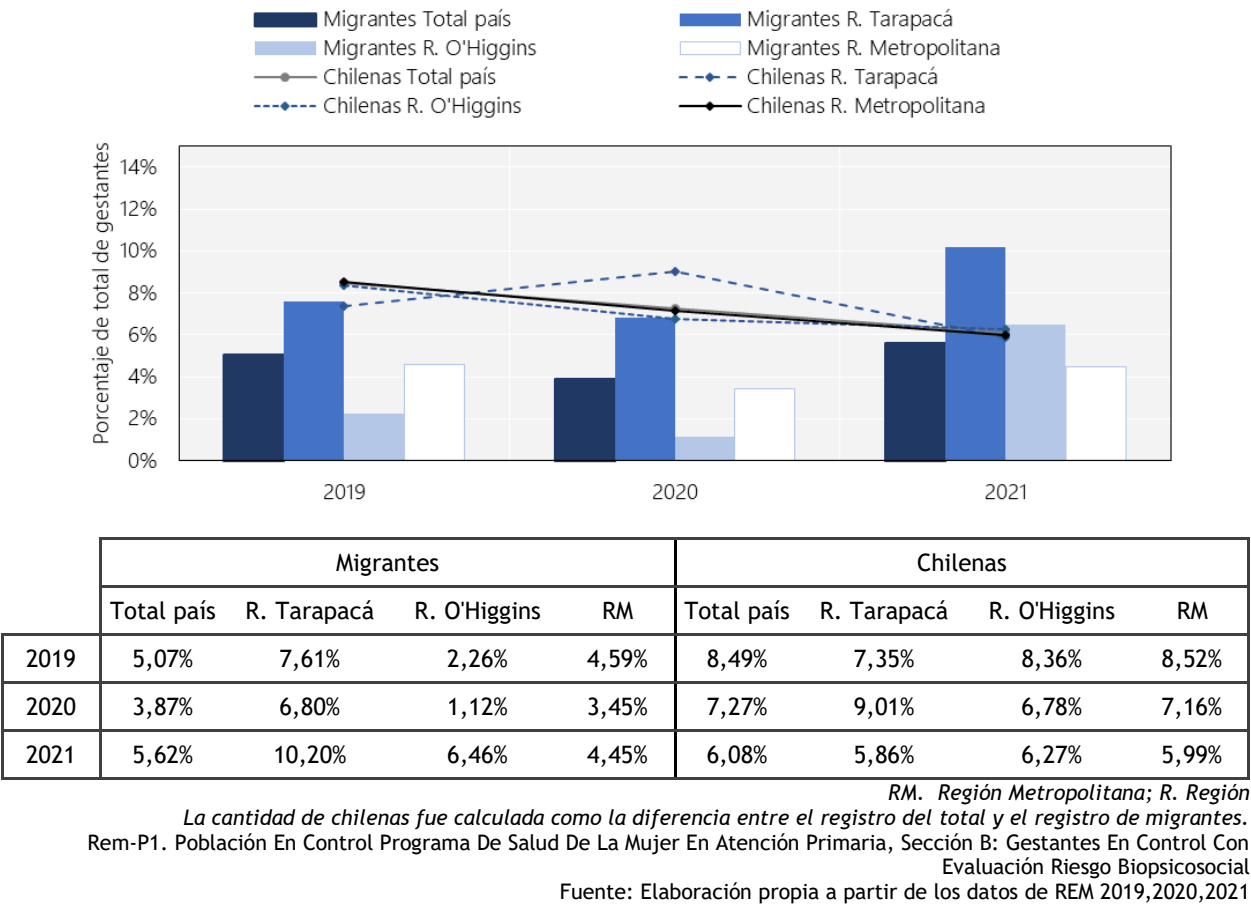


Rem-P1. Población En Control Programa De Salud De La Mujer En Atención Primaria, Sección B: Gestantes En Control Con Evaluación Riesgo Biopsicosocial
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Del total de gestantes migrantes en control con evaluación de riesgo biopsicosocial (todas las edades) del país en 2019, el 5,07% correspondió a NNA (mujeres de 19 años o menos), en 2020 dicho porcentaje correspondió a un 3,87%, mientras que en 2021 a un 5,62%. En chilenas dichos porcentajes fueron mayores, pero a diferencia de las migrantes este ha ido en disminución desde 2019. **Análogo a lo observado**

anteriormente, la región de Tarapacá presentó los mayores índices de embarazo en NNA incluso por sobre las chilenas. (Figura 1.4.5).

Figura 1.4.5. Porcentaje de gestantes NNA del total de las gestantes en control con evaluación de riesgo biopsicosocial, chilenas y migrantes internacionales. Chile y regiones específicas 2019-2020-2021.



2.4.2.1.2 Estado nutricional

Las Serie P2 y P9 entregan información sobre el estado nutricional de niños y adolescentes, respectivamente, en población total y migrante, esto en el contexto de la población en control del programa nacional de salud de la infancia para niños y niñas

menores de 59 meses (serie P2, sección A), entre 60 meses y 9 años 11 meses (serie P2, sección A1) y adolescentes entre 10 y 19 años (serie P9, sección A).

Para el total del país, en todos los tramos de edad, la población infantil en control se encontraba en mayor proporción en un estado nutricional normal, siendo en porcentaje menor el caso de la población adolescente en estado nutricional normal. Al contrastar entre chilenos e inmigrantes, para todos los tramos de edad y años se mantuvo que el porcentaje de NNA en control desnutridos o en riesgo de desnutrición fue mayor en NNA migrantes. Lo opuesto ocurre en el caso de la obesidad y/o sobrepeso. Particularmente, para el total del país en 2021, un 68,3% (n=6.397) de los migrantes en control del programa nacional de salud de la infancia menores de 1 mes y 59 meses se encontraban en un estado nutricional normal; en el caso de los 60 meses a 9 años 11 meses en control en el total del país para el mismo año, el 66,8% (n=4.433) se encontraba en estado nutricional normal y en adolescentes en control este porcentaje fue del 49,6% (n=3.755). En chilenos NNA en control estos porcentajes fueron 58,1%, 53,0% y 42,0% respectivamente. Tanto para chilenos como inmigrantes el porcentaje de NNA en control con un estado nutricional normal disminuyó entre 2020 y 2021 (Tabla 1.4.44) Por regiones se mantienen patrones similares (Tabla 1.4.45 -1.4.47).

Agrupando los diagnósticos nutricionales. en 2021 un 6,77% de los niños migrantes entre 60 meses y 9 años 11 meses en control se encontraba en desnutrición o riesgo de desnutrición en todo el país (vs un 2,7% de niños chilenos que se encuentran en tal condición). Por su parte, para este mismo año 26,41% de los NNA migrantes se encontraba con sobrepeso, obeso o obeso severo (vs un 44,2% de NNA chilenos que se encuentran en tal condición). Se debe señalar que en ninguno de los casos los intervalos de confianza se sobreponen. Al respecto, cabe destacar que la desnutrición por déficit se presenta consistentemente y a lo largo de los tres años analizados más presente en NNA migrantes que en chilenos alcanzando proporciones importantes entre los adolescentes de la Región de O'Higgins, donde se observa un 11,5% de adolescentes en esta condición (desnutrido o en riesgo de desnutrición) v/s un 4,3%

de adolescentes chilenos con estas características. A nivel nacional, en adolescentes en 2021 un 7,64% de aquellos en control se encontraba en desnutrición o riesgo de desnutrición en todo el país (vs un 4,88% para el total del país). En contraparte, para este mismo año 42,60% de estos se encontraba en con sobrepeso, obeso o riesgo de en todo el país (vs un 52,76% para el total del país) (Figura 1.4.6 - 1.4.7).

Es importante mencionar que la desnutrición por exceso si bien sigue prevaleciendo en NNA nacionales, está presente en NNA migrantes, observándose un descenso en los índices de peso normal que existen en ambas poblaciones. La transición alimentaria y la exposición a cambios en las pautas de alimentación de los NNA en Chile deben ser indagadas en futuras investigaciones.

Algunas de las conclusiones anteriores se mantienen al distinguir entre hombres y mujeres. Particularmente, para el total de país, distinguiendo ente hombres y mujeres, en general el diagnostico nutricional integrado mostró una disminución entre 2019 y 2021 en el porcentaje de niños y adolescentes en el rango normal, sin dejar de ser este el estado más predominante (Tablas 1.4.48 - 1.4.49). Para otros indicadores nutricionales se observan resultados análogos. Concretamente, para el total del país los migrantes hombres y mujeres presentaron en mayor proporción población en control por debajo de 1 o 2 desviaciones estándar en el promedio en comparación con el total de la población, para los indicadores peso-talla y peso-edad en niños de 1 a 59 meses, indicadores IMC- edad y talla edad para niños de 60 meses a 9 años y 11 meses y adolescentes. Tanto en migrantes como para el total de la población este porcentaje fue disminuyendo a través de los años. (Tabla 1.4.50 -1.4.52)

Tabla 1.4.44 Estado nutricional de NNA chilenas y migrantes internacionales en control, según tramo de edad. Total país 2019-2020-2021.

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Menor de un mes-59 meses^A										
Riesgo desnutrir	n	24.616	870	25.486	20.135	658	20.793	17.149	433	17.582
	%	3,4%	5,9%	3,4%	3,3%	5,0%	3,3%	3,2%	4,6%	3,2%
Desnutrido	n	3549	148	3697	3.054	121	3.175	2.624	62	2.686
	%	0,5%	1,0%	0,5%	0,5%	0,9%	0,5%	0,5%	0,7%	0,5%
Sobrepeso	n	171.879	2.283	174.162	147.077	2.187	149.264	126.914	1.706	128.620
	%	23,5%	15,4%	23,3%	24,1%	16,7%	24,0%	23,6%	18,2%	23,5%
Obeso	n	83.969	925	84.894	73.882	867	74.749	78.656	769	79.425
	%	11,5%	6,3%	11,4%	12,1%	6,6%	12,0%	14,6%	8,2%	14,5%
Normal	n	446.979	10.479	457.458	364.645	9.218	373.863	313.344	6.397	319.741
	%	61,1%	70,9%	61,3%	59,8%	70,6%	60,0%	58,1%	68,3%	58,3%
Desnutrición 2ria	n	240	85	325	1.261	14	1.275	186	2	188
	%	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
60 meses a 9 años 11 meses^B										
Riesgo desnutrir	n	10.417	503	10.920	8.406	406	8.812	5.807	395	6.202
	%	2,7%	6,6%	2,7%	2,5%	6,1%	2,6%	2,4%	6,0%	2,5%
Desnutrido	n	1.367	108	1.475	1.065	55	1.120	790	54	844
	%	0,3%	1,4%	0,4%	0,3%	0,8%	0,3%	0,3%	0,8%	0,3%
Sobrepeso	n	84.172	1.205	85.377	71.330	1.020	72.350	50.402	1.027	51.429
	%	21,5%	15,7%	21,3%	21,6%	15,4%	21,4%	20,7%	15,5%	20,6%
Obeso	n	63.065	582	63.647	53.103	503	53.606	43.034	605	43.639
	%	16,1%	7,6%	15,9%	16,0%	7,6%	15,9%	17,7%	9,1%	17,5%
Obeso Severo	n	14.263	58	14.321	11.067	48	11.115	14.007	120	14.127
	%	3,6%	0,8%	3,6%	3,3%	0,7%	3,3%	5,8%	1,8%	5,7%
Normal	n	218.437	5.210	223.647	185.906	4.597	190.503	128.890	4.433	133.323
	%	55,7%	67,8%	55,9%	56,2%	69,2%	56,4%	53,0%	66,8%	53,4%
Desnutrición 2ria	n	516	13	529	120	12	132	89	0	89
	%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Adolescentes (10 a 19 años)^C										
Bajo peso	n	11.613	742	12.355	8.167	652	8.819	6.318	487	6.805
	%	4,6%	8,1%	4,8%	4,3%	8,3%	4,5%	3,9%	6,4%	4,0%
Desnutrido	n	1.740	124	1.864	1.284	109	1.393	1.440	100	1.540
	%	0,7%	1,3%	0,7%	0,7%	1,4%	0,7%	0,9%	1,3%	0,9%
Sobrepeso	n	66.835	1.976	68.811	49.644	1.653	51.297	42.101	1.768	43.869
	%	26,7%	21,5%	26,5%	26,2%	20,9%	26,0%	25,7%	23,4%	25,6%
Obeso	n	45.904	1.113	47.017	35.506	997	36.503	35.876	1.208	37.084
	%	18,3%	12,1%	18,1%	18,7%	12,6%	18,5%	21,9%	16,0%	21,7%
Obeso severo	n	8.501	163	8.664	7.018	122	7.140	9.015	246	9.261
	%	3,4%	1,8%	3,3%	3,7%	1,5%	3,6%	5,5%	3,3%	5,4%
Normal	n	115.652	5.079	120.731	87.873	4.369	92.242	68.663	3.755	72.418
	%	46,2%	55,2%	46,5%	46,4%	55,3%	46,7%	42,0%	49,6%	42,3%
Desnutrición 2ria	n	113	8	121	61	0	61	198	2	200
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

A. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses. B. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses. C. Rem-P9. Población En Control Del Adolescente, Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.45 Estado nutricional de NNA chilenas y migrantes internacionales en control, según tramo de edad. Región de Tarapacá 2019-2020-2021.

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Menor de un mes-59 meses^A										
Riesgo desnutrir	n	527	21	548	452	55	507	335	21	356
	%	3,8%	3,7%	3,8%	4,3%	4,7%	4,3%	4,2%	4,2%	4,2%
Desnutrido	n	99	8	107	74	10	84	46	5	51
	%	0,7%	1,4%	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%	0,6%	1,0%	0,6%
Sobrepeso	n	3262	97	3359	2930	305	3235	2120	83	2203
	%	23,7%	17,3%	23,4%	27,7%	25,8%	27,5%	26,4%	16,6%	25,8%
Obeso	n	1508	34	1542	1221	124	1345	1145	35	1180
	%	10,9%	6,0%	10,7%	11,5%	10,5%	11,4%	14,3%	7,0%	13,8%
Normal	n	8393	401	8794	5860	687	6547	4382	356	4738
	%	60,9%	71,4%	61,3%	55,4%	58,2%	55,7%	54,6%	71,2%	55,6%
Desnutrición 2ria	n	3	1	4	36	0	36	0	0	0
	%	0,0%	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
60 meses a 9 años 11 meses^B										
Riesgo desnutrir	n	175	12	187	121	12	133	135	18	153
	%	2,7%	5,7%	2,8%	3,2%	4,6%	3,3%	2,6%	4,9%	2,8%
Desnutrido	n	16	1	17	12	1	13	18	2	20
	%	0,2%	0,5%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,4%
Sobrepeso	n	1397	46	1443	813	49	862	1214	70	1284
	%	21,6%	21,8%	21,6%	21,5%	18,9%	21,4%	23,7%	19,0%	23,3%
Obeso	n	1050	21	1071	574	30	604	974	50	1024
	%	16,3%	10,0%	16,1%	15,2%	11,6%	15,0%	19,0%	13,6%	18,6%
Obeso Severo	n	273	9	282	171	3	174	545	33	578
	%	4,2%	4,3%	4,2%	4,5%	1,2%	4,3%	10,6%	8,9%	10,5%
Normal	n	3545	122	3667	2082	164	2246	2247	196	2443
	%	54,9%	57,8%	55,0%	55,2%	63,3%	55,7%	43,8%	53,1%	44,4%
Desnutrición 2ria	n	0	0	0	2	0	2	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Adolescentes (10 a 19 años)^C										
Bajo peso	n	265	65	330	50	8	58	98	36	134
	%	6,1%	7,7%	6,4%	5,5%	7,5%	5,7%	3,9%	5,3%	4,2%
Desnutrido	n	35	2	37	16	2	18	10	8	18
	%	0,8%	0,2%	0,7%	1,8%	1,9%	1,8%	0,4%	1,2%	0,6%
Sobrepeso	n	1145	228	1373	222	31	253	680	176	856
	%	26,4%	27,1%	26,5%	24,5%	29,2%	25,0%	27,3%	26,0%	27,1%
Obeso	n	792	123	915	174	20	194	550	100	650
	%	18,2%	14,6%	17,7%	19,2%	18,9%	19,2%	22,1%	14,8%	20,5%
Obeso severo	n	141	21	162	62	1	63	164	34	198
	%	3,2%	2,5%	3,1%	6,8%	0,9%	6,2%	6,6%	5,0%	6,3%
Normal	n	1961	402	2363	383	44	427	984	323	1307
	%	45,2%	47,8%	45,6%	42,2%	41,5%	42,2%	39,6%	47,7%	41,3%
Desnutrición 2ria	n	1	0	1	0	0	0	1	0	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

A. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses. B. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses. C. Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.46 Estado nutricional de NNA chilenos y migrantes internacionales en control, según tramo de edad. Región de O'Higgins 2019-2020-2021.

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Menor de un mes-59 meses^A										
Riesgo desnutrir	n	1227	41	1268	1170	37	1207	1073	21	1094
	%	3,1%	4,8%	3,1%	3,0%	4,7%	3,1%	3,0%	3,3%	3,0%
Desnutrido	n	173	13	186	168	5	173	190	4	194
	%	0,4%	1,5%	0,5%	0,4%	0,6%	0,4%	0,5%	0,6%	0,5%
Sobrepeso	n	8952	86	9038	8408	110	8518	8008	69	8077
	%	22,3%	10,0%	22,0%	21,8%	13,9%	21,6%	22,5%	10,7%	22,3%
Obeso	n	4591	51	4642	4257	51	4308	4842	39	4881
	%	11,4%	5,9%	11,3%	11,0%	6,4%	10,9%	13,6%	6,0%	13,5%
Normal	n	25237	667	25904	24438	589	25027	21422	512	21934
	%	62,8%	77,7%	63,1%	63,4%	74,4%	63,6%	60,3%	79,4%	60,6%
Desnutrición 2ria	n	15	0	15	124	0	124	5	0	5
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
60 meses a 9 años 11 meses^B										
Riesgo desnutrir	n	606	19	625	803	25	828	578	15	593
	%	2,4%	9,0%	2,4%	3,1%	5,6%	3,1%	2,5%	3,7%	2,5%
Desnutrido	n	93	1	94	84	2	86	57	6	63
	%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%	1,5%	0,3%
Sobrepeso	n	5531	18	5549	5544	37	5581	4827	34	4861
	%	21,7%	8,6%	21,6%	21,3%	8,3%	21,1%	21,0%	8,4%	20,7%
Obeso	n	3891	7	3898	4067	17	4084	3864	18	3882
	%	15,3%	3,3%	15,2%	15,6%	3,8%	15,4%	16,8%	4,5%	16,6%
Obeso Severo	n	872	2	874	952	4	956	1081	6	1087
	%	3,4%	1,0%	3,4%	3,7%	0,9%	3,6%	4,7%	1,5%	4,6%
Normal	n	14445	163	14608	14505	362	14867	12628	324	12952
	%	56,8%	77,6%	56,9%	55,8%	81,0%	56,2%	54,8%	80,4%	55,3%
Desnutrición 2ria	n	6	0	6	44	0	44	3	0	3
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Adolescentes (10 a 19 años)^C										
Bajo peso	n	521	23	544	453	27	480	255	21	276
	%	4,9%	10,1%	5,0%	5,2%	12,3%	5,3%	3,4%	9,3%	3,6%
Desnutrido	n	74	3	77	77	2	79	67	5	72
	%	0,7%	1,3%	0,7%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	2,2%	0,9%
Sobrepeso	n	2827	37	2864	2318	33	2351	1909	52	1961
	%	26,7%	16,2%	26,4%	26,4%	15,0%	26,1%	25,4%	22,9%	25,3%
Obeso	n	2030	22	2052	1759	19	1778	1789	24	1813
	%	19,2%	9,6%	19,0%	20,1%	8,6%	19,8%	23,8%	10,6%	23,4%
Obeso severo	n	381	3	384	386	4	390	464	7	471
	%	3,6%	1,3%	3,5%	4,4%	1,8%	4,3%	6,2%	3,1%	6,1%
Normal	n	4733	135	4868	3778	135	3913	3030	118	3148
	%	44,7%	59,2%	45,0%	43,1%	61,4%	43,5%	40,3%	52,0%	40,7%
Desnutrición 2ria	n	34	5	39	0			0		
	%	0,3%	2,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

La cantidad de chilenos fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

A. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses. B. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses. C. Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.47 Estado nutricional de NNA chilenas y migrantes internacionales en control, según tramo de edad. Región Metropolitana 2019-2020-2021.

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Menor de un mes-59 meses^A										
Riesgo desnutrir	n	11305	558	11863	8431	367	8798	6180	196	6376
	%	4,4%	6,9%	4,4%	4,2%	5,5%	4,2%	3,8%	5,7%	3,8%
Desnutrido	n	1753	82	1835	1501	70	1571	1080	26	1106
	%	0,7%	1,0%	0,7%	0,7%	1,1%	0,8%	0,7%	0,8%	0,7%
Sobrepeso	n	58215	1279	59494	45850	935	46785	36133	657	36790
	%	22,5%	15,7%	22,3%	22,7%	14,0%	22,4%	22,0%	19,3%	21,9%
Obeso	n	25761	470	26231	20890	335	21225	20060	258	20318
	%	9,9%	5,8%	9,8%	10,3%	5,0%	10,2%	12,2%	7,6%	12,1%
Normal	n	162131	5673	167804	125440	4944	130384	101041	2275	103316
	%	62,6%	69,7%	62,8%	62,1%	74,3%	62,4%	61,4%	66,7%	61,5%
Desnutrición 2ria	n	33	82	115	44	4	48	107	0	107
	%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
60 meses a 9 años 11 meses^B										
Riesgo desnutrir	n	4067	363	4430	2860	250	3110	1622	207	1829
	%	3,3%	7,4%	3,5%	3,4%	7,8%	3,5%	3,0%	7,1%	3,2%
Desnutrido	n	591	86	677	404	42	446	287	31	318
	%	0,5%	1,7%	0,5%	0,5%	1,3%	0,5%	0,5%	1,1%	0,6%
Sobrepeso	n	24901	767	25668	17635	485	18120	10386	444	10830
	%	20,5%	15,6%	20,3%	20,8%	15,2%	20,6%	19,3%	15,3%	19,1%
Obeso	n	18833	378	19211	13135	249	13384	8946	267	9213
	%	15,5%	7,7%	15,2%	15,5%	7,8%	15,2%	16,6%	9,2%	16,2%
Obeso Severo	n	3421	29	3450	1957	18	1975	2271	31	2302
	%	2,8%	0,6%	2,7%	2,3%	0,6%	2,2%	4,2%	1,1%	4,1%
Normal	n	69386	3295	72681	48780	2140	50920	30300	1920	32220
	%	57,0%	66,9%	57,4%	57,5%	67,0%	57,9%	56,2%	66,2%	56,8%
Desnutrición 2ria	n	444	6	450	20	11	31	61	0	61
	%	0,4%	0,1%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Adolescentes (10 a 19 años)^C										
Bajo peso	n	3941	456	4397	3072	445	3517	1982	270	2252
	%	4,9%	8,2%	5,1%	4,7%	8,3%	5,0%	4,3%	7,1%	4,5%
Desnutrido	n	630	96	726	522	89	611	440	63	503
	%	0,8%	1,7%	0,8%	0,8%	1,7%	0,9%	1,0%	1,7%	1,0%
Sobrepeso	n	20648	1139	21787	16765	1103	17868	11457	876	12333
	%	25,6%	20,4%	25,3%	25,5%	20,6%	25,2%	25,1%	23,0%	24,9%
Obeso	n	14928	642	15570	12735	629	13364	10898	655	11553
	%	18,5%	11,5%	18,1%	19,4%	11,8%	18,8%	23,8%	17,2%	23,3%
Obeso severo	n	2597	70	2667	2456	67	2523	2484	116	2600
	%	3,2%	1,3%	3,1%	3,7%	1,3%	3,6%	5,4%	3,0%	5,2%
Normal	n	37763	3179	40942	30022	3009	33031	18419	1836	20255
	%	46,9%	56,9%	47,5%	45,8%	56,3%	46,5%	40,3%	48,1%	40,9%
Desnutrición 2ria	n	41	1	42	49	0	49	48	0	48
	%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%

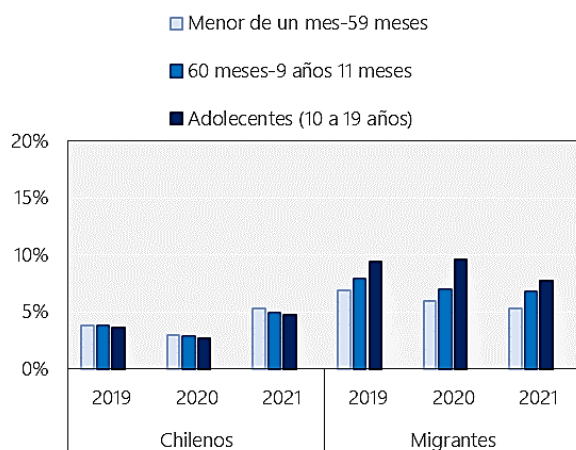
La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

A. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses. B. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses. C. Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional

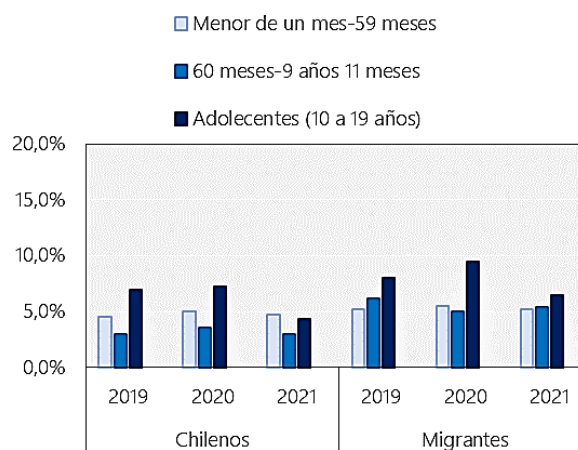
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Figura 1.4.6 Porcentaje de desnutrición, bajo peso o riesgo de desnutrición en NNA chilenos y migrantes internacionales en control. Chile y regiones específicas 2019-2020-2021.

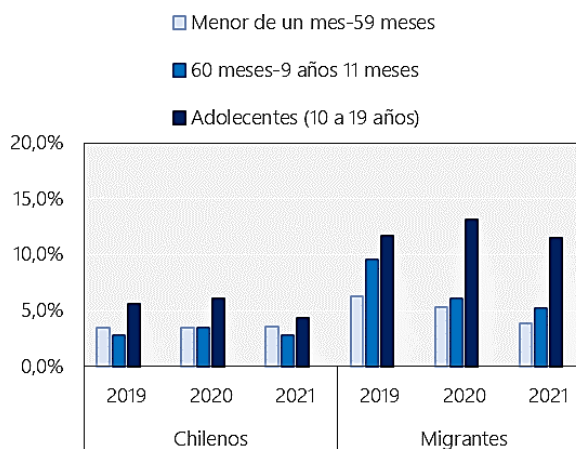
a. Total país



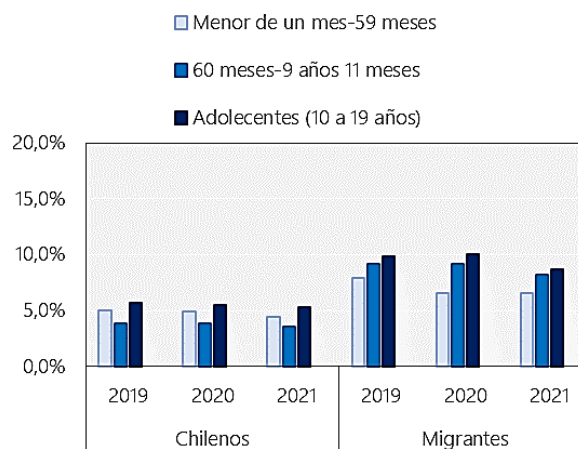
b. Región de Tarapacá



c. Región de O'Higgins



d. Región Metropolitana



La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

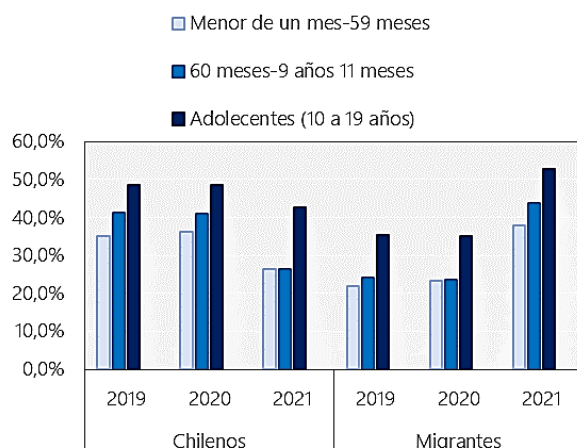
*No se consideró la desnutrición secundaria para la estimación de porcentajes

A. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses. B. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses. C. Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional

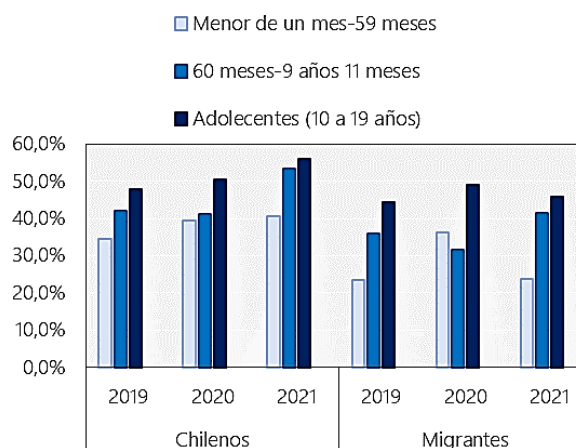
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Figura 1.4.7 Porcentaje de obesidad, obesidad severa o sobrepeso en NNA chilenos y migrantes internacionales en control. Chile y regiones específicas 2019-2020-2021.

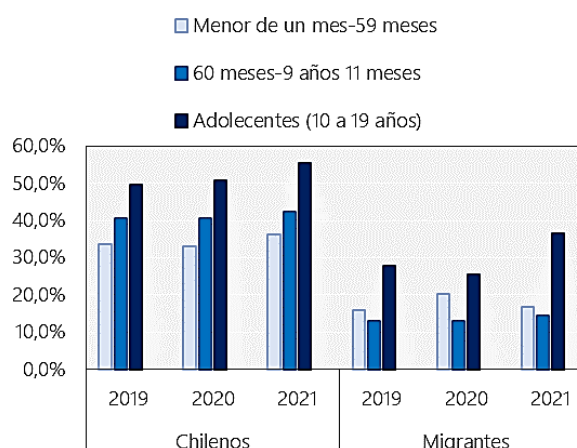
a. Total país



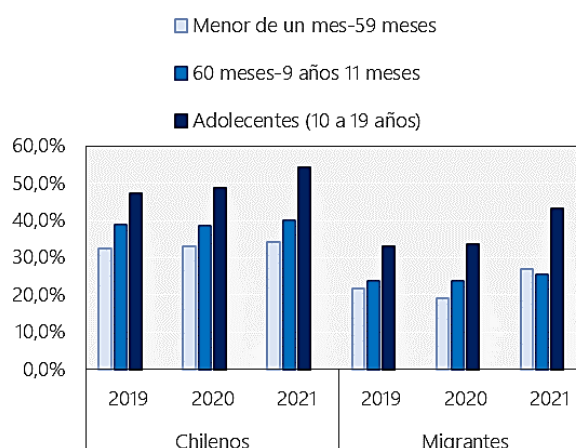
b. Región de Tarapacá



c. Región de O'Higgins



d. Región Metropolitana



La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

*No se consideró la desnutrición secundaria para la estimación de porcentajes

A. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses. B. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses. C. Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.48 Estado nutricional de NNA hombres chilenos y migrantes internacionales en control, según tramo de edad. Chile 2019-2020-2021.

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Menor de un mes-59 meses^A										
Riesgo desnutrir	n	13.356	453	13.809	10.823	368	11.191	9165	225	9.390
	%	3,6%	6,0%	3,6%	3,5%	5,5%	3,5%	3,3%	4,7%	3,4%
Desnutrido	n	1.998	75	2.073	1.715	63	1.778	1.476	30	1.506
	%	0,5%	1,0%	0,5%	0,6%	0,9%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%
Sobrepeso	n	87.414	1.185	88.599	74.607	1.156	75.763	64.484	875	65.359
	%	23,5%	15,6%	23,4%	24,1%	17,1%	23,9%	23,6%	18,3%	23,5%
Obeso	n	43.908	512	44.420	38.906	495	39.401	41.277	366	41.643
	%	11,8%	6,8%	11,7%	12,6%	7,3%	12,4%	15,1%	7,6%	15,0%
Normal	n	224.432	5.314	229.746	183.141	4.661	187.802	157.099	3.293	160.392
	%	60,5%	70,1%	60,6%	59,1%	69,0%	59,3%	57,4%	68,8%	57,6%
Desnutrición 2ria	n	149	41	190	657	9	666	123	0	123
	%	0,0%	0,5%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
60 meses a 9 años 11 meses^B										
Riesgo desnutrir	n	5.471	249	5.720	4.366	206	4.572	2.951	179	3.130
	%	2,7%	6,4%	2,8%	2,6%	5,9%	2,7%	2,4%	5,4%	2,5%
Desnutrido	n	769	53	822	594	29	623	401	26	427
	%	0,4%	1,4%	0,4%	0,4%	0,8%	0,4%	0,3%	0,8%	0,3%
Sobrepeso	n	41.442	601	42.043	35.215	508	35.723	24.606	516	25.122
	%	20,8%	15,5%	20,7%	20,9%	14,7%	20,8%	19,9%	15,4%	19,8%
Obeso	n	32.782	292	33.074	27.687	262	27.949	22.184	318	22.502
	%	16,4%	7,5%	16,3%	16,4%	7,6%	16,2%	18,0%	9,5%	17,7%
Obeso Severo	n	9.094	36	9.130	6.900	32	6.932	8.946	73	9.019
	%	4,6%	0,9%	4,5%	4,1%	0,9%	4,0%	7,2%	2,2%	7,1%
Normal	n	109.565	2.637	112.202	93.749	2.419	96.168	64.397	2.233	66.630
	%	55,0%	68,0%	55,2%	55,6%	69,8%	55,9%	52,1%	66,8%	52,5%
Desnutrición 2ria	n	252	9	261	73	11	84	23	0	23
	%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Adolescentes (10 a 19 años)^C										
Bajo peso	n	6.383	370	6.753	4.210	325	4.535	2.801	215	3.016
	%	5,7%	9,0%	5,8%	5,3%	9,6%	5,5%	4,5%	7,2%	4,7%
Desnutrido	n	1.009	66	1.075	746	50	796	643	41	684
	%	0,9%	1,6%	0,9%	0,9%	1,5%	1,0%	1,0%	1,4%	1,1%
Sobrepeso	n	26.898	824	27.722	18.810	634	19.444	14.470	631	15.101
	%	24,2%	20,0%	24,0%	23,7%	18,8%	23,5%	23,4%	21,2%	23,3%
Obeso	n	20.545	507	21.052	15.157	435	15.592	14.275	536	14.811
	%	18,5%	12,3%	18,2%	19,1%	12,9%	18,8%	23,1%	18,0%	22,8%
Obeso severo	n	4.071	64	4.135	3.114	54	3.168	3.863	114	3.977
	%	3,7%	1,6%	3,6%	3,9%	1,6%	3,8%	6,2%	3,8%	6,1%
Normal	n	52.375	2.290	54.665	37.424	1.877	39.301	25.749	1.438	27.187
	%	47,0%	55,5%	47,3%	47,1%	55,6%	47,4%	41,6%	48,3%	41,9%
Desnutrición 2ria	n	60	3	63	25	0	25	69	0	69
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

La cantidad de chilenos fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

A. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses. B. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses. C. Rem-P9. Población En Control Del Adolescente, Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.49 Estado nutricional de NNA mujeres chilenas y migrantes internacionales en control, según tramo de edad. Chile 2019-2020-2021.

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Menor de un mes-59 meses^A										
Riesgo desnutrir	n	11.260	417	11.677	9312	290	9.602	7984	208	8192
	%	3,1%	5,8%	3,2%	3,1%	4,6%	3,1%	3,0%	4,5%	3,0%
Desnutrido	n	1.551	73	1.624	1339	58	1.397	1148	32	1180
	%	0,4%	1,0%	0,4%	0,4%	0,9%	0,5%	0,4%	0,7%	0,4%
Sobrepeso	n	84.465	1.098	85.563	72470	1.031	73.501	62430	831	63261
	%	23,5%	15,2%	23,3%	24,1%	16,3%	24,0%	23,5%	18,1%	23,4%
Obeso	n	40.061	413	40.474	34976	372	35.348	37379	403	37782
	%	11,1%	5,7%	11,0%	11,7%	5,9%	11,5%	14,1%	8,8%	14,0%
Normal	n	222.547	5.165	227.712	181504	4.557	186.061	156245	3104	159349
	%	61,8%	71,6%	62,0%	60,5%	72,2%	60,7%	58,9%	67,8%	59,1%
Desnutrición 2ria	n	91	44	135	604	5	609	63	2	65
	%	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
60 meses a 9 años 11 meses^B										
Riesgo desnutrir	n	4.946	254	5.200	4040	200	4.240	2856	216	3072
	%	2,6%	6,7%	2,6%	2,5%	6,3%	2,6%	2,4%	6,6%	2,5%
Desnutrido	n	598	55	653	471	26	497	389	28	417
	%	0,3%	1,4%	0,3%	0,3%	0,8%	0,3%	0,3%	0,9%	0,3%
Sobrepeso	n	42.730	604	43.334	36115	512	36.627	25796	511	26307
	%	22,2%	15,9%	22,0%	22,2%	16,1%	22,1%	21,6%	15,5%	21,4%
Obeso	n	30.283	290	30.573	25416	241	25.657	20850	287	21137
	%	15,7%	7,6%	15,5%	15,6%	7,6%	15,5%	17,4%	8,7%	17,2%
Obeso Severo	n	5.169	22	5.191	4167	16	4.183	5061	47	5108
	%	2,7%	0,6%	2,6%	2,6%	0,5%	2,5%	4,2%	1,4%	4,2%
Normal	n	108.872	2.573	111.445	92157	2.178	94.335	64493	2200	66693
	%	56,5%	67,7%	56,7%	56,7%	68,6%	57,0%	54,0%	66,9%	54,3%
Desnutrición 2ria	n	264	4	268	47	1	48	66	0	66
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%
Adolescentes (10 a 19 años)^C										
Bajo peso	n	5.230	372	5.602	3957	327	4.284	3517	272	3789
	%	3,8%	7,3%	3,9%	3,6%	7,2%	3,7%	3,5%	5,9%	3,6%
Desnutrido	n	731	58	789	538	59	597	797	59	856
	%	0,5%	1,1%	0,5%	0,5%	1,3%	0,5%	0,8%	1,3%	0,8%
Sobrepeso	n	39.937	1.152	41.089	30834	1.019	31.853	27631	1137	28768
	%	28,7%	22,7%	28,5%	28,0%	22,5%	27,8%	27,2%	24,8%	27,1%
Obeso	n	25.359	606	25.965	20349	562	20.911	21601	672	22273
	%	18,2%	11,9%	18,0%	18,5%	12,4%	18,2%	21,2%	14,6%	20,9%
Obeso severo	n	4.430	99	4.529	3904	68	3.972	5152	132	5284
	%	3,2%	1,9%	3,1%	3,5%	1,5%	3,5%	5,1%	2,9%	5,0%
Normal	n	63.277	2.789	66.066	50449	2.492	52.941	42914	2317	45231
	%	45,5%	54,9%	45,8%	45,8%	55,0%	46,2%	42,2%	50,5%	42,5%
Desnutrición 2ria	n	53	5	58	36	0	36	129	2	131
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

A. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses. B. Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses. C. Rem-P9. Población En Control Del Adolescente, Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.50 Población en control menor de un mes - 59 meses chilenos y migrantes internacionales según indicadores de estado nutricional. Chile 2019, 2020 y 2021

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Indicador Peso/Edad	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$)	50288	522	50810	48501	525	49026	57656	520	58176
	+ 1 D.S. (+1.0 a +1.9)	135038	1638	136676	118024	1455	119479	107487	1272	108759
	- 1 D.S. (-1.0 a -1.9)	39236	1207	40443	29675	856	30531	22022	553	22575
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	5143	196	5339	4565	136	4701	4194	104	4298
	% Bajo 1 D.S.	19,3%	39,4%	19,6%	17,1%	33,4%	17,3%	13,7%	26,8%	13,9%
	% sobre 1 D.S.	80,7%	60,6%	80,4%	82,9%	66,6%	82,7%	86,3%	73,2%	86,1%
Indicador Peso/Talla	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$)	83648	867	84515	74409	803	75212	77663	669	78332
	+ 1 D.S. (+1.0 a +1.9)	176132	2165	178297	148208	2067	150275	125709	1501	127210
	- 1 D.S. (-1.0 a -1.9)	24643	861	25504	19814	626	20440	17401	453	17854
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	3286	135	3421	3369	114	3483	3103	56	3159
	% Bajo 1 D.S.	9,7%	24,7%	9,9%	9,4%	20,5%	9,6%	9,2%	19,0%	9,3%
	% sobre 1 D.S.	90,3%	75,3%	90,1%	90,6%	79,5%	90,4%	90,8%	81,0%	90,7%
Indicador Talla/Edad	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$)	15915	292	16207	16727	257	16984	21075	259	21334
	+ 1 D.S. (+1.0 a +1.9)	77034	1147	78181	71248	946	72194	72281	864	73145
	- 1 D.S. (-1.0 a -1.9)	96774	2068	98842	71737	1445	73182	49015	862	49877
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	17312	508	17820	12707	291	12998	9291	168	9459
	Promedio (-0,9 A + 0,9)		5806	286846		4985	247895		3522	211463
	% Bajo 1 D.S.	9,1%	66,3%	63,2%	8,2%	68,8%	64,2%	7,1%	68,1%	64,2%
	% sobre 1 D.S.	90,9%	33,7%	36,8%	91,8%	31,2%	35,8%	92,9%	31,9%	35,8%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños Menor De Un Mes-59 Meses

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.51 Población en control de 60 Meses-9 Años 11 Meses chilenos y migrantes internacionales según indicadores de estado nutricional. Chile 2019, 2020 y 2021

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
Indicador Imc / Edad	+ 3 D.S. (≥ 3)	15003	64	15067	11714	55	11769	14906	144	15050
	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$ a $+2.9$)	58463	397	58860	48620	393	49013	39073	577	39650
	+ 1 D.S. ($\geq +1.0$ a $+1.9$)	79426	854	80280	66036	851	66887	46945	950	47895
	- 1 D.S. (≤ -1.0 a -1.9)	10300	359	10659	8146	336	8482	5706	354	6060
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	1507	65	1572	1054	44	1098	889	47	936
	% Bajo 1 D.S.	7,2%	24,4%	7,3%	6,8%	22,6%	7,0%	6,1%	19,4%	6,4%
	% sobre 1 D.S.	92,8%	75,6%	92,7%	93,2%	77,4%	93,0%	93,9%	80,6%	93,6%
Promedio (-0,9 A + 0,9)			2383	137364		2602	117768		2916	75759
Indicador Talla/Edad	+ 2 D.S. ($\geq +2.0$)	11979	142	12121	9993	128	10121	9694	183	9877
	+ 1 D.S. ($+1.0$ a $+1.9$)	43177	508	43685	36374	492	36866	30764	631	31395
	- 1 D.S. (-1.0 a -1.9)	32579	744	33323	28836	695	29531	20005	724	20729
	- 2 D.S. (≤ -2.0)	5447	156	5603	4401	109	4510	3015	139	3154
	% Bajo 1 D.S.	40,8%	58,1%	41,1%	41,8%	56,5%	42,0%	36,3%	51,5%	36,7%
	% sobre 1 D.S.	59,2%	41,9%	58,9%	58,2%	43,5%	58,0%	63,7%	48,5%	63,3%
	Promedio (-0,9 A + 0,9)		2645	176120		2728	144829		3412	103768
Indicador Perímetro De Cintura / Edad		149185	2536	151721	120159	2460	122619	82918	2449	85367
	Normal ($<p75$)	61,4%	75,8%	61,6%	62,2%	77,9%	62,4%	56,8%	73,6%	57,2%
		49228	499	49727	38921	469	39390	29245	494	29739
	Riesgo De Obesidad Abdominal ($75 < p < 90$)	20,3%	14,9%	20,2%	20,1%	14,8%	20,1%	20,0%	14,8%	19,9%
		44566	311	44877	34184	230	34414	33797	386	34183
Obesidad Abdominal ($>p90$)		18,3%	9,3%	18,2%	17,7%	7,3%	17,5%	23,2%	11,6%	22,9%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia, Sección A.1: Población En Control, Según Estado Nutricional Para Niños De 60 Meses-9 Años 11 Meses

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.52 Población en control de 60 Meses-9 Años 11 Meses chilenos y migrantes internacionales según indicadores de estado nutricional. Chile 2019, 2020 y 2021

		2019			2020			2021		
		Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total	Chileno	Migrante	Total
INDICADOR IMC / EDAD	>+ 3 D.E. (Obesidad Severa)	9001	193	9194	7616	134	7750	9970	236	10206
	≥ +2.0 a+2,9 D.E. (Obesidad)	45245	1054	46299	35405	920	36325	35316	1071	36387
	≥ +1.0 a+1,9 D.E.(Sobrepeso)	65299	1972	67271	49929	1662	51591	40394	1612	42006
	≤ -1.0 a-1,9 D.E.(Bajo peso)	11356	709	12065	8540	635	9175	6255	503	6758
	≤ -2.0 D.E. (Desnutrición)	1713	141	1854	1285	121	1406	1338	101	1439
	-0.9 a+ 0.9 D.E. (Peso Normal)	110932	5092	116024	81953	3981	85934	64405	3326	67731
	% Bajo 1 D.S.	5,4%	9,3%	5,5%	5,3%	10,1%	5,5%	4,8%	8,8%	5,0%
	% sobre 1 D.S.	49,1%	35,1%	48,6%	50,3%	36,4%	49,8%	54,3%	42,6%	53,9%
INDICADOR TALLA/EDAD	≥+ 2.0 D.E.(Talla Alta)	7576	247	7823	5535	198	5733	5692	205	5897
	+ 1.0 a+ 1.9 D.E. (Talla Normal Alta)	28384	877	29261	21853	772	22625	19675	749	20424
	- 1.0 a -1.9 D.E. (Talla Normal Baja)	38014	1822	39836	28511	1493	30004	22351	1162	23513
	< 2 D.E. (Talla Baja)	8925	476	9401	6695	448	7143	5366	340	5706
	-0.9 a+ 0.9 D.E. (Talla Normal)	154138	5411	159549	118078	4528	122606	97443	4145	101588
	% Bajo 1 D.S.	19,8%	26,0%	20,0%	19,5%	26,1%	19,7%	18,4%	22,8%	18,6%
	% sobre 1 D.S.	15,2%	12,7%	15,1%	15,2%	13,0%	15,1%	16,9%	14,5%	16,8%
RANGOS PERCENTILARES PARA CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	NORMAL (p<75)	127736	6304	134040	94515	5043	99558	72997	4150	77147
		55,8%	71,3%	56,3%	54,8%	71,1%	55,4%	50,0%	64,3%	50,6%
	RIESGO DE OBESIDAD (p75<p<90)	58264	1659	59923	44137	1295	45432	38201	1318	39519
		25,4%	18,8%	25,2%	25,6%	18,3%	25,3%	26,1%	20,4%	25,9%
	OBESIDAD ABDOMINAL p>90)	43073	884	43957	33813	756	34569	34905	987	35892
		18,8%	10,0%	18,5%	19,6%	10,7%	19,3%	23,9%	15,3%	23,5%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección A: Población En Control De Salud Integral De Adolescentes, Según Estado Nutricional
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

2.4.2.1.3 Trabajo y Estudios en población en control adolescente.

En cuanto a estudios, para todos los años ya sea a nivel nacional o por regiones específicas, más de un 93% del total de población en control adolescente se encontraba estudiando, aunque de ella la población migrante se encuentra en menor porcentaje ejerciendo esta actividad. Para el total del país y regiones, el porcentaje de población adolescente en control estudiando disminuyó entre 2020 y 2021 siendo **migrantes de la región metropolitana los que presentaron la mayor disminución**. Entre 2020 y 2019 para el total del país disminuyó el porcentaje de adolescentes estudiando, mientras que **aumentaron tanto el trabajo infantil como deserción escolar en migrantes y para el total del país**. (Tablas 1.4.53 - 1.4.56)

Específicamente, para el año 2021 un 3,67% de los adolescentes migrantes en control trabajaban incluso bajo las peores condiciones de trabajo, infantil, asimismo un 0,1% realizaba servicio doméstico no remunerado peligroso. Al distinguir por región, en la región de Tarapacá un 3,13% de los adolescentes migrantes en control trabajaban y un 0,13% realizaba servicio doméstico no remunerado peligroso, en la región de O'Higgins un 3.73% de los adolescentes migrantes en control trabajaban **y en la región de Metropolitana un 6,92% de los adolescentes migrantes en control trabajaban y un 0,11% realizaba servicio doméstico no remunerado peligroso**. Para las regiones 1ra, 6ta y metropolitana los intervalos de confianza entre total país y migrantes no se superponen para el trabajo infantil o infantil y la deserción escolar, en perjuicio de la población migrantes. (Figura 1.4.8).

Tabla 1.4.53 Población en control salud integral de adolescentes, según educación y trabajo.
Chile 2019, 2020 y 2021

		Chilenos			Migrantes			Total		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2019										
Estudia	n	239.790	107.772	132.018	8.754	3.922	4.832	248.544	111.694	136.850
	%	96,3%	96,1%	96,5%	94,5%	94,7%	94,4%	96,2%	96,0%	96,4%
Deserción Escolar	n	2.618	1.067	1.551	157	63	94	2.775	1.130	1.645
	%	1,1%	1,0%	1,1%	1,7%	1,5%	1,8%	1,1%	1,0%	1,2%
Trabajo Infantil (TI)	n	529	299	230	28	19	9	557	318	239
	%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,5%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Trabajo Juvenil	n	5.822	2.897	2.925	306	133	173	6.128	3.030	3.098
	%	2,3%	2,6%	2,1%	3,3%	3,2%	3,4%	2,4%	2,6%	2,2%
Peores Formas de TI	n	148	80	68	6	2	4	154	82	72
	%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Servicio Doméstico NRP	n	93	49	44	9	3	6	102	52	50
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
2020										
Estudia	n	194.128	81.787	112.398	7.647	3.323	4.267	201.775	85110	116665
	%	95,4%	95,0%	95,7%	93,8%	97,0%	93,7%	95,4%	95,1%	95,6%
Deserción Escolar	n	2.718	1.190	1.530	168	66	100	2.886	1256	1630
	%	1,3%	1,4%	1,3%	2,1%	1,9%	2,2%	1,4%	1,4%	1,3%
Trabajo Infantil (TI)	n	428	250	178	28	17	11	456	267	189
	%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%	0,5%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Trabajo Juvenil	n	5.917	2.789	3.239	291	12	168	6.208	2801	3407
	%	2,9%	3,2%	2,8%	3,6%	0,4%	3,7%	2,9%	3,1%	2,8%
Peores Formas de TI	n	113	47	66	9	4	5	122	51	71
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Servicio Doméstico NRP	n	89	41	48	8	3	5	97	44	53
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
2021										
Estudia	n	177.574	68.095	109.479	7.665	3.038	4.627	185.239	71133	114106
	%	94,6%	94,6%	94,6%	90,7%	92,3%	89,7%	94,4%	94,5%	94,4%
Deserción Escolar	n	2.266	933	1.333	310	85	225	2.576	1018	1558
	%	1,2%	1,3%	1,2%	3,7%	2,6%	4,4%	1,3%	1,4%	1,3%
Trabajo Infantil (TI)	n	520	251	269	40	15	25	560	266	294
	%	0,3%	0,3%	0,2%	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%	0,4%	0,2%
Trabajo Juvenil	n	7.152	2.619	4.533	418	142	276	7.570	2761	4809
	%	3,8%	3,6%	3,9%	4,9%	4,3%	5,3%	3,9%	3,7%	4,0%
Peores Formas de TI	n	87	35	52	12	6	6	99	41	58
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Servicio Doméstico NRP	n	126	40	86	6	4	2	132	44	88
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

Tabla 1.4.54 Población en control salud integral de adolescentes, según educación y trabajo.

Región de Tarapacá 2019, 2020 y 2021

		Chilenos			Migrantes			Total		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2019										
Estudia	n	4.137	1.781	2.356	790	352	438	4.927	2.133	2.794
	%	96,8%	96,6%	97,0%	97,2%	98,3%	96,3%	96,9%	96,9%	96,9%
Deserción Escolar	n	16	3	13	2	0	2	18	3	15
	%	0,4%	0,2%	0,5%	0,2%	0,0%	0,4%	0,4%	0,1%	0,5%
Trabajo Infantil (TI)	n	10	5	5	0	0	0	10	5	5
	%	0,2%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
Trabajo Juvenil	n	109	54	55	21	6	15	130	60	70
	%	2,6%	2,9%	2,3%	2,6%	1,7%	3,3%	2,6%	2,7%	2,4%
Peores Formas de TI	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio Doméstico NRP	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2020										
Estudia	n	2.207	1.013	1.194	219	92	127	2.426	1105	1321
	%	93,8%	94,8%	93,0%	90,5%	87,6%	92,7%	93,5%	94,1%	93,0%
Deserción Escolar	n	62	24	38	12	6	6	74	30	44
	%	2,6%	2,2%	3,0%	5,0%	5,7%	4,4%	2,9%	2,6%	3,1%
Trabajo Infantil (TI)	n	3	1	2	0	0	0	3	1	2
	%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Trabajo Juvenil	n	80	30	50	9	5	4	89	35	54
	%	3,4%	2,8%	3,9%	3,7%	4,8%	2,9%	3,4%	3,0%	3,8%
Peores Formas de TI	n	1	1	0	1	1	0	2	2	0
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	1,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%
Servicio Doméstico NRP	n	0	0	0	1	1	0	1	1	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
2021										
Estudia	n	3.183	1.282	1.901	723	324	399	3.906	1606	2300
	%	97,0%	96,8%	97,2%	90,6%	90,3%	90,9%	95,8%	95,4%	96,0%
Deserción Escolar	n	28	19	9	49	22	27	77	41	36
	%	0,9%	1,4%	0,5%	6,1%	6,1%	6,2%	1,9%	2,4%	1,5%
Trabajo Infantil (TI)	n	12	6	6	4	1	3	16	7	9
	%	0,4%	0,5%	0,3%	0,5%	0,3%	0,7%	0,4%	0,4%	0,4%
Trabajo Juvenil	n	56	16	40	18	8	10	74	24	50
	%	1,7%	1,2%	2,0%	2,3%	2,2%	2,3%	1,8%	1,4%	2,1%
Peores Formas de TI	n	1	1	0	3	3	0	4	4	0
	%	0,0%	0,1%	0,0%	0,4%	0,8%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%
Servicio Doméstico NRP	n	0	0	0	1	1	0	1	1	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

Tabla 1.4.55 Población en control salud integral de adolescentes, según educación y trabajo.

Región de O'Higgins 2019, 2020 y 2021

		Chilenos			Migrantes			Total		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2019										
Estudia	n	10.140	4.785	5.355	201	91	110	10.341	4.876	5.465
	%	95,1%	94,1%	95,9%	94,4%	95,8%	93,2%	95,1%	94,2%	95,9%
Deserción Escolar	n	178	95	83	7	1	6	185	96	89
	%	1,7%	1,9%	1,5%	3,3%	1,1%	5,1%	1,7%	1,9%	1,6%
Trabajo Infantil (TI)	n	19	15	4	0	0	0	19	15	4
	%	0,2%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,1%
Trabajo Juvenil	n	328	187	141	5	3	2	333	190	143
	%	3,1%	3,7%	2,5%	2,3%	3,2%	1,7%	3,1%	3,7%	2,5%
Peores Formas de TI	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio Doméstico NRP	n	1	1	0	0	0	0	1	1	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2020										
Estudia	n	9.071	4.155	4.973	297	89	151	9.368	4244	5124
	%	93,3%	92,8%	93,7%	93,4%	93,7%	92,1%	93,3%	92,8%	93,7%
Deserción Escolar	n	116	42	76	9	1	6	125	43	82
	%	1,2%	0,9%	1,4%	2,8%	1,1%	3,7%	1,2%	0,9%	1,5%
Trabajo Infantil (TI)	n	12	9	3	1	1	0	13	10	3
	%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	1,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
Trabajo Juvenil	n	523	270	253	11	4	7	534	274	260
	%	5,4%	6,0%	4,8%	3,5%	4,2%	4,3%	5,3%	6,0%	4,8%
Peores Formas de TI	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Servicio Doméstico NRP	n	2	2	0	0	0	0	2	2	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2021										
Estudia	n	8.866	3.366	5.500	223	89	134	9.089	3455	5634
	%	94,6%	94,2%	94,8%	92,5%	95,7%	90,5%	94,5%	94,2%	94,7%
Deserción Escolar	n	60	20	40	9	1	8	69	21	48
	%	0,6%	0,6%	0,7%	3,7%	1,1%	5,4%	0,7%	0,6%	0,8%
Trabajo Infantil (TI)	n	12	8	4	0	0	0	12	8	4
	%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
Trabajo Juvenil	n	423	177	246	9	3	6	432	180	252
	%	4,5%	5,0%	4,2%	3,7%	3,2%	4,1%	4,5%	4,9%	4,2%
Peores Formas de TI	n	10	0	10	0	0	0	10	0	10
	%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%
Servicio Doméstico NRP	n	5	4	1	0	0	0	5	4	1
	%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección B: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Educación Y Trabajo

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Tabla 1.4.56 Población en control salud integral de adolescentes, según educación y trabajo.

Región de Metropolitana 2019, 2020 y 2021

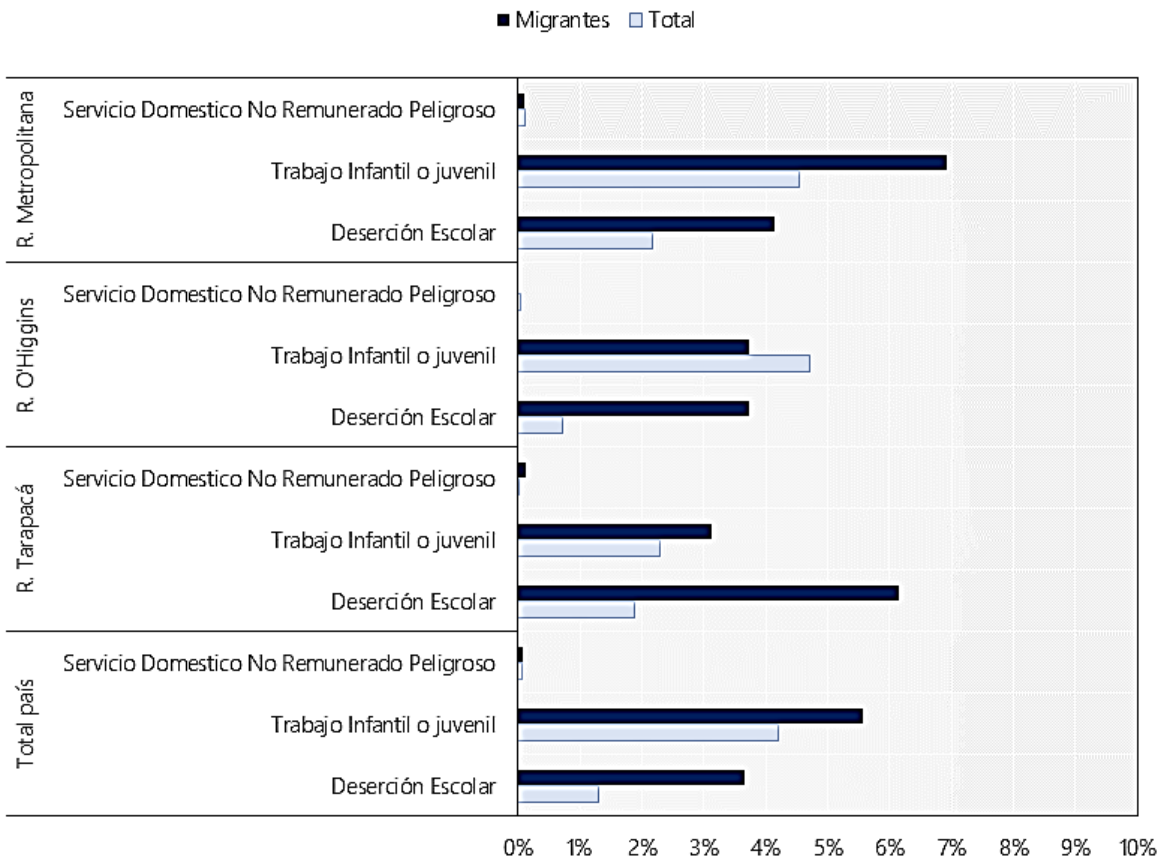
		Chilenos			Migrantes			Total		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
2019										
Estudia	n	74.662	32.618	42.044	5.433	2.430	3.003	80.095	35.048	45.047
	%	95,3%	95,0%	95,4%	94,1%	94,4%	93,8%	95,2%	95,0%	95,3%
Deserción Escolar	n	1.319	533	786	113	44	69	1.432	577	855
	%	1,7%	1,6%	1,8%	2,0%	1,7%	2,2%	1,7%	1,6%	1,8%
Trabajo Infantil (TI)	n	243	119	124	27	18	9	270	137	133
	%	0,3%	0,3%	0,3%	0,5%	0,7%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%
Trabajo Juvenil	n	2.010	984	1.026	191	78	113	2.201	1.062	1.139
	%	2,6%	2,9%	2,3%	3,3%	3,0%	3,5%	2,6%	2,9%	2,4%
Peores Formas de TI	n	98	49	49	4	2	2	102	51	51
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Servicio Doméstico NRP	n	53	26	27	6	2	4	59	28	31
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
2020										
Estudia	n	70.031	28.750	41.281	5.111	2.236	2.875	75.142	30986	44156
	%	94,4%	93,8%	94,8%	93,6%	93,8%	93,5%	94,4%	93,8%	94,7%
Deserción Escolar	n	1.502	690	812	107	40	67	1.609	730	879
	%	2,0%	2,3%	1,9%	2,0%	1,7%	2,2%	2,0%	2,2%	1,9%
Trabajo Infantil (TI)	n	239	133	106	23	14	9	262	147	115
	%	0,3%	0,4%	0,2%	0,4%	0,6%	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%
Trabajo Juvenil	n	2.294	1.017	1.277	205	88	117	2.499	1105	1394
	%	3,1%	3,3%	2,9%	3,8%	3,7%	3,8%	3,1%	3,3%	3,0%
Peores Formas de TI	n	55	19	36	7	3	4	62	22	40
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Servicio Doméstico NRP	n	51	26	25	5	2	3	56	28	28
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
2021										
Estudia	n	55.183	20.743	34.440	4.098	1.591	2.507	59.281	22334	36947
	%	93,5%	93,4%	93,6%	88,8%	90,9%	87,6%	93,2%	93,2%	93,1%
Deserción Escolar	n	1.196	549	647	191	48	143	1.387	597	790
	%	2,0%	2,5%	1,8%	4,1%	2,7%	5,0%	2,2%	2,5%	2,0%
Trabajo Infantil (TI)	n	213	100	113	19	11	8	232	111	121
	%	0,4%	0,5%	0,3%	0,4%	0,6%	0,3%	0,4%	0,5%	0,3%
Trabajo Juvenil	n	2.309	780	1.529	295	96	199	2.604	876	1728
	%	3,9%	3,5%	4,2%	6,4%	5,5%	7,0%	4,1%	3,7%	4,4%
Peores Formas de TI	n	42	19	23	5	1	4	47	20	27
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Servicio Doméstico NRP	n	74	20	54	5	3	2	79	23	56
	%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección B: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Educación Y Trabajo

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

Figura 1.4.8. Distribución de la población en control salud integral de adolescentes migrante y total, según educación y trabajo agrupados en grandes categorías. Chile 2021.



La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
 Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección B: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Educación Y Trabajo
 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

2.4.2.1.4 Población SENAME

Acorde a la serie P13, sección A: Población SENAME potencial de atención en APS al corte, había un total de 1,383 migrantes como población potencial SENAME en el país, con 449 específicamente en la primera región (Tarapacá), 10 en la sexta región (O'Higgins) y 391 en la región Metropolitana (Tabla 1.4.57). Para el total del país se registró un aumento entre 2019 y 2020 y posteriormente entre 2020 y 2021 tanto para migrantes como chilenos. En regiones esto varía, para la región de Tarapacá se registró un alza entre 2019 y 2020 pero una disminución entre 2020 y 2021, mientras que en

O'Higgins y la región Metropolitana se registró una baja entre 2019 y 2020 seguida de un alza entre 2020 y 2021 (Tabla 1.4.57).

Tabla 1.4.57. Total, de población potencial SENAME chilenos y migrantes internacionales.
Chile y regiones específicas 2019, 2020, 2021

			Chilenos	Migrantes	Total
Total país	2019	n	58.516	417	58.933
		%	29,5%	14,9%	29,3%
	2020	n	63.023	994	64.017
		%	31,8%	35,6%	31,8%
	2021	n	76.848	1.383	78.231
		%	38,7%	49,5%	38,9%
R. Tarapacá	2019	n	222	7	229
		%	4,66%	1,14%	4,26%
	2020	n	3.231	449	3.680
		%	67,8%	73,0%	68,4%
	2021	n	1.311	159	1.470
		%	27,5%	25,9%	27,3%
R. O'Higgins	2019	n	178	2	180
		%	10,5%	15,4%	10,6%
	2020	n	78	1	79
		%	4,6%	7,7%	4,6%
	2021	n	1432	10	1.442
		%	84,8%	76,9%	84,8%
R. Metropolitana	2019	n	20.175	161	20.336
		%	31,7%	19,2%	31,5%
	2020	n	18.898	288	19.186
		%	29,7%	34,3%	29,7%
	2021	n	24.583	391	24.974
		%	38,6%	46,5%	38,7%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

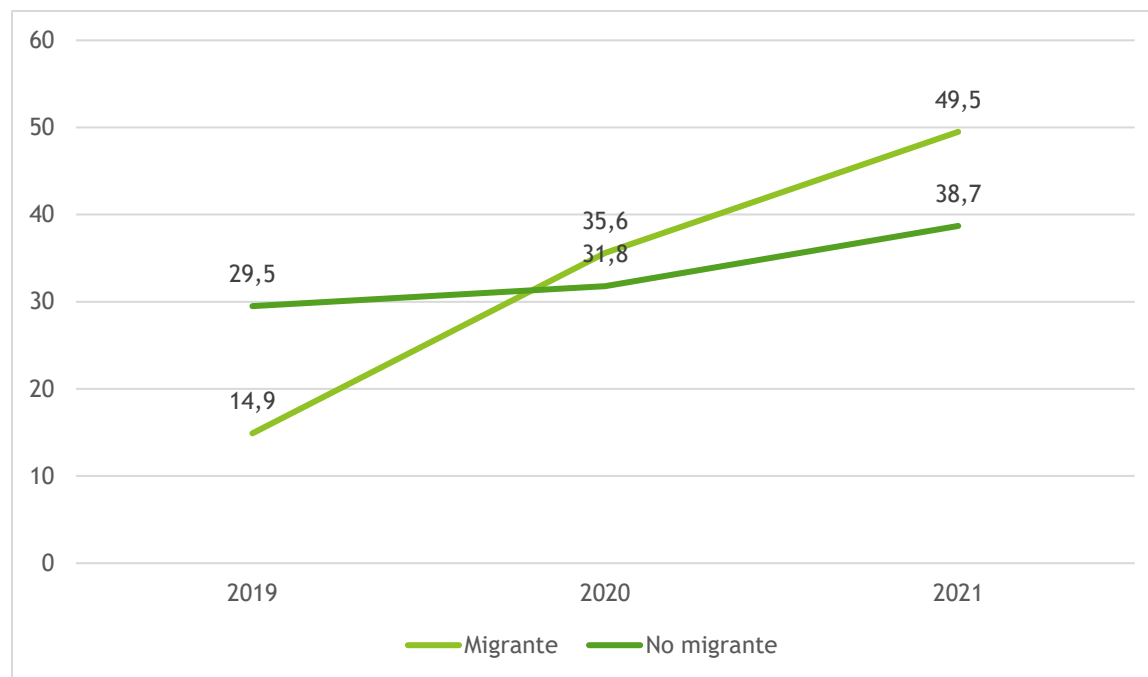
Rem-P13. Niños, Niñas, Adolescentes Y Jóvenes De La Red De Protección Sename En Atención. Sección A. Población Sename Potencial De Atención En Aps Al Corte.

****Puede incluir población mayor de 19 años**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019,2020,2021

El siguiente cuadro refleja el comportamiento de los porcentajes de NNA migrantes indicados como potenciales SENAME

Figura 1.4.57. Porcentaje NNA migrantes v/s NNA locales potencial SENAME, total país



2.4.2.1.5 Población según diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS).

Para el año 2021 se contó con información respecto a población migrante en el diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS). Concretamente en NNA migrantes para dicho año las necesidades especiales reportadas con mayor frecuencia fueron: ser prematuro (n=49), trastorno del espectro autista (n=12), síndrome de Down (n=8), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (n=6) y parálisis cerebral (n)=5, las otras 8 necesidades informadas no superaban los 8 casos individualmente. (Tabla 1.4.58)

Tabla 1.4.58. Población migrante internacional según diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (naneas). Chile 2021

Migrantes internacionales:

	Total		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
Prematuros	87	58,0%	49	53,3%	38	65,5%
Trastorno De Espectro Autista	14	9,3%	12	13,0%	2	3,4%
Síndrome De Down	12	8,0%	8	8,7%	4	6,9%
Malformaciones Congénitas, deformidades y anomalías crms.	12	8,0%	6	6,5%	6	10,3%
Parálisis Cerebral	7	4,7%	5	5,4%	2	3,4%
Enfermedades Cardiacas Crónicas	5	3,3%	4	4,3%	1	1,7%
Fibrosis Quística	3	2,0%	3	3,3%	0	0,0%
Enfermedades Del Ojo	3	2,0%	1	1,1%	2	3,4%
Enfermedades Renales Crónicas	2	1,3%	2	2,2%	0	0,0%
Enfermedades Gástricas Crónicas	2	1,3%	1	1,1%	1	1,7%
Presión Arterial Elevada	1	0,7%	0	0,0%	1	1,7%
Diabetes Tipo I	1	0,7%	0	0,0%	1	1,7%
Enfermedades De La Piel	1	0,7%	1	1,1%	0	0,0%

crms. cromosómicas

Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia. Sección H: Población Según Diagnóstico De Niños, Niñas Y Adolescentes Con Necesidades Especiales De Atención En Salud (Naneas) (Incluidas En Sección A Y A.1)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2021

Por regiones específicas, la región de Tarapacá registró solo un caso, correspondiente a un niño hombres con parálisis cerebral. Para las regiones de O'Higgins y Metropolitana se registraron otros diagnósticos adicionales, predominando los niños y adolescentes prematuros. (Tabla 1.4.59)

Tabla 1.4.59. Población migrante internacional según diagnóstico de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (naneas). Regiones específicas 2021.

	Total		Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%	n	%
R. Tarapacá						
Parálisis Cerebral	1	100%	1	100%	0	-
R. O'Higgins						
Prematuros	8	50,0%	7	53,8%	1	33,3%
Fibrosis Quística	2	12,5%	2	15,4%	0	0,0%
Malformaciones Congénitas, deformidades y anomalías crms.	2	12,5%	1	7,7%	1	33,3%
Presión Arterial Elevada	1	6,3%	0	0,0%	1	33,3%
Síndrome De Down	1	6,3%	1	7,7%	0	0,0%
Trastorno De Espectro Autista	1	6,3%	1	7,7%	0	0,0%
Enfermedades Cardiacas Crónicas	1	6,3%	1	7,7%	0	0,0%
R. Metropolitana						
Prematuros	16	57,1%	7	50,0%	9	64,3%
Trastorno De Espectro Autista	5	17,9%	3	21,4%	2	14,3%
Síndrome De Down	4	14,3%	3	21,4%	1	7,1%
Enfermedades Gástricas Crónicas	2	7,1%	1	7,1%	1	7,1%
Enfermedades Del Ojo	1	3,6%	0	0,0%	1	7,1%

crms. cromosómicas

Rem-P2. Población En Control Programa Nacional De Salud De La Infancia. Sección H: Población Según Diagnóstico De Niños, Niñas Y Adolescentes Con Necesidades Especiales De Atención En Salud (Naneas) (Incluidas En Sección A Y A.1)

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2021

2.4.2.1.6 Áreas de Riesgo en población adolescente

Para la población en control salud integral de adolescentes, según áreas de riesgo se cuenta con información de población migrantes total, y distinguiendo entre hombres y mujeres.

Tabla 1.4.60 Población chilena y migrante internacional en control salud integral de adolescentes, según áreas de riesgo. Chile y regiones específica 2019, 2020, 2021

	2019				2020				2021			
	Chilenos		Migrantes		Chilenos		Migrantes		Chilenos		Migrantes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total país												
Salud sexual	36.634	19,1%	1.471	22,9%	30.100	20,1%	1.438	23,9%	26.826	19,0%	1.281	19,9%
Ideación suicida	6.806	3,5%	252	3,9%	5.656	3,8%	211	3,5%	7.075	5,0%	307	4,8%
Intento suicida	2.549	1,3%	91	1,4%	2.307	1,5%	83	1,4%	2.707	1,9%	128	2,0%
Alcohol y drogas	16.854	8,8%	405	6,3%	13.744	9,2%	436	7,2%	10.852	7,7%	668	10,4%
Nutricional	98.489	51,4%	2.746	42,8%	72.188	48,3%	2.492	41,4%	68.753	48,7%	2.354	36,6%
otro riesgo	30.430	15,9%	1.448	22,6%	25.599	17,1%	1.359	22,6%	25.046	17,7%	1.695	26,3%
R. Tarapacá												
Salud sexual	586	18,3%	51	10,3%	197	17,7%	30	20,5%	303	8,9%	83	10,0%
Ideación suicida	209	6,5%	22	4,5%	64	5,7%	4	2,7%	145	4,2%	24	2,9%
Intento suicida	75	2,3%	14	2,8%	29	2,6%	8	5,5%	59	1,7%	12	1,4%
Alcohol y drogas	344	10,7%	27	5,5%	66	5,9%	8	5,5%	808	23,6%	213	25,6%
Nutricional	1.363	42,5%	279	56,6%	400	35,9%	46	31,5%	951	27,8%	236	28,4%
Otro riesgo	632	19,7%	100	20,3%	358	32,1%	50	34,2%	1.157	33,8%	264	31,7%
R. O'Higgins												
Salud sexual	1.729	18,2%	23	15,1%	1.646	20,7%	26	20,2%	1.325	17,1%	19	12,0%
Ideación suicida	450	4,7%	11	7,2%	362	4,6%	10	7,8%	494	6,4%	14	8,9%
Intento suicida	109	1,1%	2	1,3%	104	1,3%	2	1,6%	200	2,6%	13	8,2%
Alcohol y drogas	1.106	11,6%	9	5,9%	938	11,8%	10	7,8%	555	7,2%	5	3,2%
Nutricional	4.780	50,3%	59	38,8%	3.861	48,6%	55	42,6%	3.731	48,3%	70	44,3%
Otro riesgo	1.320	13,9%	48	31,6%	1.026	12,9%	26	20,2%	1.426	18,4%	37	23,4%
R. Metropolitana												
Salud sexual	12.436	20,8%	1.076	25,9%	11.715	21,3%	1.056	25,9%	8.364	20,0%	796	23,2%
Ideación suicida	2.213	3,7%	132	3,2%	2.397	4,4%	145	3,6%	2.491	5,9%	157	4,6%
Intento suicida	936	1,6%	45	1,1%	1.018	1,8%	45	1,1%	1.152	2,7%	63	1,8%
Alcohol y drogas	5.125	8,6%	267	6,4%	5.004	9,1%	288	7,1%	3.686	8,8%	310	9,0%
Nutricional	28.581	47,8%	1.674	40,2%	24.178	43,9%	1.601	39,2%	18.204	43,4%	1.135	33,1%
Otro riesgo	10.528	17,6%	966	23,2%	10.728	19,5%	944	23,1%	8.022	19,1%	965	28,2%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección C: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Áreas De Riesgo.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.61 Población chilena y migrante internacional hombres en control salud integral de adolescentes, según áreas de riesgo. Chile y regiones específica 2019, 2020, 2021

	2019				2020				2021			
	Chilenos		Migrantes		Chilenos		Migrantes		Chilenos		Migrantes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total país												
Salud sexual	13.338	16,7%	590	21,2%	9.630	16,6%	507	20,9%	7.392	15,1%	347	14,8%
Ideación suicida	1.917	2,4%	64	2,3%	1.452	2,5%	44	1,8%	1.450	3,0%	62	2,6%
Intento suicida	666	0,8%	16	0,6%	581	1,0%	16	0,7%	546	1,1%	33	1,4%
Alcohol y drogas	8.221	10,3%	188	6,7%	6.325	10,9%	177	7,3%	4.422	9,1%	271	11,5%
Nutricional	42.907	53,8%	1.253	45,0%	29.810	51,3%	1.095	45,0%	26.004	53,3%	930	39,6%
otro riesgo	12.771	16,0%	676	24,3%	10.332	17,8%	592	24,4%	8.983	18,4%	706	30,1%
R. Tarapacá												
Salud sexual	159	12,5%	26	11,6%	54	13,6%	6	14,0%	100	6,8%	30	7,6%
Ideación suicida	72	5,7%	5	2,2%	18	4,5%	1	2,3%	35	2,4%	8	2,0%
Intento suicida	29	2,3%	2	0,9%	7	1,8%	3	7,0%	8	0,5%	5	1,3%
Alcohol y drogas	121	9,6%	14	6,2%	32	8,1%	5	11,6%	365	24,8%	109	27,7%
Nutricional	592	46,7%	128	56,9%	150	37,9%	13	30,2%	453	30,8%	119	30,3%
Otro riesgo	294	23,2%	50	22,2%	135	34,1%	15	34,9%	510	34,7%	122	31,0%
R. O'Higgins												
Salud sexual	661	16,1%	11	15,1%	579	18,9%	10	19,2%	381	15,2%	4	7,4%
Ideación suicida	133	3,2%	3	4,1%	79	2,6%	2	3,8%	100	4,0%	2	3,7%
Intento suicida	22	0,5%	1	1,4%	23	0,7%	1	1,9%	69	2,8%	9	16,7%
Alcohol y drogas	571	14,0%	5	6,8%	501	16,3%	5	9,6%	206	8,2%	1	1,9%
Nutricional	2.165	52,9%	31	42,5%	1.522	49,6%	27	51,9%	1.311	52,3%	26	48,1%
Otro riesgo	541	13,2%	22	30,1%	364	11,9%	7	13,5%	441	17,6%	12	22,2%
R. Metropolitana												
Salud sexual	4.206	17,3%	423	23,4%	3.795	17,6%	359	21,7%	2.587	17,4%	208	17,4%
Ideación suicida	628	2,6%	33	1,8%	659	3,1%	30	1,8%	541	3,6%	34	2,9%
Intento suicida	245	1,0%	7	0,4%	273	1,3%	6	0,4%	244	1,6%	14	1,2%
Alcohol y drogas	2.452	10,1%	129	7,1%	2.349	10,9%	126	7,6%	1.585	10,7%	104	8,7%
Nutricional	12.251	50,5%	768	42,5%	9.927	46,2%	715	43,2%	6.946	46,8%	425	35,7%
Otro riesgo	4.481	18,5%	446	24,7%	4.499	20,9%	421	25,4%	2.954	19,9%	407	34,1%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes
Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección C: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Áreas De Riesgo.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.62 Población chilena y migrante internacional mujeres en control salud integral de adolescentes, según áreas de riesgo. Chile y regiones específica 2019, 2020, 2021

	2019				2020				2021			
	Chilenos		Migrantes		Chilenos		Migrantes		Chilenos		Migrantes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total país												
Salud sexual	23.296	20,8%	881	24,3%	20.470	22,4%	931	25,9%	19.434	21,0%	934	22,9%
Ideación suicida	4.889	4,4%	188	5,2%	4.204	4,6%	167	4,7%	5.625	6,1%	245	6,0%
Intento suicida	1.883	1,7%	75	2,1%	1.726	1,9%	67	1,9%	2.161	2,3%	95	2,3%
Alcohol y drogas	8.633	7,7%	217	6,0%	7.419	8,1%	259	7,2%	6.430	7,0%	397	9,7%
Nutricional	55.582	49,7%	1.493	41,2%	42.378	46,3%	1.397	38,9%	42.749	46,2%	1.424	34,9%
otro riesgo	17.659	15,8%	772	21,3%	15.267	16,7%	767	21,4%	16.063	17,4%	989	24,2%
R. Tarapacá												
Salud sexual	427	22,0%	25	9,3%	143	19,9%	24	23,3%	203	10,4%	53	12,1%
Ideación suicida	137	7,1%	17	6,3%	46	6,4%	3	2,9%	110	5,6%	16	3,6%
Intento suicida	46	2,4%	12	4,5%	22	3,1%	5	4,9%	51	2,6%	7	1,6%
Alcohol y drogas	223	11,5%	13	4,9%	34	4,7%	3	2,9%	443	22,7%	104	23,7%
Nutricional	771	39,7%	151	56,3%	250	34,8%	33	32,0%	498	25,5%	117	26,7%
Otro riesgo	338	17,4%	50	18,7%	223	31,1%	35	34,0%	647	33,1%	142	32,3%
R. O'Higgins												
Salud sexual	1.068	19,8%	12	15,2%	1.067	21,9%	16	20,8%	944	18,1%	15	14,4%
Ideación suicida	317	5,9%	8	10,1%	283	5,8%	8	10,4%	394	7,5%	12	11,5%
Intento suicida	87	1,6%	1	1,3%	81	1,7%	1	1,3%	131	2,5%	4	3,8%
Alcohol y drogas	535	9,9%	4	5,1%	437	9,0%	5	6,5%	349	6,7%	4	3,8%
Nutricional	2.615	48,4%	28	35,4%	2.339	48,0%	28	36,4%	2.420	46,3%	44	42,3%
Otro riesgo	779	14,4%	26	32,9%	662	13,6%	19	24,7%	985	18,9%	25	24,0%
R. Metropolitana												
Salud sexual	8.230	23,1%	653	27,7%	7.920	23,6%	697	28,8%	5.777	21,3%	588	26,3%
Ideación suicida	1.585	4,5%	99	4,2%	1.738	5,2%	115	4,7%	1.950	7,2%	123	5,5%
Intento suicida	691	1,9%	38	1,6%	745	2,2%	39	1,6%	908	3,4%	49	2,2%
Alcohol y drogas	2.673	7,5%	138	5,9%	2.655	7,9%	162	6,7%	2.101	7,8%	206	9,2%
Nutricional	16.330	45,9%	906	38,5%	14.251	42,5%	886	36,6%	11.258	41,6%	710	31,8%
Otro riesgo	6.047	17,0%	520	22,1%	6.229	18,6%	523	21,6%	5.068	18,7%	558	25,0%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes
Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección C: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Áreas De Riesgo.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Según áreas de riesgo, en el año 2021 tanto en migrantes como para el total del país, se registró el mayor número de adolescentes para los riesgos Nutricionales (2.354 migrantes) seguidos de la salud sexual y reproductiva (1.281 migrantes) y consumo de alcohol y drogas (668 migrantes). Al distinguir entre regiones se observan los mismos patrones, a excepción de la **región de Tarapacá donde el consumo de alcohol y drogas superó a la salud sexual y reproductiva entre migrantes** (Tabla 1.4.60 -1.4.62).

2.4.2.1.7 Ámbitos gineco-urologico/sexualidad.

Para la población en control salud integral de adolescentes, según áreas de riesgo se contaba con información de población migrantes total y distinguiendo entre hombres y mujeres.

Tabla 1.4.63 Población migrante internacional en control salud integral de adolescentes, según ámbitos gineco-urológico/sexualidad. Chile 2019, 2020, 2021.

		2019			2020			2021		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Conducta postergadora	n	6306	2853	3453	5603	2516	3087	5910	2463	3447
	%	58,2%	65,7%	53,2%	57,4%	67,1%	51,3%	59,9%	71,9%	53,5%
Conducta anticipadora	n	467	220	247	404	183	221	352	122	230
	%	4,3%	5,1%	3,8%	4,1%	4,9%	3,7%	3,6%	3,6%	3,6%
Conducta activa	n	1970	708	1262	1732	565	1167	1562	451	1111
	%	18,2%	16,3%	19,4%	17,7%	15,1%	19,4%	15,8%	13,2%	17,2%
Uso actual de método anticonceptivo	n	1221	347	874	1124	284	840	1004	205	799
	%	11,3%	8,0%	13,5%	11,5%	7,6%	14,0%	10,2%	6,0%	12,4%
Uso actual de doble protección	n	432	158	274	444	144	300	411	100	311
	%	4,0%	3,6%	4,2%	4,5%	3,8%	5,0%	4,2%	2,9%	4,8%
Antecedente de un primer embarazo	n	154	9	145	176	6	170	228	19	209
	%	1,4%	0,2%	2,2%	1,8%	0,2%	2,8%	2,3%	0,6%	3,2%
Antecedente de más de un embarazo	n	17	0	17	18	0	18	36	1	35
	%	0,2%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%	0,3%	0,4%	0,0%	0,5%
Antecedente de aborto	n	44	2	42	42	2	40	31	3	28
	%	0,4%	0,0%	0,6%	0,4%	0,1%	0,7%	0,3%	0,1%	0,4%
Presenta violencia de pareja/pololo	n	50	20	30	53	23	30	68	23	45
	%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	0,7%	0,7%	0,7%
Presenta o ha sido víctima de violencia sexual	n	173	27	146	168	27	141	268	38	230
	%	1,6%	0,6%	2,2%	1,7%	0,7%	2,3%	2,7%	1,1%	3,6%

Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección D: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Ámbitos Gineco-Urológico/Sexualidad

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Entre los adolescentes migrantes en control en cada año y para el total del país, se registró un mayor número de adolescentes con conducta postergadora, seguido de adolescentes con conducta activa y en uso de un método anticonceptivo. Esta situación se repite en las comunas específicas observadas (Tablas 1.4.63 - 1.4.66). En el total del país, para el año 2021 se contabilizaron 264 adolescentes con un primer embarazo o con más de un embarazo, en 2020 y 2019 estos números correspondieron a 194 y 171 adolescentes respectivamente. En la misma línea, en 2021 se contabilizaron 31 adolescentes con antecedentes de aborto, en 2020 42 y en 2019 44, observándose una leve disminución a través de los años (Tabla 1.4.63).

Tabla 1.4.64 Población migrante internacional en control salud integral de adolescentes, según ámbitos gineco-urológico/sexualidad. Región de Tarapacá 2019, 2020, 2021.

		2021			2020			2019		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Conducta postergadora	n	658	299	359	188	71	117	600	275	325
	%	72,5%	79,9%	67,4%	66,7%	74,7%	62,6%	59,4%	65,3%	55,2%
Conducta anticipadora	n	40	18	22	12	6	6	32	16	16
	%	4,4%	4,8%	4,1%	4,3%	6,3%	3,2%	3,2%	3,8%	2,7%
Conducta activa	n	98	39	59	34	11	23	174	88	86
	%	10,8%	10,4%	11,1%	12,1%	11,6%	12,3%	17,2%	20,9%	14,6%
Uso actual de método anticonceptivo	n	66	16	50	16	1	15	58	11	47
	%	7,3%	4,3%	9,4%	5,7%	1,1%	8,0%	5,7%	2,6%	8,0%
Uso actual de doble protección	n	19	2	17	6	3	3	23	7	16
	%	2,1%	0,5%	3,2%	2,1%	3,2%	1,6%	2,3%	1,7%	2,7%
Antecedente de un primer embarazo	n	11	0	11	11	0	11	36	1	35
	%	1,2%	0,0%	2,1%	3,9%	0,0%	5,9%	3,6%	0,2%	5,9%
Antecedente de más de un embarazo	n	1	0	1	5	0	5	13	0	13
	%	0,1%	0,0%	0,2%	1,8%	0,0%	2,7%	1,3%	0,0%	2,2%
Antecedente de aborto	n	1	0	1	1	0	1	4	0	4
	%	0,1%	0,0%	0,2%	0,4%	0,0%	0,5%	0,4%	0,0%	0,7%
Presenta violencia de pareja/pololo	n	0	0	0	4	1	3	29	12	17
	%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	1,1%	1,6%	2,9%	2,9%	2,9%
Presenta o ha sido víctima de violencia sexual	n	13	0	13	5	2	3	41	11	30
	%	1,4%	0,0%	2,4%	1,8%	2,1%	1,6%	4,1%	2,6%	5,1%

Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección D: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Ámbitos Gineco-Urológico/Sexualidad

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.65 Población migrante internacional en control salud integral de adolescentes, según ámbitos gineco-urológico/sexualidad. Región de O'Higgins 2019, 2020, 2021.

		2021			2020			2019		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Conducta postergadora	n	170	76	94	176	74	102	162	62	100
	%	63,4%	61,8%	64,8%	64,0%	73,3%	58,6%	56,4%	72,9%	49,5%
Conducta anticipadora	n	13	8	5	15	6	9	15	6	9
	%	4,9%	6,5%	3,4%	5,5%	5,9%	5,2%	5,2%	7,1%	4,5%
Conducta activa	n	32	14	18	36	9	27	50	10	40
	%	11,9%	11,4%	12,4%	13,1%	8,9%	15,5%	17,4%	11,8%	19,8%
Uso actual de método anticonceptivo	n	27	11	16	25	5	20	32	5	27
	%	10,1%	8,9%	11,0%	9,1%	5,0%	11,5%	11,1%	5,9%	13,4%
Uso actual de doble protección	n	15	10	5	13	5	8	13	1	12
	%	5,6%	8,1%	3,4%	4,7%	5,0%	4,6%	4,5%	1,2%	5,9%
Antecedente de un primer embarazo	n	2	0	2	4	0	4	10	0	10
	%	0,7%	0,0%	1,4%	1,5%	0,0%	2,3%	3,5%	0,0%	5,0%
Antecedente de más de un embarazo	n	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,5%
Antecedente de aborto	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Presenta violencia de pareja/pololo	n	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Presenta o ha sido víctima de violencia sexual	n	9	4	5	6	2	4	4	1	3
	%	3,4%	3,3%	3,4%	2,2%	2,0%	2,3%	1,4%	1,2%	1,5%

Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Seccion D: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Ámbitos Gineco-Urológico/Sexualidad

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.66 Población migrante internacional en control salud integral de adolescentes, según ámbitos gineco-urológico/sexualidad. Región Metropolitana 2019, 2020, 2021.

		2021			2020			2019		
		Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Conducta postergadora	n	3677	1637	2040	3684	1626	2058	3208	1328	1880
	%	55,5%	63,4%	50,5%	55,3%	64,4%	49,8%	58,1%	71,6%	51,3%
Conducta anticipadora	n	242	110	132	232	106	126	144	49	95
	%	3,7%	4,3%	3,3%	3,5%	4,2%	3,0%	2,6%	2,6%	2,6%
Conducta activa	n	1342	468	874	1280	424	856	913	242	671
	%	20,3%	18,1%	21,6%	19,2%	16,8%	20,7%	16,5%	13,1%	18,3%
Uso actual de método anticonceptivo	n	777	217	560	794	208	586	615	125	490
	%	11,7%	8,4%	13,9%	11,9%	8,2%	14,2%	11,1%	6,7%	13,4%
Uso actual de doble protección	n	303	111	192	349	111	238	278	73	205
	%	4,6%	4,3%	4,8%	5,2%	4,4%	5,8%	5,0%	3,9%	5,6%
Antecedente de un primer embarazo	n	94	4	90	111	5	106	136	8	128
	%	1,4%	0,2%	2,2%	1,7%	0,2%	2,6%	2,5%	0,4%	3,5%
Antecedente de más de un embarazo	n	10	0	10	9	0	9	14	1	13
	%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,1%	0,4%
Antecedente de aborto	n	35	1	34	34	1	33	21	1	20
	%	0,5%	0,0%	0,8%	0,5%	0,0%	0,8%	0,4%	0,1%	0,5%
Presenta violencia de pareja/pololo	n	40	17	23	40	21	19	20	6	14
	%	0,6%	0,7%	0,6%	0,6%	0,8%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%
Presenta o ha sido víctima de violencia sexual	n	106	19	87	125	23	102	168	21	147
	%	1,6%	0,7%	2,2%	1,9%	0,9%	2,5%	3,0%	1,1%	4,0%

Rem-P9. Población En Control Del Adolescente. Sección D: Población En Control Salud Integral De Adolescentes, Según Ámbitos Gineco-Urológico/Sexualidad

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

2.4.2.1.8 Lactancia Materna

Para la serie A, se cuenta con información para migrantes en el tipo de lactancia en niños y niñas al egreso de la hospitalización y lactancia materna en menores controlados. En ambos casos predomina la lactancia materna exclusiva en todo el país y regiones específicas, contradiciendo la idea que existan colectivos migrantes con mayor renuencia al ejercicio de la lactancia materna.

Tabla 1.4.67. Menores controlados chilenos y migrantes internacionales según lactancia materna. Chile y regiones específicas 2021

	Chilenos		Migrantes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Total país						
Lactancia Materna Exclusiva	167.373	46,8%	1.272	39,6%	168.645	46,8%
Lactancia Materna / Formula Láctea	49.526	13,9%	406	12,7%	49.932	13,9%
Formula Láctea	21.520	6,0%	133	4,1%	21.653	6,0%
Lactancia Materna Más Sólidos	41.386	11,6%	359	11,2%	41.745	11,6%
Lactancia Materna/Formula Láctea Más Sólidos	28.588	8,0%	386	12,0%	28.974	8,0%
Formula Láctea Más Sólidos	48.894	13,7%	653	20,3%	49.547	13,7%
R. Tarapacá						
Lactancia Materna Exclusiva	4.475	51,6%	49	47,6%	4.524	51,6%
Lactancia Materna / Formula Láctea	1.126	13,0%	9	8,7%	1.135	12,9%
Formula Láctea	394	4,5%	2	1,9%	396	4,5%
Lactancia Materna Más Sólidos	900	10,4%	9	8,7%	909	10,4%
Lactancia Materna/Formula Láctea Más Sólidos	815	9,4%	17	16,5%	832	9,5%
Formula Láctea Más Sólidos	961	11,1%	17	16,5%	978	11,1%
R. O'Higgins						
Lactancia Materna Exclusiva	10.135	42,6%	65	31,3%	10.200	42,5%
Lactancia Materna / Formula Láctea	3.117	13,1%	19	9,1%	3.136	13,1%
Formula Láctea	1.464	6,1%	2	1,0%	1.466	6,1%
Lactancia Materna Más Sólidos	3.136	13,2%	32	15,4%	3.168	13,2%
Lactancia Materna/Formula Láctea Más Sólidos	2.042	8,6%	24	11,5%	2.066	8,6%
Formula Láctea Más Sólidos	3.923	16,5%	66	31,7%	3.989	16,6%
R. Metropolitana						
Lactancia Materna Exclusiva	58.042	49,7%	332	36,6%	58.374	49,6%
Lactancia Materna / Formula Láctea	17.168	14,7%	126	13,9%	17.294	14,7%
Formula Láctea	7.232	6,2%	51	5,6%	7.283	6,2%
Lactancia Materna Más Sólidos	11.662	10,0%	100	11,0%	11.762	10,0%
Lactancia Materna/Formula Láctea Más Sólidos	8.392	7,2%	93	10,2%	8.485	7,2%
Formula Láctea Más Sólidos	14.349	12,3%	206	22,7%	14.555	12,4%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes
Rem-A03. Aplicación Y Resultados De Escalas De Evaluación. Sección A.5: Lactancia Materna En Menores Controlados
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.68 Tipos de lactancia en niños y niñas chilenos y migrantes internacionales al egreso de la hospitalización. Chile y regiones específicas 2019, 2020, 2021

	2019				2020				2021			
	Chileno		Migrantes		Chileno		Migrantes		Chileno		Migrantes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total país												
Lactancia Materna Exclusiva	40.300	73,1%	756	70,1%	34.227	72,8%	1135	70,6%	33.555	68,6%	2069	80,1%
Lactancia Materna Mas Lactancia Artificial	13.938	25,3%	322	29,8%	12.345	26,3%	464	28,9%	12.069	24,7%	440	17,0%
Formula Láctea	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2.210	4,5%	47	1,8%
Lactancia Materna Exclusiva Con Sólidos	911	1,7%	1	0,1%	444	0,9%	9	0,6%	338	0,7%	7	0,3%
Lactancia Materna/Formula Láctea Más Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	333	0,7%	9	0,3%
Formula Láctea Más Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	389	0,8%	11	0,4%
R. Tarapacá												
Lactancia Materna Exclusiva	145	40,8%	55	43,0%	86	27,4%	50	35,7%	114	45,6%	96	56,1%
Lactancia Materna Mas Lactancia Artificial	210	59,2%	73	57,0%	228	72,6%	90	64,3%	120	48,0%	71	41,5%
Formula Láctea	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	6,4%	4	2,3%
Lactancia Materna Exclusiva Con Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Lactancia Materna/Formula Láctea Más Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Formula Láctea Más Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
R. O'Higgins												
Lactancia Materna Exclusiva	1.659	46,9%	157	52,2%	86	27,4%	50	35,7%	968	58,5%	57	66,3%
Lactancia Materna Mas Lactancia Artificial	1.882	53,1%	144	47,8%	228	72,6%	90	64,3%	408	24,6%	19	22,1%
Formula Láctea	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	254	15,3%	9	10,5%
Lactancia Materna Exclusiva Con Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%
Lactancia Materna/Formula Láctea Más Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	0,6%	1	1,2%
Formula Láctea Más Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	15	0,9%	0	0,0%
R. Metropolitana												
Lactancia Materna Exclusiva	17.048	75,5%	142	72,8%	14.906	76,2%	283	76,9%	14.996	70,2%	458	81,9%
Lactancia Materna Mas Lactancia Artificial	5.406	24,0%	53	27,2%	4.620	23,6%	85	23,1%	5.629	26,3%	94	16,8%
Formula Láctea	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	710	3,3%	7	1,3%
Lactancia Materna Exclusiva Con Sólidos	113	0,5%	0	0,0%	38	0,2%	0	0,0%	35	0,2%	0	0,0%
Lactancia Materna/Formula Láctea Más Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	0,0%	0	0,0%
Formula Láctea Más Sólidos	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes-Rem-A24. Atención En Maternidad. Sección F: Tipos De Lactancia En Niños Y Niñas Al Egreso De La Hospitalización
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.69 Consulta de lactancia materna en menores controlados chilenos y migrantes internacionales. Chile y regiones específicas 2019, 2020, 2021

		Chileno		Migrantes		Total	
		n	%	n	%	n	%
Total país							
Consulta De Lactancia	Consulta De Alerta	30.834	17,9%	262	18,2%	31.096	17,9%
	Control De Seguimiento	57.977	33,7%	549	38,1%	58.526	33,7%
	Consejería En Lactancia Materna	83.464	48,4%	629	43,7%	84.093	48,4%
Consulta De Lactancia Por Profesional	Médico	13.709	8,5%	45	3,5%	13.754	8,5%
	Matrón/A	52.957	32,9%	658	51,7%	53.615	33,1%
	Enfermera	28.182	17,5%	183	14,4%	28.365	17,5%
	Nutricionista	66.038	41,0%	387	30,4%	66.425	41,0%
R. Tarapacá							
Consulta De Lactancia	Consulta De Alerta	1.123	15,5%	14	4,7%	1.137	15,1%
	Control De Seguimiento	2.338	32,3%	147	49,7%	2.485	33,0%
	Consejería En Lactancia Materna	3.782	52,2%	135	45,6%	3.917	52,0%
Consulta De Lactancia Por Profesional	Médico	37	0,5%	2	0,7%	39	0,5%
	Matrón/A	3.738	53,0%	220	74,6%	3.958	53,9%
	Enfermera	1.070	15,2%	33	11,2%	1.103	15,0%
	Nutricionista	2.208	31,3%	40	13,6%	2.248	30,6%
R. O'Higgins							
Consulta De Lactancia	Consulta De Alerta	1.285	28,1%	26	46,4%	1.311	28,3%
	Control De Seguimiento	2.555	55,8%	25	44,6%	2.580	55,7%
	Consejería En Lactancia Materna	737	16,1%	5	8,9%	742	16,0%
Consulta De Lactancia Por Profesional	Médico	110	2,6%	2	3,6%	112	2,6%
	Matrón/A	1.425	33,4%	21	37,5%	1.446	33,5%
	Enfermera	318	7,5%	4	7,1%	322	7,5%
	Nutricionista	2.410	56,5%	29	51,8%	2.439	56,5%
R. Metropolitana							
Consulta De Lactancia	Consulta De Alerta	8.763	17,3%	26	10,2%	8.789	17,3%
	Control De Seguimiento	17.683	34,9%	114	44,7%	17.797	35,0%
	Consejería En Lactancia Materna	24.152	47,7%	115	45,1%	24.267	47,7%
Consulta De Lactancia Por Profesional	Médico	5.712	11,9%	11	4,6%	5.723	11,9%
	Matrón/A	10.699	22,3%	76	31,5%	10.775	22,4%
	Enfermera	9.142	19,1%	33	13,7%	9.175	19,0%
	Nutricionista	22.408	46,7%	121	50,2%	22.529	46,7%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Rem-A04. Consultas Y Otras Atenciones En La Red. Sección M: Consulta De Lactancia Materna En Menores Controlados
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Adicionalmente, en el contexto de consultas y otras atenciones en la red se cuenta con información para población migrantes respecto a las consultas de lactancia materna en

menores controlados. Según tipo de profesional, en el total del país y primera región se observaron un mayor número de consultas a matronas(as), mientras que para la 6ta región y región Metropolitana el mayor número se observó para nutricionistas (Tabla 1.4.69).

2.4.2.1.9 Factores de riesgo biopsicosocial

A excepción de la primera región, se registró una disminución en la aplicación de pauta detección de factores de riesgo psicosocial infantil entre 2019 y 2021. Tanto en el total país como en la 6ta región hubo una disminución entre 2019 y 2020 para luego volver a aumentar entre 2020 y 2021 (Tabla 1.4.70 - 1.4.72)

Tabla 1.4.70. Población chilena y migrante internacional en control de salud infantil con escala de riesgo psicosocial. Chile y regiones específicas 2021

		Chilenos		Migrantes		Total	
		n	%	n	%	n	%
Total	2019	81.574	29,6%	3.044	46,7%	84.618	30,0%
	2020	68.854	25,0%	1.493	22,9%	70.347	24,9%
	2021	125.438	45,5%	1.975	30,3%	127.413	45,1%
R. Tarapacá	2019	595	10,7%	29	12,8%	624	10,8%
	2020	2.451	43,9%	116	51,3%	2.567	44,2%
	2021	2.532	45,4%	81	35,8%	2613	45,0%
R. O'Higgins	2019	9.176	28,3%	260	43,8%	9.436	28,5%
	2020	8.132	25,0%	124	20,9%	8.256	25,0%
	2021	15.158	46,7%	209	35,2%	15.367	46,5%
R. Metropolitana	2019	41.495	37,6%	2.484	58,2%	43.979	38,3%
	2020	28.670	26,0%	938	22,0%	29.608	25,8%
	2021	40.244	36,4%	847	19,8%	41.091	35,8%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
 Rem-A03. Aplicación Y Resultados De Escalas De Evaluación. Rem-A03. Aplicación Y Resultados De Escalas De Evaluación Escala De Riesgo Psicosocial En Control De Salud Infantil
 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.71 Población chilena y migrante internacional en control de salud infantil con escala de riesgo psicosocial. Chile y regiones específicas 2021

		Chilenos		Migrantes		Total	
		n	%	n	%	n	%
Total	2019	41.325	29,4%	1.558	46,8%	42.883	29,8%
	2020	35.331	25,1%	755	22,7%	36.086	25,1%
	2021	63.876	45,5%	1.016	30,5%	64.892	45,1%
R. Tarapacá	2019	283	9,8%	15	12,5%	298	9,9%
	2020	1.275	44,3%	59	49,2%	1.334	44,5%
	2021	1.317	45,8%	46	38,3%	1363	45,5%
R. O'Higgins	2019	4.713	28,2%	160	48,9%	4.873	28,6%
	2020	4.203	25,2%	66	20,2%	4.269	25,1%
	2021	7.780	46,6%	101	30,9%	7.881	46,3%
R. Metropolitana	2019	20.707	37,1%	1.251	58,2%	21.958	37,9%
	2020	14.661	26,3%	480	22,3%	15.141	26,1%
	2021	20.465	36,7%	418	19,5%	20.883	36,0%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Rem-A03. Aplicación Y Resultados De Escalas De Evaluación. Rem-A03. Aplicación Y Resultados De Escalas De Evaluación Escala De Riesgo Psicosocial En Control De Salud Infantil
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.72 Población chilena y migrante internacional en control de salud infantil con escala de riesgo psicosocial. Chile y regiones específicas 2021

		Chilenos		Migrantes		Total	
		n	%	n	%	n	%
Total	2019	40.249	29,7%	1.486	46,7%	41.735	30,1%
	2020	33.523	24,8%	738	23,2%	34.261	24,7%
	2021	61.562	45,5%	959	30,1%	62.521	45,1%
R. Tarapacá	2019	312	11,5%	14	13,2%	326	11,6%
	2020	1.176	43,5%	57	53,8%	1.233	43,9%
	2021	1.215	45,0%	35	33,0%	1250	44,5%
R. O'Higgins	2019	4.463	28,3%	100	37,6%	4.563	28,5%
	2020	3.929	24,9%	58	21,8%	3.987	24,9%
	2021	7.378	46,8%	108	40,6%	7.486	46,7%
R. Metropolitana	2019	20.788	38,1%	1.233	58,2%	22.021	38,8%
	2020	14.009	25,7%	458	21,6%	14.467	25,5%
	2021	19.779	36,2%	429	20,2%	20.208	35,6%

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Rem-A03. Aplicación Y Resultados De Escalas De Evaluación. Rem-A03. Aplicación Y Resultados De Escalas De Evaluación Escala De Riesgo Psicosocial En Control De Salud Infantil
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

2.4.2.1.10 Enfermedades transmisibles, exposición a enfermedades y tamizajes.

Para la sección A.11 el manual REM establece que este “Debe contener la información estadística sobre los Exámenes de Laboratorio procesados para el estudio diagnóstico de los casos de Sífilis (en todas sus formas), Hepatitis B, Hepatitis C, Chagas, VIH y HTLV1 La información de los Exámenes procesados debe ser entregada por los laboratorios, bancos de sangre y centros de sangre que procesan estos Exámenes para la red asistencial (aquellos Exámenes que procesa como resultado de Exámenes tomados en el mismo establecimiento y aquellos que como laboratorio de referencia de la red debe procesar) y por los establecimientos que compran servicios en el intra y extra sistema. Aquellos establecimientos que venden servicio de procesamiento de Exámenes no deben registrar esa producción en este REM, pues debe registrar el establecimiento que compra el servicio. Los procedimientos “toma de muestra” no deben ser registrados. Las confirmaciones se pueden registrar con posterioridad al registro de Exámenes reactivos correspondientes. Dadas las características de tamizaje de esta información se hace más difícil su interpretación. Sin embargo, se presentan las tablas para ulteriores análisis considerando que no se observan diferencias significativas al comparar migrantes y no migrantes en la exposición a enfermedades transmisibles.

Tabla 1.4.73 Diagnóstico transmisión vertical madre hijo/a con enfermedad de Chagas en chilenos y migrantes internacionales.
Chile y regiones específicas 2021.

	Chilenos	Migrantes	Total
Total país			
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas nacidos en el periodo	176	13	189
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico directo realizado	59	3	62
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (1° muestra)	182	16	198
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (2° muestra)	160	0	160
Hijos/as de Madre con enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (3° muestra)	166	2	168
R. Tarapacá			
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas nacidos en el periodo	32	0	32
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico directo realizado	22	0	22
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (1° muestra)	33	0	33
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (2° muestra)	37	0	37
Hijos/as de Madre con enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (3° muestra)	31	0	31
R. O'Higgins			
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas nacidos en el periodo	10	0	10
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (2° muestra)	1	0	1
Hijos/as de Madre con enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (3° muestra)	2	0	2
R. Metropolitana			
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas nacidos en el periodo	41	4	45
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico directo realizado	2	2	4
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (1° muestra)	10	10	20
Hijos/as de Madre con Enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (2° muestra)	7	0	7
Hijos/as de Madre con enfermedad de Chagas con diagnóstico finalizado e informado (3° muestra)	9	2	11

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Rem-A11. Exámenes De Pesquisa De Enfermedades Trasmisibles. Sección H: Diagnóstico Transmisión Vertical Madre Hijo/A Con Enfermedad De Chagas
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.74 Transmisión vertical materno infantil chilenos y migrantes internacionales. Chile 2021

	Chileno	Migrantes	Total
NIÑOS Y NIÑAS EXPUESTOS A LA SIFILIS TRATADOS AL NACER			
Recién nacidos/as expuestos a sífilis (hijos de mujer con serología reactiva para sífilis al parto no tratada o inadecuadamente tratada), que reciben tratamiento para sífilis congénita al nacer	554	113	667
Recién nacidos/as expuestos a sífilis (hijos de mujer con serología reactiva para sífilis al parto no tratada o inadecuadamente tratada)	501	114	615
ABORTOS Y DEFUNCIONES FETALES ATRIBUIDAS A SIFILIS SEGÚN EDAD GESTACIONAL	0		
Mujeres con serología reactiva para sífilis con aborto menor o igual a 19+6 semanas o menor a 500 grs	36	5	41
Mujeres con aborto menor o igual a 19+6 semanas o menor a 500 grs	2.637	491	3.128
Mujeres con serología reactiva para sífilis con aborto entre las 20 y las 21+6 semanas o mayor a 500 grs	43	30	73
Mujeres con aborto entre las 20 y las 21+6 semanas o mayor a 500 grs	114	8	122
Mujeres con serología reactiva para sífilis con mortinato mayor o igual a 22 semanas	21	5	26
Mujeres con mortinato mayor o igual a 22 semanas	180	26	206
RECIENTES NACIDOS EXPUESTOS AL VIH QUE RECIBE PROTOCOLO DE TRANSMISIÓN VERTICAL	0		
Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP que iniciaron profilaxis para VIH durante las primeras 12 hrs de vida	86	66	152
Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP	67	62	129
Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) no confirmada por ISP que iniciaron profilaxis para VIH durante las primeras 12 hrs de vida	20	21	41
Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) no confirmada por ISP	15	21	36
RECIENTES NACIDOS EXPUESTOS AL VIH QUE RECIBEN LECHE MATERNIZADA AL ALTA	0		
Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP que recibieron leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa)	66	59	125
Recién nacidos vivos hijos de mujer VIH (+) confirmada por ISP	57	52	109
Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) no confirmada por el ISP que recibieron leche maternizada al alta (para ser consumida en su casa)	13	18	31
Recién nacidos vivos hijos de mujer con serología VIH (+) no confirmada por el ISP	10	19	29
PROFILAXIS DE TRANSMISIÓN VERTICAL APLICADA AL RECIENTE NACIDO, HIJO DE MADRE HEPATITIS B POSITIVA	0		
Recién nacidos hijos de madre Hepatitis B positiva, nacidos en el periodo	6	43	49
Recién nacidos hijos de madre Hepatitis B positiva que recibieron profilaxis completa, según la normativa vigente	6	45	51
SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS AL AÑO DE VIDA			
Niños/as hijos de madre Hepatitis B positiva evaluados al año de vida	1	0	1

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

2.4.2.1.11 Evaluación de desarrollo psicomotor

La sección A03 de la serie A del REM pretende reflejar las herramientas aplicadas a través de los controles preventivos realizados en las diferentes etapas del ciclo vital y buscar la detección precoz de cualquier enfermedad o anomalía que pueda presentarse en los individuos durante el desarrollo de su vida. Concretamente, para la aplicación de la escala de evaluación de desarrollo psicomotor, en la primera evaluación correspondiente a las evaluaciones masivas del desarrollo psicomotor realizadas en grupos de edad priorizados, un resultado Normal seguido de uno de riesgo son los que se presentan con mayor frecuencia. Para todo el país, en 2021 1.955 migrantes (83,1%) tuvieron un resultado normal, 163 (6,9%) normal con rezago, 142 (6,0%) riesgo y 94 (4,0%) retraso. Misma situación se aprecia al distinguir por región, pero diferentes magnitudes. **En el caso de la Región de Tarapacá se observa en todos los años menor presencia de NNA migrantes en la categoría “normal” y mayor presencia en la categoría “normal con rezago” y “riesgo”.**

En la misma línea, para la re-evaluación correspondiente a la aplicación de Test de Desarrollo Psicomotor realizada a niños y niñas, que fueron detectados con rezago o déficit en su desarrollo psicomotor en una primera evaluación, y que recibieron tratamiento según la Orientaciones Técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil. Se registraron con mayor frecuencia en inmigrantes normal desde el normal con rezago seguido de normal desde el normal con riesgo. Para 2021 en todo el país, 28 niños migrantes se reevaluaron con resultando en riesgo y 26 con retraso.

El mismo año para el total del país 34 niños y niñas migrantes requirieron derivación directa por médico a especialista después de la primera evaluación.

Tabla 1.4.75 Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
chilenos y migrantes internacionales. Chile 2019, 2020, 2021

		2019				2020				2021			
		Chileno		Migrante		Chileno		Migrante		Chileno		Migrante	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primera Evaluación	Normal	3320	86,19	30	84,27	1212	85,99	10	83,53	1934	82,68	19	83,55
	Normal Con Rezago	2024	5,31	21	6,17	7309	5,2	79	6,2	1385	5,92	14	6,0
	Riesgo	2418	6,31	23	6,78	9295	6,6	10	8,13	1873	8,01	16	6,9
	Retraso	7667	2,0	93	2,6	3247	2,3	32	2,5	7903	3,4	94	4,0
Reevaluación	NORMAL (Desde Normal Con Rezago)	1101	27,4	10	30,0	3504	29,8	32	33,7	5448	25,4	49	28,5
	NORMAL (Desde Riesgo)	1420	35,5	10	33,9	3640	30,9	18	18,9	6984	32,6	34	19,8
	NORMAL (Desde Retraso)	1995	5,0	10	3,0	613	5,2	6	6,3	1086	5,1	7	4,1
	NORMAL CON REZAGO (Desde Riesgo)	2472	6,2	23	7,0	849	7,2	9	9,5	1641	7,7	15	8,7
	NORMAL CON REZAGO (Desde Retraso)	572	1,4	1	0,3	208	1,8	0	0,0	319	1,5	2	1,2
	RIESGO (Desde Retraso)	760	1,9	10	3,0	325	2,8	4	4,2	582	2,7	5	2,9
	Normal Con Rezago (Desde Normal Con Rezago)	2614	6,6	10	3,0	765	6,5	10	10,5	1251	5,8	11	6,4
	RIESGO (Desde Riesgo)	4100	10,3	37	11,3	1187	10,1	12	12,6	1882	8,8	10	5,8
	RIESGO (Desde Normal Con Rezago)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	571	2,7	13	7,6
	RETRASO (Desde Retraso)	2106	5,3	28	8,5	671	5,7	4	4,2	916	4,3	12	7,0
	RETRASO (Desde Riesgo)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	508	2,4	5	2,9
	RETRASO (Desde Normal Con Rezago)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	235	1,1	9	5,2
Derivados A Especialidad	Riesgo	1865	46,4	10	47,6	679	39,4	10	47,6	1514	40,5	12	35,3
	Retraso	1978	49,2	10	47,6	951	55,2	11	52,4	2136	57,2	22	64,7
Traslado De Establecimiento	Normal Con Rezago	179	4,5	1	4,8	93	5,4	0	0,0	85	2,3	0	0,0
	Riesgo	298	72,9	4	66,7	109	67,3	2	50,0	178	65,9	5	71,4
	Retraso	111	27,1	2	33,3	53	32,7	2	50,0	92	34,1	2	28,6

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.75 Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor chilenos y migrantes internacionales. Región de Tarapacá 2019, 2020, 2021

		2019				2020				2021			
		Chileno		Migrante		Chileno		Migrante		Chileno		Migrante	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primera Evaluación	Normal	632	86,2	9	76,2	269	88,2	4	72,9	406	82,8	12	81,7
		8	%	3	%	2	%	3	%	1	%	5	%
	Normal Con Rezago	291	4,0%	8	6,6%	93	3,0%	6	10,2	208	4,2%	9	5,9%
									%				
Reevaluación	Riesgo	580	7,9%	1	12,3	206	6,7%	1	16,9	466	9,5%	15	9,8%
				5	%			0	%				
	Retraso	142	1,9%	6	4,9%	62	2,0%	0	0,0%	172	3,5%	4	2,6%
Derivados A Especialidad	NORMAL (Desde Normal Con Rezago)	198	20,7	3	17,6	45	16,2	1	14,3	84	15,4	2	22,2
			%		%		%		%		%		%
	NORMAL (Desde Riesgo)	379	39,6	1	58,8	111	40,1	3	42,9	178	32,6	3	33,3
			%	0	%		%		%		%		%
	NORMAL (Desde Retraso)	34	3,6%	1	5,9%	19	6,9%	0	0,0%	28	5,1%	1	11,1
													%
	NORMAL CON REZAGO (Desde Riesgo)	76	7,9%	1	5,9%	23	8,3%	1	14,3	57	10,4	0	0,0%
									%				
	NORMAL CON REZAGO (Desde Retraso)	13	1,4%	0	0,0%	8	2,9%	0	0,0%	7	1,3%	0	0,0%
	RIESGO (Desde Retraso)	14	1,5%	0	0,0%	5	1,8%	1	14,3	24	4,4%	0	0,0%
									%				
Traslado De Establecimiento	Normal Con Rezago (Desde Normal Con Rezago)	55	5,8%	0	0,0%	18	6,5%	1	14,3	39	7,1%	0	0,0%
									%				
	RIESGO (Desde Riesgo)	126	13,2	2	11,8	39	14,1	0	0,0%	58	10,6	0	0,0%
			%		%		%				%		
Derivados A Especialidad	RIESGO (Desde Normal Con Rezago)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	19	3,5%	0	0,0%
	RETRASO (Desde Retraso)	61	6,4%	0	0,0%	9	3,2%	0	0,0%	20	3,7%	1	11,1
													%
Derivados A Especialidad	RETRASO (Desde Riesgo)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	26	4,8%	2	22,2
													%
	RETRASO (Desde Normal Con Rezago)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	1,1%	0	0,0%
Derivados A Especialidad	Riesgo	55	44,7	1		30	71,4	0		70	50,7	2	66,7
			%				%				%		%
	Retraso	47	38,2	0		8	19,0	0		65	47,1	1	33,3
			%				%				%		%
Traslado De Establecimiento	Normal Con Rezago	21	17,1	0		4	9,5	0		3	2,2	0	
			%				%				%		
	Riesgo	30	81,1	0		11	84,6	1		13	56,5	0	
			%				%				%		
Traslado De Establecimiento	Retraso	7	18,9	0		2	15,4	0		10	43,5	0	
			%				%				%		

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.75 Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor chilenos y migrantes internacionales. Región O'Higgins 2019, 2020, 2021

		2019				2020				2021			
		Chileno		Migrante		Chileno		Migrante		Chileno		Migrante	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primera Evaluación	Normal	1852	86,7	19	84,9	733	88,0	4	82,7	1264	81,8	6	79,0
		5	%	7	%	5	%	3	%	9	%	4	%
	Normal Con Rezago	1391	6,5	19	8,2	454	5,4	5	9,6	1044	6,8	5	6,2
	Riesgo	1118	5,2	12	5,2	415	5,0	2	3,8	1334	8,6	8	9,9
	Retraso	331	1,5	4	1,7	135	1,6	2	3,8	435	2,8	4	4,9
Reevaluación	NORMAL (Desde Normal Con Rezago)	950	36,5	14	46,7	286	35,8	3	60,0	564	32,1	5	20,0
			%		%		%		%		%		%
	NORMAL (Desde Riesgo)	675	25,9	12	40,0	212	26,5	0	0,0	469	26,7	5	20,0
			%		%		%		%		%		%
	NORMAL (Desde Retraso)	79	3,0	0	0,0	27	3,4	0	0,0	63	3,6	0	0,0
	NORMAL CON REZAGO (Desde Riesgo)	154	5,9	1	3,3	43	5,4	1	20,0	133	7,6	2	8,0
			%		%		%		%		%		%
	NORMAL CON REZAGO (Desde Retraso)	33	1,3	0	0,0	15	1,9	0	0,0	24	1,4	0	0,0
	RIESGO (Desde Retraso)	44	1,7	0	0,0	15	1,9	0	0,0	33	1,9	0	0,0
	Normal Con Rezago (Desde Normal Con Rezago)	224	8,6	0	0,0	68	8,5	0	0,0	104	5,9	0	0,0
	RIESGO (Desde Riesgo)	313	12,0	3	10,0	87	10,9	1	20,0	165	9,4	1	4,0
			%		%		%		%		%		%
Derivados A Especialidad	Riesgo	146	51,8	3	75,0	45	39,1	2	66,7	99	36,0	3	60,0
			%		%		%		%		%		%
	Retraso	125	44,3	1	25,0	59	51,3	1	33,3	173	62,9	2	40,0
			%		%		%		%		%		%
Traslado De Establecimiento	Normal Con Rezago	11	3,9	0		11	9,6	0		3	1,1	0	
	Riesgo	15	65,2	0		14	70,0	0		6	50,0	0	
			%				%				%		
	Retraso	8	34,8	0		6	30,0	0		6	50,0	0	
			%				%				%		

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

Tabla 1.4.75 Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor chilenos y migrantes internacionales. Región Metropolitana 2019, 2020, 2021

		2019				2020				2021			
		Chileno		Migrante		Chileno		Migrante		Chileno		Migrante	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primera Evaluación	Normal	1163	86,9	144	83,2	384	85,6	42	81,3	560	83,0	68	86,0
		43	%	2	%	75	%	3	%	19	%	4	%
	Normal Con Rezago	6790	5,1	114	6,6	229	5,1	38	7,3	386	5,7	36	4,5%
			%		%		%		%		%		
Reevaluación	Riesgo	8150	6,1	125	7,2	303	6,8	43	8,3	522	7,7	43	5,4%
			%		%		%		%		%		
	Retraso	2656	2,0	53	3,1	112	2,5	16	3,1	240	3,6	32	4,0%
			%		%		%		%		%		
Reevaluación	NORMAL (Desde Normal Con Rezago)	3474	28,1	36	25,2	104	30,6	4	15,4	130	23,0	11	37,9
			%		%		%		%		%		%
	NORMAL (Desde Riesgo)	5003	40,5	39	27,3	118	34,6	6	23,1	205	36,3	4	13,8
			%		%		%		%		%		%
	NORMAL (Desde Retraso)	619	5,0	5	3,5	202	5,9	2	7,7	352	6,2	1	3,4%
			%		%		%		%		%		
	NORMAL CON REZAGO (Desde Riesgo)	709	5,7	9	6,3	241	7,0	2	7,7	424	7,5	2	6,9%
			%		%		%		%		%		
	NORMAL CON REZAGO (Desde Retraso)	163	1,3	0	0,0	63	1,8	0	0,0	88	1,6	0	0,0%
			%		%		%		%		%		
	RIESGO (Desde Retraso)	188	1,5	7	4,9	84	2,5	2	7,7	174	3,1	1	3,4%
			%		%		%		%		%		
	Normal Con Rezago (Desde Normal Con Rezago)	653	5,3	7	4,9	145	4,2	3	11,5	276	4,9	3	10,3
			%		%		%		%		%		%
Derivados A Especialidad	Riesgo	622	42,7	2	40,0	150	27,9	4	36,4	422	34,8	2	25,0
			%		%		%		%		%		%
Traslado De Establecimiento	Retraso	793	54,4	3	60,0	366	68,0	7	63,6	763	63,0	6	75,0
			%		%		%		%		%		%
Traslado De Establecimiento	Normal Con Rezago	43	2,9	0	0,0	22	4,1	0	0,0	26	2,1	0	0,0%
			%		%		%		%		%		
	Riesgo	121	73,3	1	33,3	40	75,5	1	50,0	76	67,3	4	100,0
			%		%		%		%		%		
Traslado De Establecimiento	Retraso	44	26,7	2	66,7	13	24,5	1	50,0	37	32,7	0	0,0%
			%		%		%		%		%		

La cantidad de chilenas fue calculada como la diferencia entre el registro del total y el registro de migrantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de REM 2019, 2020, 2021

2.5 Conclusiones del componente cuantitativo

A través de la presente revisión se describió sociográfica y epidemiológicamente a la población de NNA migrantes en relación al análisis de diversas bases de datos: CENSO 2017 y sus proyecciones 2018-2021; CASEN 2020; Egresos Hospitalarios 2019, 2020 y 2021 y Registro Estadístico Mensual 2019, 2020, 2021 puesto a disposición por el DEIS, MINSAL.

Los resultados son concluyentes en ciertos aspectos y muestran por una parte, la creciente presencia de población migrante en el tramo 0-19 años a lo largo de todo el país con concentración en diversas regiones y por otra, las condiciones de vida en que se encuentran insertos y que pueden afectar sus resultados en salud.

Sociodemográficamente las encuestas describen la presencia de NNA en una proporción mayor al 15% en todas las regiones analizadas, llegando a representar el 18,84% de la población migrante en la región de Tarapacá. La región metropolitana también presenta una alta presencia de hogares con niños entre 0 y 15 años y la región de O'Higgins si bien tiene índices menores, éstos tienen la particularidad de estar marcados por mayor índice de masculinidad. Las nacionalidades de los NNA migrantes son principalmente de origen latinoamericano, liderando la presencia de colectivos venezolanos en varias regiones, aunque también destaca la presencia de NNA bolivianos en Tarapacá, peruanos en Región Metropolitana y haitianos en O'Higgins. En términos de tramos etarios la población migrante menor de 19 años se concentra en el tramo 10-19 en todas las regiones, sin embargo esta distribución puede estar marcada por los efectos del ius solis que otorga nacionalidad chilena a todos los niños nacidos en el territorio, eliminando su relación con la migración de las bases de datos analizadas. Igualmente, esta concentración de la población de NNA en el tramo adolescente requiere de atención en tanto los datos epidemiológicos y sociodemográficos alertan sobre las particulares condiciones de vulnerabilidad al que estarían siendo expuestos particularmente adolescentes en este tramo.

Respecto a las zonas de residencia, la información reporta una concentración de la niñez y adolescencia migrante en zonas urbanas, especialmente en regiones como la Región Metropolitana. O'Higgins y Tarapacá, en cambio, si bien también concentran su población migrante en centros urbanos, presentan la particularidad de tener porcentajes más altos que la media nacional asentados en zonas rurales. Colectivos como el boliviano y haitiano,

trabajadores temporeros del sector agrícola, se asientan en zonas rurales haciendo necesario poner atención a las necesidades de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en dichos territorios. Por su parte, respecto a la pertenencia a pueblos originarios, en general el porcentaje de NNA migrantes que se adscribe a alguna identidad étnica indígena es menor que el porcentaje nacional. Sin embargo es de particular interés evidenciar el hecho que en la región de Tarapacá el porcentaje de niños migrantes que se consideran pertenecientes a pueblos originarios es mayor que la media nacional y alcanza un 25,9%, mientras que en O'Higgins llega a un 6,1%.

Respecto a escolaridad se llega a conclusiones contundentes respecto a las desigualdades que afectan negativamente a la niñez y adolescencia migrante, quienes presentan mayores tasas de inasistencia y deserción escolar, así como mayor proporción de adolescentes trabajando en distintas formas, incluida la del trabajo doméstico no remunerado. En Tarapacá y O'Higgins el porcentaje de adolescentes migrantes entre 15-19 años que respondió no asistir actualmente a establecimientos de educación duplicó al porcentaje de adolescentes chilenos que se encuentran en dicha situación.

En términos de previsión las brechas de afiliación a salud son persistentes y se observan en todas las bases de datos analizadas. Por una parte, en todas las regiones existe un porcentaje significativamente más alto de NNA migrante sin previsión comparado con locales en la misma situación. En Tarapacá y O'Higgins el porcentaje de NNA Migrante sin previsión sextuplica al de NNA locales generando brechas de acceso preocupantes y urgentes de resolver, dado sus efectos a largo plazo sobre la salud poblacional. Esta falta de afiliación se suma a condiciones de vida relacionadas con las determinantes sociales de la salud que también afectan negativamente a la niñez y adolescencia migrante. Por una parte, se observa a nivel país que en todas las regiones la proporción de NNA migrantes en condición de pobreza monetaria (extrema o no extrema) es más alta que la de NNA locales. En los casos de las regiones implicadas en el estudio es preocupante la situación de la Región de Tarapacá donde casi el 20% de los hogares que incluyen NNA migrantes se encuentra en pobreza extrema. Estas condiciones de vida se condicen con otros índices como el hacinamiento, donde se observa también una mayor proporción de familias que incluyen NNA migrantes en condiciones de hacinamiento v/s la población chilena que se encuentra en dicha condición. De hecho, en todas las regiones estudiadas los NNA

migrantes que viven en hacinamiento superan al 30%, llegando a representar un 48% en el caso de la Región de Tarapacá.

En términos epidemiológicos el análisis arroja resultados que refuerzan los resultados sociodemográficos. Por una parte, se observa que la principal causa de Egresos Hospitalarios es por embarazo, parto y puerperio en población migrante en general, pero también para población migrante menor de 19 años. Esto significa que existe un problema relevante asociado al embarazo adolescente, el que se concentra en el tramo 15-19 años y presenta tasas preocupantes en Regiones como Tarapacá donde el año 2020 los egresos por esta causa alcanzaron el 39%. Por su parte, la situación epidemiológica confirma las brechas de previsión de salud, demostrando consistentemente desigualdades de previsión entre NNA migrantes y NNA locales en egresos como por ejemplo aquellos causados por envenenamientos, traumatismos y causas externas, que consistuyen la segunda causa de egreso en NNA migrantes, luego del embarazo, parto y puerperio. Otras causas relevantes para la población migrante son las enfermedades del aparato digestivo y respiratorio.

En fin, el análisis de registros estadísticos mensuales confirma la situación de embarazos adolescentes en población migrante, relevando situaciones de riesgo psicosocial en todas las regiones indagadas, así como diagnóstico de trabajo adolescente en jóvenes de origen extranjero. En términos nutricionales también emergen hallazgos importantes en torno a la presencia de desnutrición y riesgo de desnutrición en niñez y adolescencia migrante, cuyos porcentajes son más altos que los que presentan niños y adolescentes locales en dicha condición. También se destaca que si bien la población migrante está más presente que la población nacional en el rango nutricional “normal”, a los datos sobre desnutrición se suman datos sobre aparición de sobrepeso y obesidad también en población migrante. Por último en torno a salud sexual y enfermedades transmisibles los resultados no son concluyentes y requieren de mayor profundización. La lactancia materna se confirma como extendida en población migrante y no migrante y el desarrollo psicomotor si bien no arroja resultados consistentes para todas las regiones, sí alerta sobre la necesidad de observar posibles sesgos en la aplicación de pautas que tienden a registrar mayores niveles de riesgo de rezago en población migrante.

BIBLIOGRAFÍA COMPONENTE CUANTITATIVO

- Banco Mundial (2022) Encuesta Nacional de Migración 2022. Presentación de resultados. Banco Mundial y Servicio Nacional de Migración. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099005001122338775/pdf/P1757800d2bef906f0903e099fa7dd63868.pdf>
- CELADE, INE. (2018). Redatam Webserver. Disponible en: https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CENSO_2017&lang=esp
- Dominic Comtois. (2021). summarytools: Tools to Quickly and Neatly Summarize Data. R package version 1.0.0. Disponible en: <https://CRAN.R-project.org/package=summarytools>
- Greg Freedman Ellis and Ben Schneider. (2022). srvyr: 'dplyr'-Like Syntax for Summary Statistics of Survey Data. R package version 1.1.1. Disponible en: <https://CRAN.R-project.org/package=srvyr>
- Hadley Wickham and Evan Miller. (2021). haven: Import and Export 'SPSS', 'Stata' and 'SAS' Files. R package version 2.4.3. URL <https://CRAN.R-project.org/package=haven>
- Hadley Wickham, Romain François, Lionel Henry and Kirill Müller. (2022). dplyr: A Grammar of Data Manipulation. R package version 1.0.8. Disponible en: <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>
- H. Wickham. (2016). ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag New York. Disponible en: <https://ggplot2.tidyverse.org>
- INE. (2021a). Manual del investigador. CASEN en Pandemia 2020. Santiago.
- INE (2021b) Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2021. Desagregación Nacional, Regional y Principales comunas. Instituto Nacional de Estadísticas- INE. Disponible en:

https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/demografia-y-migracion/publicaciones-y-anuarios/migraci%C3%B3n-internacional/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2018/estimaci%C3%B3n-poblaci%C3%B3n-extranjera-en-chile-2021-resultados.pdf?sfvrsn=d4fd5706_6

Organización Panamericana de la Salud. (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington: Organización Mundial de la salud.

R Core Team. (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Disponible en: <https://www.R-project.org/>

3. COMPONENTE CUALITATIVO

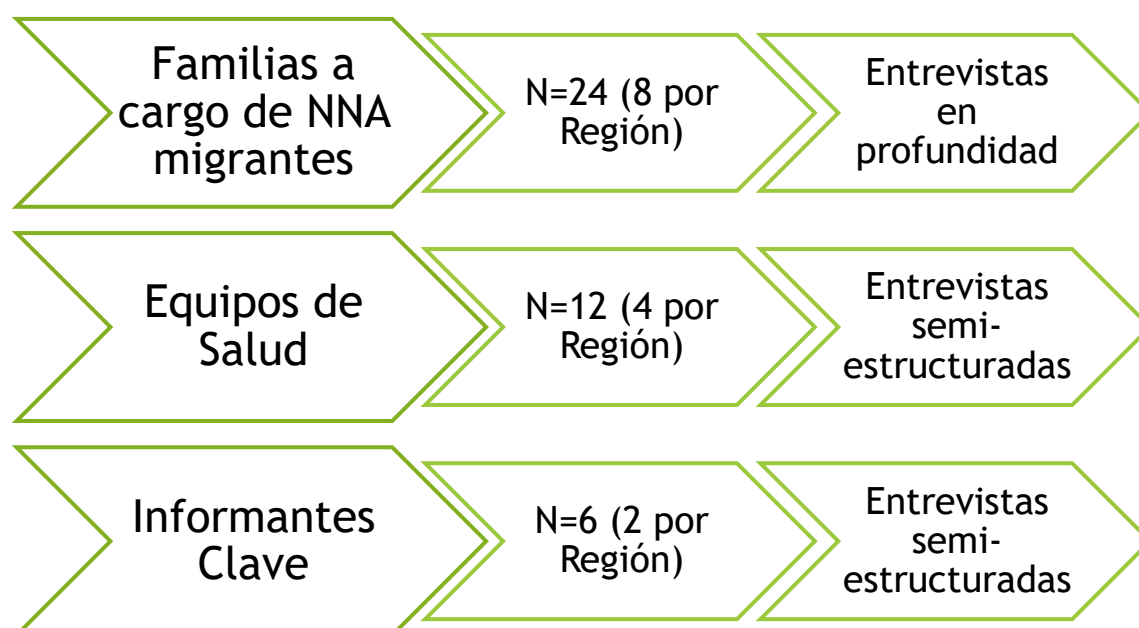
3.1. Diseño

La propuesta cualitativa implica aplicar metodologías cuyo diseño concibe a los grupos y la sociedad como productores de un entramado de códigos compartidos intersubjetivamente que dan cuerpo y forma a la significación. Desde este paradigma se planteó un **estudio exploratorio-descriptivo** ya que enfrenta una dimensión poco estudiada de la experiencia migratoria, como el que constituye la experiencia de uso (o no uso) de los servicios de salud por parte de niños, niñas y adolescentes migrantes desde el punto de vista de sus padres, madres y tutores; equipos de salud e informantes clave.

3.1.1. Técnicas de investigación

Se diseñó una metodología basada en la aplicación de las siguientes metodologías:

Figura 1. Muestra y técnicas de investigación cualitativa por subgrupo



En detalle, las técnicas de investigación consistieron en:

Figura 2. Descripción de las técnicas de investigación

1. Entrevistas en profundidad con familias migrantes a cargo de NNA usuarias y no usuarias de APS

La entrevista en profundidad fue aplicada de **forma presencial a 24 familias de migrantes (8 por Región), hombres y mujeres de origen latinoamericano**, que tuvieran a su cargo el cuidado de NNA, independiente de su condición migratoria y su relación con los servicios de salud. Para llevarlas a cabo se organizaron **tres periodos de trabajo de campo de entre 3 a 7 días** en las Regiones implicadas, previo contacto con las instituciones que apoyaron con el proceso de reclutamiento. Las entrevistas siguieron una pauta de entrevista (ver Anexo 2, Pautas de Entrevista) tuvieron una **duración mínima de 45 minutos y máxima de 2,5 horas** y se realizaron en los domicilios, espacios laborales y/o espacios públicos, según preferencia de los participantes. Luego de conocer las características del estudio los entrevistados firmaron un **consentimiento informado** y las entrevistas fueron integralmente grabadas para ser transcritas. Una vez que la transcripción se realizó, en algunos casos se establecieron nuevos contactos con las familias para agradecer la participación y ofrecer acceso a resultados

2. Entrevistas semi-estructuradas con equipos de salud

Este tipo de entrevistas son conversaciones entre el investigador y el sujeto informante donde se explora un tema mediante preguntas a partir de una guía (ver Anexo 2, Pautas de Entrevista) que recoge los aspectos que quieren ser explorados (Patton M, 2002). Se aplicaron principalmente a los equipos de salud de las tres regiones implicadas, que están involucrados la atención de salud de NNA a nivel de atención primaria y, eventualmente, especialistas de las redes integradas. Las entrevistas a equipos de salud se realizaron **tanto de forma presencial como virtual**, según preferencia del entrevistado/a. Tuvieron una **duración mínima de 45 minutos y máxima de 1,5 horas y fueron integralmente transcritas** por el equipo de investigación. Dentro de los acuerdos establecidos durante el reclutamiento, los resultados generales del estudio estarán disponibles para los participantes que quieran acceder a ellos.

3. Entrevistas semi-estructuradas con informantes clave:

Entrevistas basadas en una pauta (Anexo 2) aplicada a funcionarios y autoridades de salud, encargados de servicios que ejecutan programas de atención primaria enfocados al abordaje de la salud de NNA (control de niño sano, programa nacional de inmunizaciones, morbilidad infantil, encargados programa Chile Crece Contigo, etc.). Se realizaron tanto de **forma presencial como virtual** según preferencia del entrevistado/a. Se realizaron previa firma de un consentimiento informado. Tuvieron **una duración mínima de 45 minutos y máxima de 1,5 horas y fueron integralmente transcritas** por el equipo de investigación. Dentro de los acuerdos establecidos durante el reclutamiento, los resultados generales del estudio estarán disponibles para los participantes que quieran acceder a ellos.

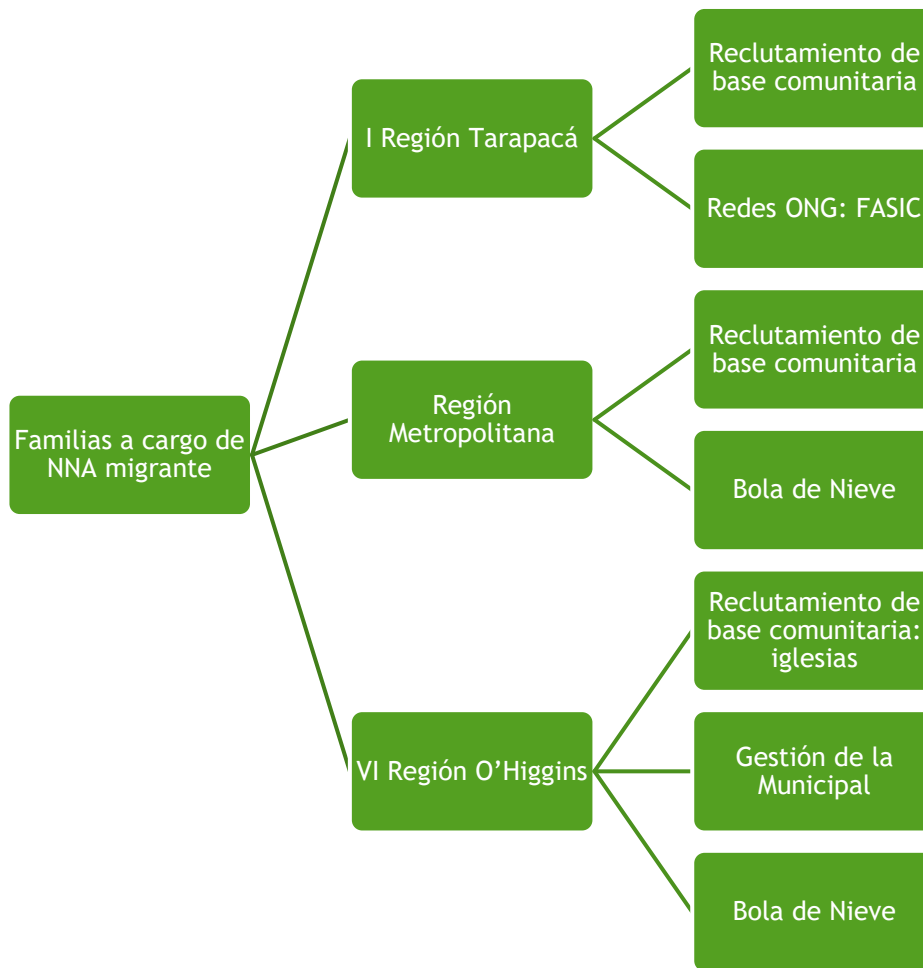
3.1.2. Proceso de reclutamiento

Familias. Para realizar los contactos con las familias de adultos a cargo del cuidado de NNA se realizaron diversas estrategias de reclutamiento por región utilizando estrategias de:

- a) Reclutamiento de Base Comunitaria (RBC), a través de informantes clave (líderes comunitarios, mediadores culturales y otras redes establecidas previamente por el grupo de investigación.
- b) Reclutamiento a través de ONG, solicitando a fundaciones colaboradoras como fundación FASIC y SJM apoyar en el contacto con familias migrantes.
- c) Reclutamiento a través de Instituciones públicas y privadas, como Oficinas Municipales e Iglesias Pentecostales.

El siguiente esquema detalla el reclutamiento del universo “familias” diferenciando estrategias por Región:

Figura 3.: Diagrama de reclutamiento de familias por región

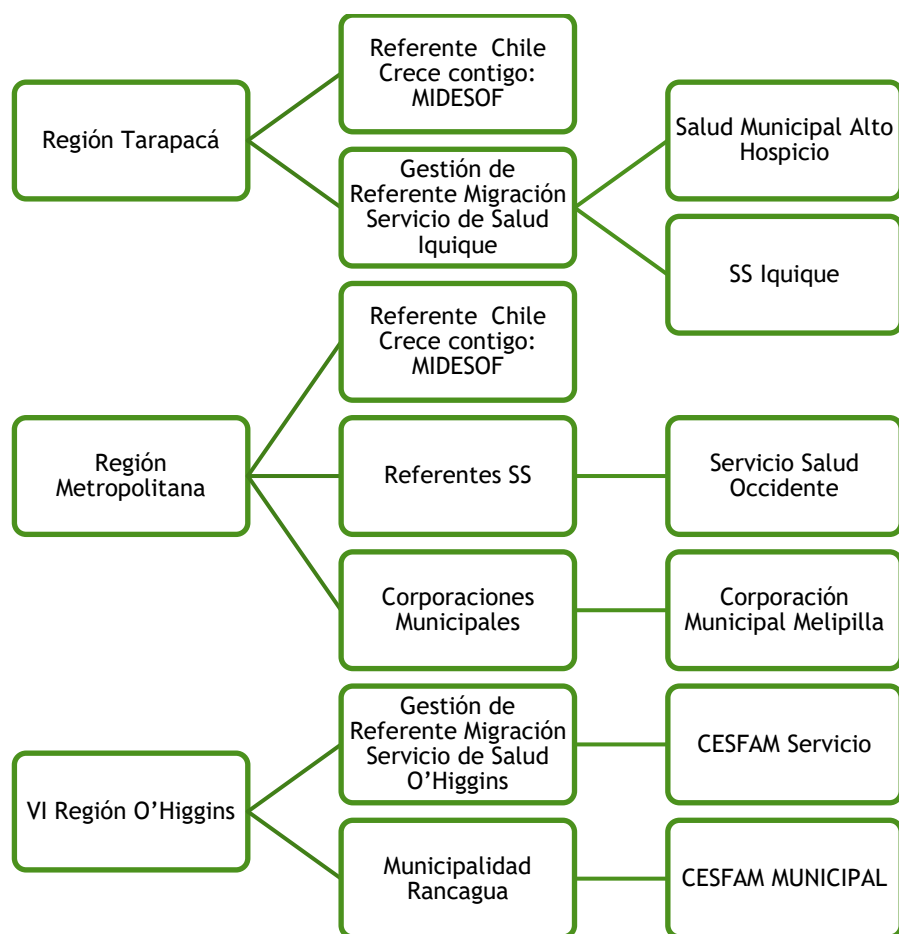


Equipos de salud e informantes clave

Los equipos de salud fueron reclutados a partir de la colaboración con los **referentes del Programa Migración** de los Servicios de Salud de las Regiones implicadas en el estudio. En un primer momento, se contactó a estos profesionales, quienes a su vez proveyeron información sobre centros de salud a **invitar y/o encargados de programas pertinentes a entrevistar**. En el caso de la **VI región**, se contactó también a la **Municipalidad** quien a su vez apoyó para el reclutamiento de personal de salud de la dirección municipal. **Referentes Regionales del Programa Chile Crece Contigo** también apoyaron en la identificación de informantes clave y de autoridades a incluir en la muestra.

En síntesis, el reclutamiento de equipos de salud quedó configurado de la siguiente forma:

Figura 4: Diagrama de reclutamiento de equipos de salud y expertos/as por región



3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión de los tres universos que componen la muestra fueron:

UNIVERSO	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
TUTORES, MADRES Y/O PADRES DE NNA MIGRANTES	• Adultos migrantes (de cualquier género y nacionalidad) que estén a cargo del cuidado de al menos un NNA entre 0 a 18 años, 11 meses. • Adultos migrantes residentes habituales en cualquiera de las Comunas de las Regiones I, Tarapacá; RM Región Metropolitana y VI Región.	• Adultos migrantes que hayan ingresado a Chile hace menos de siete días, al momento de la entrevista. • Adultos migrantes que no sean cuidadores de NNA, independiente de su condición de parentalidad biológica. • Adultos migrantes que no habiten en las Regiones I, Tarapacá; RM Región Metropolitana y VI Región. • Adultos migrantes que no deseen participar voluntariamente de la entrevista.
EQUIPOS DE SALUD	• Profesionales y técnicos de APS que prestan atención directa a NNA migrantes, preferentemente a cargo de las prestaciones de programas dedicados a niñez. • Profesionales y técnicos que se desempeñan en su cargo hace al menos 1 año.	• Profesionales y técnicos de APS que hayan tenido licencias médicas por más de seis meses en los últimos tres años. • Profesionales y técnicos de APS que participen exclusivamente de prestaciones dedicadas a la salud de mujeres púerperas, pero no de prestaciones dedicadas a niños, niñas y adolescentes. • Profesionales y técnicos de APS que no deseen participar voluntariamente del estudio.
INFORMANTES CLAVE	• Referentes del Programa de Salud Migrante en comunas de las regiones implicadas. • Coordinadores - Referentes de Programas dedicados a la salud de la primera infancia y adolescencia en los servicios de las regiones implicadas. • Autoridades de Centros de APS con importante presencia migrante. • Autoridades Ministeriales y de SEREMI Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE, etc.	• Informantes clave y autoridades que se desempeñen en el cargo por menos de un año • Informantes clave y autoridades que hayan tenido licencias médicas por más de seis meses recientemente (en los últimos 3 años) • Informantes clave y autoridades que no deseen participar voluntariamente del estudio.

3.1.4. Caracterización de la muestra

Como es sabido, el muestreo cualitativo no responde a criterios de representatividad numérica sino que de representación socioestructural, es decir: se busca representar “las relaciones que configuran socialmente el objeto de estudio y cada unidad seleccionada

expresan posiciones diferenciales dentro del objeto de estudio” (Mejia, 2000:167). Esto significa que el muestreo cualitativo privilegia la profundidad y complejidad de la información recolectada por sobre la generación de relaciones estadísticas entre universo y muestra. En este caso, dadas las condiciones del estudio, se realizó un muestreo por bola de nieve o nominal, es decir una selección de las unidades de muestra de acuerdo a criterios de disponibilidad y factibilidad, en el que se van siguiendo las pistas que surgen durante el trabajo de campo con una flexibilidad que permite aprovechar lo inesperado, donde se identifican “los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que pueda resultar un buen candidato para participar” (Martinez-Salgado 2012: 616). Este es un tipo de muestreo práctico y eficiente en situaciones como la que presenta el estudio, cuando hay poco tiempo para la ejecución y puede ser difícil establecer contactos espontáneos, condiciones que se agregan al carácter exploratorio del estudio. En este caso establecer relaciones de confianza con familias migrantes, en especial aquellas en condición irregular, puede ser materia complicada dado el contexto de xenofobia creciente que existe en el país, así como las precarias condiciones de vida que tienen algunas familias migrantes que implica priorizar el uso del tiempo en actividades remuneradas. El trabajo con equipos de salud, por su parte, estuvo sujeto a autorizaciones que retardaron el proceso de reclutamiento, además de depender de la disponibilidad de tiempo de profesionales que trabajan en ambientes de alta demanda laboral, como es el sector sanitario. Por último, los informantes clave también fueron contactados en base a su conocimiento en el tema y la muestra se basó principalmente en quienes se demostraron interesados en participar voluntariamente del estudio.

La muestra quedó formada por 24 adultos migrantes a cargo de NNA (8 por región), 12 integrantes de equipos de salud (cuatro por región) y 6 informantes clave (2 por Región). Se alcanzó un N total= 42 personas.

3.1.4.1. Caracterización de la muestra por región

A continuación, se detalla las características de la muestra por Región y luego por categoría, según universo de estudio.

Figura 5. Características muestra Región de Tarapacá

Región de Tarapacá			
FAMILIAS			
Género	8 mujeres		0 hombre
Edad promedio	30 años		
Promedio de niños/as a cargo	2		
Comuna de Residencia	Alto Hospicio 4		Iquique 4
Nacionalidad	Venezuela 5	Bolivia 2	Perú 1
TOTAL tutores NNA TARAPACÁ	N= 8		
EQUIPOS DE SALUD			
Género	3 mujeres		1 hombre
Ocupación	Trabajador/a Social: 4		
Comuna de desempeño	Alto Hospicio: 2		Iquique: 2
Total Equipos de Salud	N=4		
INFORMANTES CLAVE			
Género	2 mujeres		0 hombre
Total Informantes Clave Tarapacá	N=2		
Total Participantes Tarapacá	N=14		

Figura 6. Características muestra Región Metropolitana de Santiago

Región Metropolitana de Santiago					
FAMILIAS					
Género	7 mujeres			1 hombre	
Edad promedio	32 años				
Promedio de niños a cargo	2,25				
Comuna de Residencia	San Miguel 1	Lo Espejo 1	Maipú 3	Est. Central 1	Santiago 2
Nacionalidad	Venezuela 5		Argentina 2		Haití 1

TOTAL tutores NNA R.M	N= 8		
EQUIPOS DE SALUD			
Género	4 mujeres		hombre
Ocupación	Trabajador Social (TS) 1	Nutricionista 1	Matrona 1 Enfermera 1
Comuna de desempeño	Melipilla: 2		Quinta Normal: 2
Total Equipos de Salud	N=4		
INFORMANTES CLAVE			
Género	2 mujeres		0 hombre
Total Informantes Clave RM	N=2		
Total Participantes RM	N=14		

Figura 7. Características muestra Región de O'Higgins

Región de O’Higgins			
FAMILIAS			
Género	8 mujeres		0 hombre
Edad promedio	36 años		
Promedio de niños a cargo	1,6		
Comuna de Residencia	Machalí: 2		Rancagua: 6
Nacionalidad	Venezuela 7		Colombia 1
TOTAL tutores NNA R VI	N= 8		
EQUIPOS DE SALUD			
Género	2 mujeres		2 hombre
Ocupación	TS 2	Facilitador Intercultural 1	Cientista Político 1
Comuna de desempeño	Rancagua: 2	San Felipe: 1	Machalí: 2
Total Equipos de Salud RVI	N=4		
INFORMANTES CLAVE			
Género	2 mujeres		0 hombre
Total Informantes Clave R VI	N=2		
Total Participantes RVI	N=14		

3.1.4.2. Caracterización de la muestra por categoría

Categoría Familias. En el caso de los adultos migrantes incluidos en la muestra, estos tuvieron las siguientes características:

Figura 8. Caracterización de la muestra, categoría familias

Categoría	Región Iquique		Región Metropolitana		Región O'Higgins	
Género	8 mujeres, 0 hombre		7 mujeres, 1 hombre		8 mujeres, 0 hombre	
Edad promedio	30 años		32 años		36 años	
Promedio de NNA a cargo	2 Mínimo 1, máximo 3		2,25 Mínimo 1, máximo 4		1,6 Mínimo 1, máximo 2	
Comuna/sector de residencia	Alto Hospicio	4	Maipú	3	Machalí	2
			Santiago	2	Rancagua	6
	Iquique	3	Estación Central	1		
	Los Verdes	1	Lo Espejo	1		
Nacionalidad de proveniencia			San Miguel	1		
	Venezuela	5	Venezuela	5	Venezuela	7
	Bolivia	2	Argentina	2	Colombia	1
	Perú	1	Haití	1		

En general en términos de nacionalidades el estudio representa las realidades de **familias de Venezuela, Perú, Bolivia, Argentina, Colombia y Haití**. Sin embargo, la contingencia y el muestreo por bola de nieve favorecieron la representación del primero de los grupos (Venezuela) en desmedro de nacionalidades igualmente presentes en nuestro país como Colombia y Haití. Es por ello que en términos muestrales es necesario reconocer la necesidad de proseguir con estudios de este tipo centrados en nacionalidades específicas que son prevalentes específicamente para ciertos territorios, como por ejemplo familias provenientes de Haití en Región Metropolitana y de Colombia y Bolivia en el Norte Grande.

Categoría Equipos de salud: En el caso de los equipos de salud, se entrevistó a 9 mujeres y 3 hombres, de ocupaciones heterogéneas (trabajadores sociales, nutricionistas, matrona, enfermera, facilitadores interculturales), todos pertenecientes a la Red de Atención Primaria y de atención directa a familias migrantes. La siguiente tabla detalla sus características

Figura 9. Caracterización de la muestra, categoría equipos de salud

Categoría	Región Iquique		Región Metropolitana		Región O'Higgins	
Género	3 mujeres,	1 hombre	4 mujeres		2 mujeres	2 hombres
Comuna de desempeño	Alto Hospicio	2	Melipilla	3	Machalí	2
	Iquique	1	Quinta Normal	1	Rancagua	2
					San Felipe	1
Ocupación	Trabajador social (TS)	4	TS	1	TS	2
			Nutricionista	1	Facilitador Intercultural	1
			Matrona	1	Cientista político	1
			Enfermera	1		

Categoría Equipos de salud: En el caso de los informantes clave, se entrevistó a 6 mujeres, de ocupaciones heterogéneas, todas a cargo de programas de salud relativos a la niñez y adolescencia.

Figura 10. Caracterización de la muestra, categoría informantes clave

Categoría	Región Iquique		Región Metropolitana		Región O'Higgins	
Género	Mujeres = 2		Mujeres = 2		Mujeres = 2	
	Hombres = 0		Hombres = 0		Hombres = 0	
Ocupación	Trabajo Social	1	Psicóloga	1	Trabajo Social	1
	Terapia Ocupacional	1	Trabajo Social	1	Psicóloga	1

3.1.5. Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad del Desarrollo (Ver Anexo 3) con fecha 5 Enero 2023. El proyecto involucró la participación de seres humanos mediante el uso de entrevistas semi-estructuradas. Por este motivo, quedó sujeto al más estricto cumplimiento de los estándares éticos de la investigación con seres humanos y el respeto de los derechos de las personas participantes. El grupo de las familias migrantes constituye una población de especial cuidado desde el punto de vista ético en virtud de varias condiciones concurrentes, tales como condición socioeconómica, condición migratoria y riesgo de haber estado expuesto a situaciones de violencia. Vistas estas condiciones al finalizar el proceso de entrevista se ofreció a las familias información sobre:

a) Derechos de atención de salud para migrantes, orientación para la inscripción en el sistema público y establecimientos a los que puede dirigirse según su residencia. Se ofreció en formato papel y/o pdf a todas las personas entrevistadas.

b) Alternativas de atención frente a posibles necesidades de atención de salud mental u otras necesidades. Se ofreció orientación en materia migratoria a través del Programa PIIAM de UDD y atención psicológica a partir de la colaboración que el equipo de investigación tiene con el Servicio de Psicología de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Dos entrevistadas solicitaron los servicios y se encuentran en curso de derivación.

En términos generales, para el análisis ético de este tipo de estudio cabe cumplir los requisitos básicos que cualquier investigación en salud con seres humanos debe cumplir (Emanuel, 1991): (1) Valor social del Estudio; (2) Validez Científica (3) Selección equitativa de los sujetos de investigación (4) Proporción favorable de riesgo-beneficio (5) Evaluación independiente del protocolo por un comité científico-ético (6) Consentimiento Informado (7) Respeto de los intereses, necesidades, y derechos de los sujetos participantes.

- *Respecto al valor social y científico*, este estudio tuvo como fin generar nuevo conocimiento teórico y práctico sobre la situación de niñez migrante en Chile. Su valor social y científico se sustenta en la calidad de la información que ha de producirse, su pertinencia para abordar problemas de salud relevantes a una población vulnerable y su contribución a la formulación o evaluación de intervenciones que promueven la salud de las personas y la salud pública en Chile. De esta forma, se espera que este beneficio indirecto social sea mayor a los posibles riesgos que expone a los sujetos participantes de esta investigación.
- *Respecto a la validez científica*, es decir el deber de generar resultados científicamente válidos y confiables, por medio de una metodología y técnicas de investigación que logren responder cabalmente el objetivo de la investigación, el estudio incorpora criterios de rigurosidad: (a) Triangulación de participantes; (b) audit Trail y c) Confirmabilidad y reflexividad, que serán detallados en el análisis de información.
- *En cuanto a la selección equitativa de los participantes* el criterio deriva en tres especificaciones relevantes para este estudio: en primer lugar, es importante destacar que la investigación sobre el proceso migratorio ha tendido a silenciar los eventos que afectan particularmente a niños, niñas y adolescentes. Por ello, convocar a participar a sus cuidadores representa un primer intento por incluir estas experiencias, aunque, como se ha reconocido a lo largo del informe, resulta necesario realizar ulteriores esfuerzos para adaptar metodologías que permitan trabajar con NNA en primera persona.
- *Respecto al análisis de riesgo-beneficio de este estudio*, éste se distingue según los distintos grupos de personas reclutadas. Los riesgos implicados en las entrevistas semi-estructuradas con personal de salud y expertos, son mínimos, por lo que el balance riesgo-beneficio es favorable. Los riesgos implicados en las entrevistas familias, si bien deben

minimizarse y ser inferiores a la perspectiva de posibles beneficios individuales, deben ser reconocidos al tratarse de una población potencialmente vulnerable dado las experiencias que han vivido. La evaluación riesgo-beneficio en este caso en términos generales es favorable, pero debió ser evaluada durante el transcurso del reclutamiento por el equipo investigador.

- *Respecto al resguardo de la confidencialidad* el equipo investigador siguió los estándares de privacidad y confidencialidad recomendados en las Pautas CIOMS (2016) y se sujetó a las leyes nacionales en lo relativo a la de protección de datos personales de los participantes en investigación en salud. Toda la información emergida en el marco de la investigación fue almacenada en un lugar seguro resguardado solo por la investigadora principal. En todo momento se resguardó la confidencialidad de la información, a los participantes se les asignó un código y solo la investigadora principal tiene acceso a la información personal de los participantes. Todos los participantes fueron informados sobre la posibilidad de abandonar la investigación. Toda la información personal de los sujetos de investigación que el investigador principal y su equipo tomaron durante el estudio fue ser tratada con el carácter de información confidencial en los términos que lo establece la Ley 20.120 y su reglamento junto con la Ley 19.628.
- Por último, *respecto al consentimiento informado*, se trabajó exclusivamente con adultos, de modo que se realizaron consentimientos tomados por investigadores calificados del equipo, que aseguró que los/as participantes recibieran toda la información sobre los objetivos y procedimientos del estudio, velando por la comprensión de la misma, y que su participación en el estudio es absolutamente voluntaria. Para ello, los/as participantes recibieron un documento informativo que fue leído y explicado por el/a entrevistador/a, para que los/as participantes se informen, y, un documento de consentimiento informado para que firmen. Todas las interacciones se dieron en español, y en caso de que alguno de los/as entrevistados/as no manejara el idioma fue excluido de la muestra al no poder garantizar el ejercicio cabal de sus derechos.

Como retribución del estudio, todos los participantes recibirán el resumen ejecutivo del proyecto y serán invitados a las actividades de difusión pública de resultados.

3.1.6. Análisis

Para analizar la información, todo el material recolectado fue transcrito y transformado en material escrito. A cada entrevista se le asignó un código, a través del cual se garantizó la confidencialidad de la información. Una vez transcrita la información se pasó al análisis temático (Vásquez, et al., 2011), que permite interpretar un contenido a partir de temas, categorías e indicadores previamente diseñados por las investigadoras, usando como base de elaboración los objetivos específicos y las preguntas directrices aplicadas en los instrumentos de investigación. Se utilizó el software Atlasti para apoyar la codificación y análisis de la información. Para garantizar la rigurosidad del tratamiento de los datos se utilizarán tres estrategias:

Triangulación de métodos y participantes: busca patrones de convergencia para poder desarrollar o corroborar la interpretación global del fenómeno estudiado, así como analiza patrones de divergencia como los que pueden surgir a partir de variables como el tiempo de residencia y el origen de los/as entrevistados/as.

Audit trail: se registra, en paralelo al diario de campo, un registro de notas donde se van justificando las decisiones de investigación y se justifican las posturas asumidas durante el análisis.

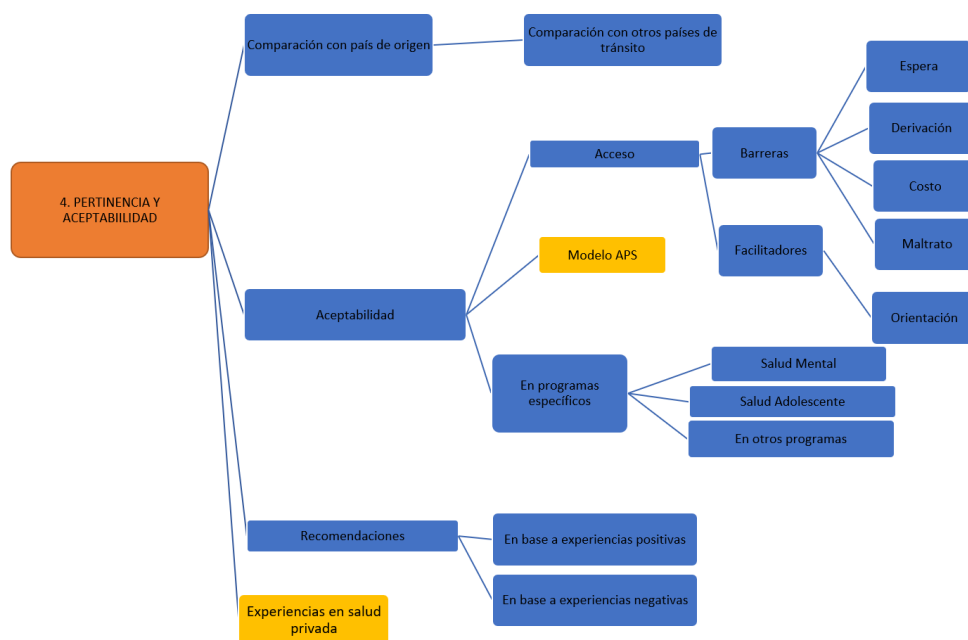
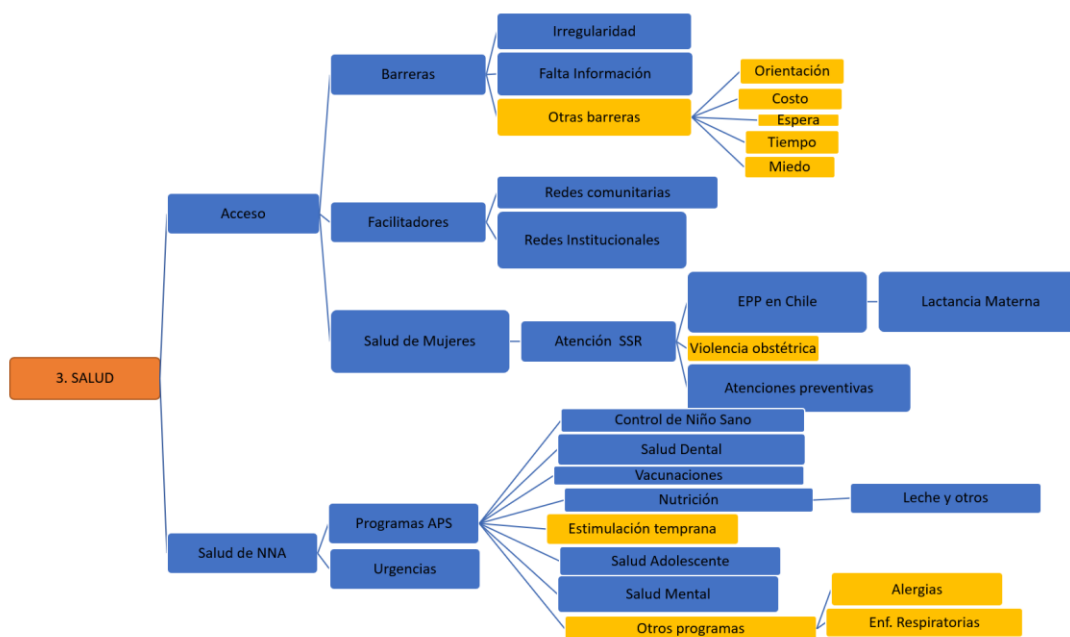
Confirmabilidad y reflexividad. Para monitorear la veracidad de los datos y la influencia de la subjetividad del investigador en la interpretación de los mismos, desarrollando una consciencia autocrítica sobre la comprensión del fenómeno y las trayectorias de investigación que siguieron los principales hallazgos.

3.1.7. Codificación

La codificación se realizó tanto a través de categorías preestablecidas en base a los objetivos de investigación, los ejes abordados en las pautas de entrevista (ver Anexo 2), y códigos emergentes que surgieron como temáticas importantes para el análisis a partir de la codificación del material transcrito. Se partió de 4 categorías en base a los objetivos de la investigación: 1) Origen y tránsito; 2) Llegada y condiciones de vida; 3) Salud Migrante y 4) Aceptabilidad y pertinencia cultural. En la siguiente tabla se detalla la codificación utilizada para el estudio a nivel general y luego, en la redacción de resultados para cada región se presentarán las categorías principales utilizadas por región en base al orden de saturación que alcanzaron.

Figura 11. Mapa de códigos utilizados para el análisis general. En amarillo claro, los códigos emergentes.





RESULTADOS CUALITATIVOS PARA LA I REGIÓN DE TARAPACÁ

Contexto y codificación

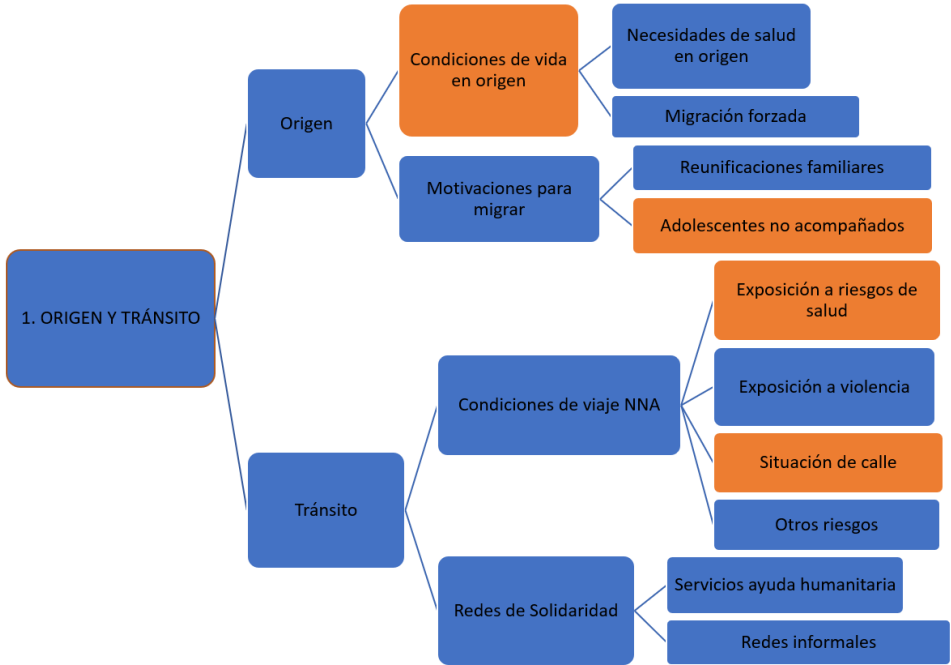
Como es sabido, la I región de Iquique es una de las regiones en las que históricamente ha residido un número importante de población migrante. En términos generales, el colectivo de Bolivia es el principal grupo de personas extranjeras, seguido por Perú, Venezuela y Colombia (INE, 2021). Si bien esta historicidad marca a la región, en la última década se percibe el arribo de nuevos flujos migratorios, primero de Colombia y Ecuador y actualmente de Venezuela. En primera instancia estos grupos parecían quedarse atraídos por la actividad económica producida en torno a la minería, la presencia de la zona franca, la construcción inmobiliaria y una serie de circuitos comerciales transnacionales que sostenían sobretudo la migración transfronteriza entre Chile y Bolivia. En los últimos años y a partir de la crisis por COVID-19 la región ha sufrido una presión migratoria importante y un cambio en las condiciones en que ésta se realiza, esto debido a: 1) el importante aumento de ingresos por paso no habilitado por la zona de Colchane que al año 2021 habrían llegado a su máximo histórico con 56.586 casos (Morales & González, 2022) y 2) la intensificación de redes criminales que incluyen la trata y tráfico de personas, lo que precariza las condiciones de quienes se desplazan y a su vez, fortalece la percepción que el problema deba enfrentarse a través de control militar (Liberona et al. 2022). En términos sanitarios la comuna fue una de las primeras en implementar el plan Piloto de la Política de Salud de Migrantes Internacionales, (2015) y la bibliografía dedicada al tema había reportado tempranamente situaciones de discriminación, malos trato, barreras discrecionales de acceso, y falta de conocimiento de la cultura de salud de los inmigrantes por parte del personal sanitario (Liberona & Manzilla, 2017, Benítez & Velasco, 2019). Por su parte, la población migrante presente en la comuna al año 2017 se atiende principalmente en el sistema público de salud y se asienta en zonas particularmente vulnerables, como son faldeos de cerros y quebradas, situación que se ha visto acentuada por el crecimiento que han vivido los campamentos y ocupaciones tanto en Iquique como Alto Hospicio. Según un balance de enero 2023, la Región de Tarapacá registra un aumento del 55% de los campamentos en la región respecto al año 2022, llegando a registrar 8.458 personas viviendo en estas condiciones, muchas de ellas migrantes. La Comuna con mayor déficit habitacional es Alto Hospicio, donde se concentra la mayor parte de las tomas y campamentos emergentes (Rodríguez, 2023). La precariedad en la que quedaron buena parte de las personas con ingreso por PNH durante los años 2020-2022 llevó a ocupar

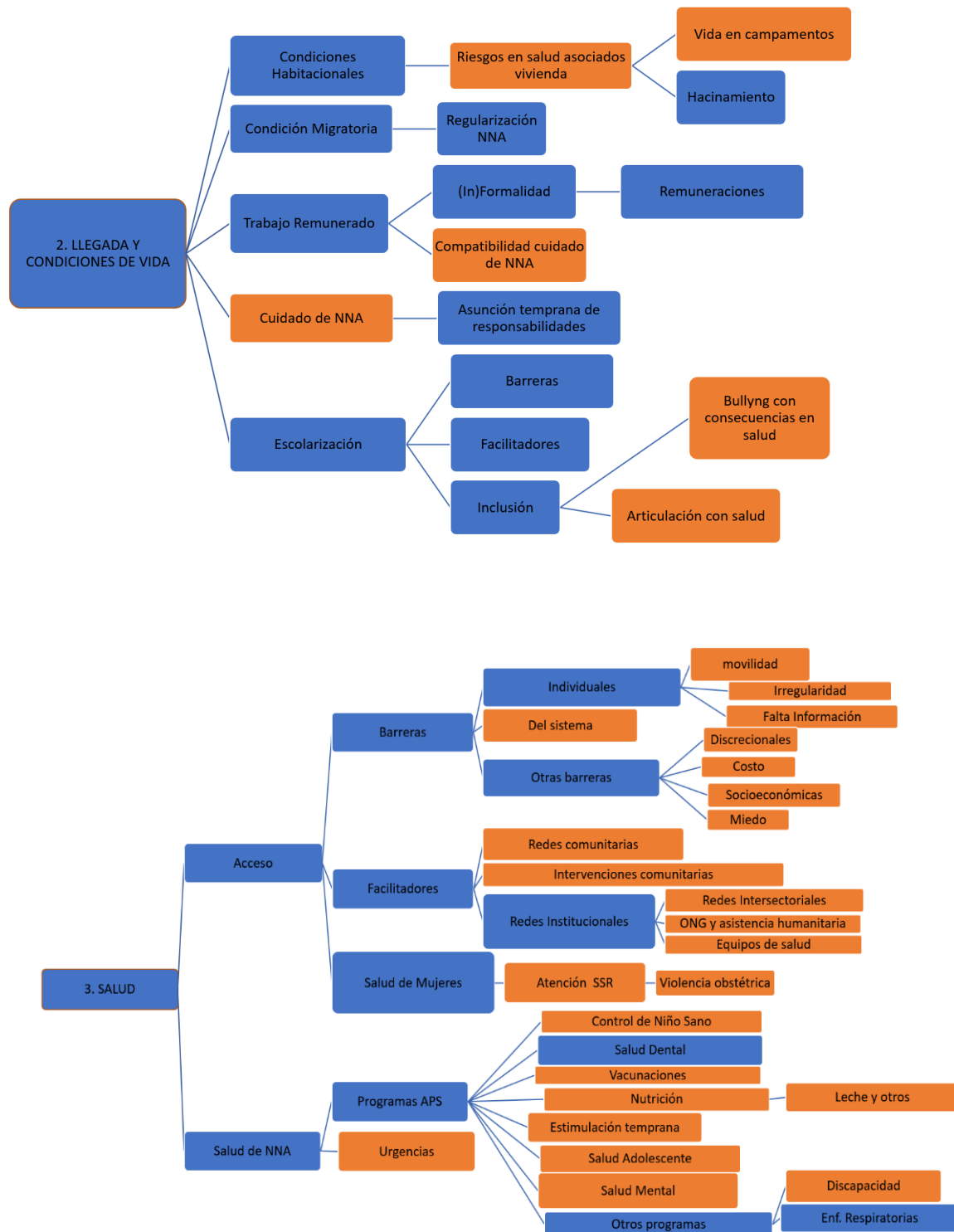
espacios públicos como plazas y terminales de buses cuyo efecto ha sido conocido a nivel mediático. Las condiciones en que quedaron estas personas pernoctando en calle fueron registradas por asociaciones ciudadanas que levantaron la alarma por la presencia de varios núcleos con NNA viviendo sin acceso a agua potable ni baños, en condiciones de desnutrición y con hacinamiento crítico. Acusados de ser “un foco de infección” del COVID-19, familias que se encontraban pernoctando en diferentes espacios públicos de la ciudad fueron desalojados violentamente, primero por carabineros, y luego por turbas de personas organizadas que quemaron sus enceres y llamaron a movilizarse en torno un discurso “antimigrante” en plena pandemia (Ortega, 2022).

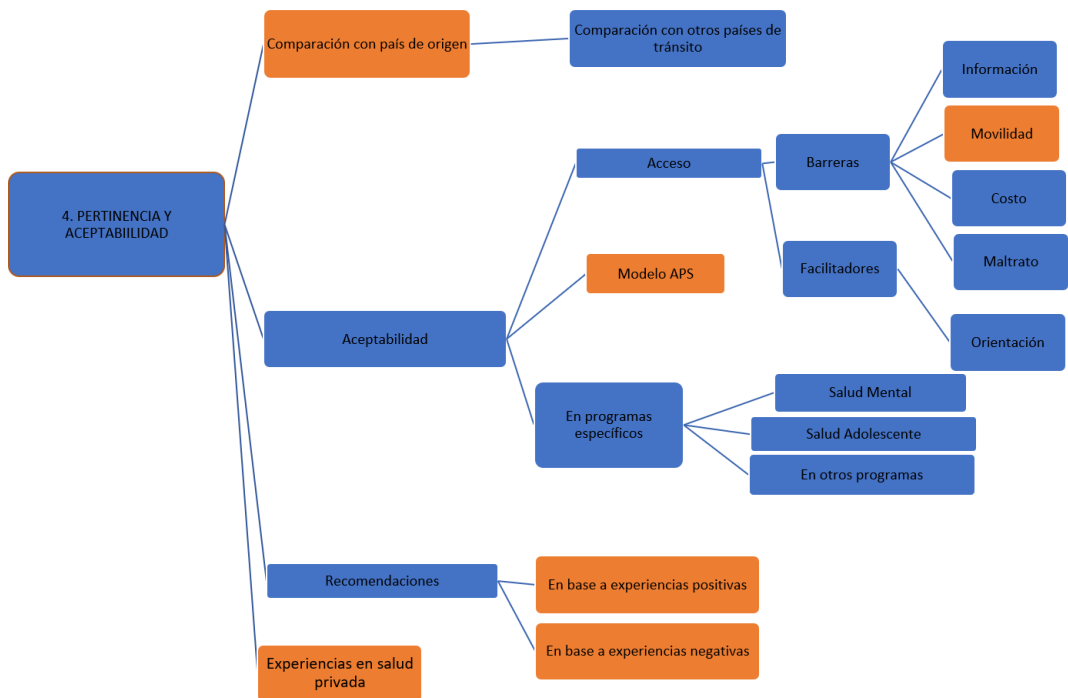
Como es sabido, el sector salud reaccionó a la crisis en la zona norte principalmente a través de iniciativas como la instalación de albergues sanitarios tanto en Colchane, como en Iquique, además de estadías sanitarias transitorias, donde las personas, con la excusa de controlar su posible condición de contagio, pasaban días o semanas, en espera de poder movilizarse hacia sus destinos finales. Las restricciones al desplazamiento interregional producto de las medidas asociadas al COVID, la ausencia de documentación formal para conseguir empleo y autorizaciones al desplazamiento, sumado al alto costo de la vivienda, fueron determinantes para que estas personas pasaran de pernoctar en playas y borde costero, hacia asentamientos informales en tomas y campamentos de Alto Hospicio e Iquique. Muchas de ellas también fueron llevadas al albergue Playa Lobito, a 20 kilómetros de Iquique, donde hasta hoy reside un grupo importante de familias, que en el albergue enfrentan condiciones de aislamiento y falta de accesibilidad a derechos sociales básicos como empleo, salud y educación (Liberona & Pérez, 2022). Este contexto es necesario para enmarcar los resultados que se presentarán a continuación, en cuanto muestran la magnitud de los desafíos que ha enfrentado el sector salud en su mandato de garantizar el derecho a salud d todas las personas, independiente de su condición migratoria.

Las codificaciones de la región incluyeron el mapa de códigos en general, con concentración de resultados en las categorías 2) salud migrante y 3) aceptabilidad y pertinencia, profundizados para responder a los objetivos 3 y 4 del estudio. En la siguiente tabla se observa la dinámica específica de la codificación de la región, con marcado en color naranja los códigos que alcanzaron mayor saturación:

Figura 12. Códigos centrales análisis I. Región de Tarapacá. Marcado en naranja mayor nivel de saturación







OBJETIVO 3

Describir barreras y facilitadores del acceso y atención de salud con pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, de los profesionales, funcionarios y de los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en la región de Tarapacá

3.2.1. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA I REGIÓN DE TARAPACÁ

- **Información**

Una de las primeras barreras de acceso que se pesquisan en esta población está vinculada con el acceso a información sobre el funcionamiento de la red de atención primaria y sobre el derecho a la salud que tienen las personas migrantes en Chile, a partir de la implementación del decreto 67 el año 2016. A pesar de los esfuerzos de divulgación y las numerosas capacitaciones que se realizaron en los servicios de salud, las personas entrevistadas declaran sentirse desorientadas frente a informaciones confusas o incompletas respecto al acceso a salud. Por ejemplo, una entrevistada describe que al llegar a Iquique se acercó al hospital para pedir atención de salud para los niños:

A la primera vez que yo entré me dieron un Rut ¿provisorio, le dicen? pero ese lo quería ocupar para los niños, (...) en pediatría de los niños, quería más como que me le atendieran, por lo mismo pues, por el viaje igual, (...) y en ese momento no tenía las posibilidades de pagarlo y le solicité y me escribieron por la lista de espera. Hasta ahora nunca me han llamado pa' pediatría, ya pasó más de un año y no me llamaron, a mí me habían dicho que se puede, pero a mí no me llaman, voy a preguntar y dicen que espere, no me llaman, pero no entiendo por qué no me llaman" RIF1

En este caso, la persona declara haberse acercado en numerosas ocasiones al centro de salud (Hospital Alto Hospicio) y haber recibido información incompleta sobre el proceso de inscripción de sus hijos. De hecho, al continuar indagando en el caso ella declara tener el interés y la necesidad de que los niños reciban atenciones enfocadas en promoción y prevención, pero desconoce la existencia de prestaciones de ese tipo en los centros de atención primaria:

Los niños nunca han ido a control acá entonces, no. Incluso si quisiera así, o sea a veces he querido como llevarlo para el pediatra, así como por mi cuenta, pero igual es costoso, son tres. RIF1

En este caso, son varios los momentos en que la persona entra en contacto con servicios de salud, a pesar de lo cual no recibe información sobre los procesos de inscripción. En el

caso de una urgencia que ocurre con su hijo y que atiende su hermano, el niño es llevado a la urgencia del hospital donde no es considerado prioridad, por lo que el tío decide llevarlo de vuelta a la casa y su empleador, chileno, le aconseja que lo lleve a un Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR La Tortuga), donde si bien lo atendieron, no ofrecieron información sobre el proceso de inscripción, a pesar de que estuvieron al tanto de que el niño no estaba inscrito en APS.

Hubo una vez que él se sintió mal en la escuela y me llamaron para que lo fuera a buscar. Yo obviamente no podía porque estaba aquí (en Iquique), mi hermano fue a buscarlo. Y él lo volvió a llevar, porque siempre estamos yendo al hospital, porque como que sentimos que es lo más seguro porque no conocemos mucho la información. Entonces, mi hermano lo llevó al hospital y mi hijo estaba casi que desmayado (...) Y no lo atendieron. Mi hermano se llevó al niño a la casa porque ya tenían cuatro horas ahí, mi hermano se fue, porque estaba super enojado, se fue a la casa y su jefe lo llevó a creo que fue un SAR ahí le atendieron. Y mi hermano dice que le preguntaron que si estaba inscrito y todo y él dijo que no, pero en ningún momento le dieron la información de que se podía inscribir RIF1

En otro caso, de la misma zona, se repite la dificultad para comprender la información que se ofrece y orientarse el sistema nacional de salud, lo que genera impotencia y frustración. Al momento de preguntar si está inscrita en una institución de salud, la entrevistada declara:

Yo no estoy inscrita en ninguna institución médica. O sea, si he intentado tres veces inscribirme, más por mi hijo, por los niños es más importante. Pero, la primera vez que fui al hospital me pidieron los datos, entregué todos los datos míos y de mi hijo, dijeron que me iban a devolver la llamada en una semana. Pasaron quince días no me llamaron, fui otra vez. Porque a mí me mandaron al hospital, a registrarme en el hospital (de Alto Hospicio) (...). Fui y la segunda vez me atendió otra persona, me dijo la misma información que ya yo tenía. Y fui ya la tercera vez y me dieron un número de rut pero no para mí, si no solo para mi hijo porque en ese momento dijeron que no estaban disponibles y yo le dije que necesitaba porque mi hijo estaba enfermo y todo (...). Y cuando fui a sacar la cita con ese número de rut que ellos me entregaron, resulta que ese rut ya estaba a nombre de otra persona que no era yo y por ende no podía usarlo. Ya eso hace como seis meses, finales del año pasado. (...) Entonces todo se me ha complicado lo que es medicina y atención yo aquí de verdad no he tenido, en los dos años que llevo en Chile, no he tenido ninguna atención médica ni yo ni mi hijo. Sí tengo mi sobrino que llegó hace ya cuatro años atrás y ellos sí tienen atención, me imagino que era mejor la calidad o porque tiene temporaria. Y ya no, o sea no tengo nada. RIF2

Como se observa en este relato, la persona si bien está informada y ha realizado los trámites sobre el proceso de solicitud de inscripción, no sabe cómo actuar frente a un error del sistema que, al parecer, emitió equivocadamente el número, razón por lo cual ni ella ni el hijo han tenido acceso a salud en los dos años que llevan en Chile.

- ***Barreras discrecionales***

Llamaremos de este modo a barreras de acceso que se instalan en el trato directo con el/la usuario/a y que no dependen del funcionamiento del sistema o de la normativa vigente, sino de actitudes, comportamientos y prejuicios que aplican, de forma discrecional, personas específicas que se encuentran en el primer contacto de la atención. A este respecto, es importante destacar que a menudo estas barreras surgen en atenciones previas a la atención de salud propiamente tal, es decir, en el ingreso a los espacios sanitarios, con personal administrativo (SOME, OIRS, etc.) o incluso guardias que formal o informalmente cumplen labores de orientación y gestión del flujo de usuarios de los servicios de salud. Los resultados a este respecto destacan la importancia de impartir procesos de capacitación en torno a los derechos de salud de la población migrante, a todos los niveles de atención de los servicios, reconociendo la importancia que adquiere personal que a menudo no es considerado prioritario en los aspectos de gestión. Si bien las jerarquías y niveles de organización de un sistema de salud son clave para su funcionamiento y pueden ser comprensibles para quienes cuentan con un capital cultural que se relaciona con la cultura médica, para las personas usuarias las diferencias entre la validez de la información que ofrece un guardia o una enfermera, por ejemplo, resultan difíciles de identificar e indistintamente todo el personal presente en un espacio sanitario goza de credibilidad, por lo que al momento de individuar “quien dijo algo” o “en base a qué se dijo tal o cual información”, las personas simplemente indican que se lo dijeron en el hospital y/o en el centro de salud, por lo que se espera que sea cierto.

Yo antes de tener a mi hijo, sí había ido (a asistencia médica), pero no me quisieron atender porque no tenía mi carnet y me derivaron con la asistente social, pero nunca me dieron mi rut provisorio. Me decía que me iban a dar, pero no me lo dieron, más de un año pasó así. Y después lo dejé así no más, me fui a Bolivia por allá por mi diente. Y me fui a Bolivia y me empecé a hacer el tratamiento allá porque en ese tiempo no estaba embarazada. Pero una vez que ya estaba embarazada sí me lo dieron, parece que embarazada si dan, sin bebé no me dieron RIF6

Una barrera discrecional identificada se relaciona con el derecho a atención de las personas adultas migrantes, independiente de su condición migratoria, su edad y su género. En dos entrevistas mujeres reportaron la experiencia de no haber tenido acceso a salud porque al momento no tenían hijos y/o porque no se presentaron con los niños al momento de la solicitud. Mientras el primer testimonio relata la búsqueda de atención que concluye con la sensación que “no la atendieron porque no tenía bebé”, el segundo relata la experiencia de una mujer peruana quien se dirige en el SOME del Hospital solicitando atención por dificultades para caminar en puerperio inmediato, mientras su hijo está internado en observación por las malformaciones congénitas con que ha nacido.

Cuando fui le dije a la doctora... apenas me estoy moviendo señorita, ¿será que me puede revisar?" le dije ahí en SOME.
¿Fue el SOME o a la doctora que le dijo?
Al SOME, esa señorita que está al ingreso ahí. Entonces, me dijeron: “tienes que traer a tu hijo para que te revisemos, no podemos revisarte si no traes a tu hijo”, me dijeron. Pero está internado, le dije y no me hicieron caso. Ya después, varias horas después casi en la noche, me vine aquí a emergencia, ahí si me pusieron suero. Pero, ahí no me... ahí pensé que me iba a quedar paralítica, no sentía mis pies”. RIF7

Como se observa en esta interacción la persona primero habla de “la doctora” y luego aclara que se trata de la señorita del SOME, confusión que hace referencia respecto a las dificultades de orientación que presentan las personas en los roles que cumplen los distintos agentes del sistema y la indistinción que, por lo tanto, tiene la credibilidad de uno u otro agente.

Por último, otro relato que trata de una barrera discrecional, en este caso dando información falsa, resulta no solo en no atención del niño que presentaba la dolencia, sino en la percepción, errada, que mantiene la entrevistada respecto a que no tiene derecho a salud por estar en condición irregular.

“Ella sufre como de migraña. Desde que tiene como tres, cuatro años sufre de migraña y yo la llevé porque decía: “mamá, me duele mucho, mucho, mucho”. La llevé. Y mientras llegaba el vigilante me dijo: "no, no las puede ver si no tiene un carnet". Ya me devolví pa' la casa solamente a pedirle a Dios” RIF5

De hecho, esta mujer que tiene a sus hijos escolarizados no conoce los programas de salud del Programa Chile Crece Contigo, ni las prestaciones asociadas a prevención y promoción. El jardín infantil, ha sido el único espacio en que le han mencionado el tema, pero sin asociarlo con su derecho a inscripción de los NNA en el sistema:

No, no, no. Bueno ahí no. Aquí en el jardín si me dijeron que tenía que tenerlo en un desarrollo, algo así. Y yo pregunté si, como los niños tienen nueve y ocho años, que si los puede ver el pediatra todavía, me dice que sí, pero nada más, no tengo información de eso. RIF5

- ***Miedo***

El contexto sociopolítico en el que se enmarcan los testimonios aquí recabados ha acentuado las tensiones existentes entre población local y población migrante y la percepción de que estar en situación irregular sea un delito por el que las personas pueden ser perseguidas, despojándolas de acceso a derechos como el derecho a la salud. Esto ha tenido como efecto el hecho que surja el miedo a ser deportados, denunciados o sometidos a expulsiones colectivas a partir de interacciones que se crean con el personal de salud y/o con personal policial. Entre las entrevistadas, una presenta un caso crítico de falta de atención como efecto del miedo que tuvo a acercarse a un centro de salud al saber que estaba embarazada. Se trata de una mujer proveniente de Bolivia que se encontraba en condición migratoria irregular al momento de saber de su embarazo, por lo que prefirió ir a atenderlo en su país para evitar el contacto con personal sanitario chileno. Sin embargo, con el cierre de fronteras durante el COVID-19 y conociendo los peligros que implica el cruce, prefirió trabajar en Chile mientras pudiera y atravesar la frontera solo una vez, cuando su embarazo estuviera avanzado para buscar atención del parto. En su relato:

Yo cuando quise hacerme controlar cuando estaba embarazada mi padraastro me dijo: "no te van a controlar, estás ilegal, están echando a todos los ilegales" todo así y me hizo tener miedo. Luego dije "me voy a ir a Bolivia" dije, como estaba embarazada ya no ve y me estaba queriendo ir a Bolivia. (...) Entonces, pasa que la niña se me adelantó po y el diez de septiembre nació la niña en el en la frontera de Colchane. En Colchane donde está la plaza, ahí, yo no tuve ningún doctor, no tuve ningún enfermero, nadie. Lo único que hicieron eran la gente que estaban caminado "empuje, empuje" y todos nerviosos, todos hablaban. En la calle, en la plaza. Es que como tampoco me cuidé, tampoco hice nada, cuando supe yo debo haber estado casi como de 6 meses, porque la niña nació con ocho meses, en septiembre nació. RIF6

En su llegada al servicio de salud de Pozo Almonte, se dirige a un servicio de urgencia y relata su parto, frente a lo que sus miedos se concretizan porque efectivamente la persona que la atiende, ofuscada por la falta de control de embarazo y el parto en condiciones críticas que relata la entrevistada, responde con amenazas que incluyen la cárcel:

En Pozo Almonte fui a una urgencia, ajá a un SAPU y ellos la verificaron y me dicen: "no, la niña está sana, está bien:
- ¿dónde la tuviste?" y yo le digo:
- en la plaza de Colchane" y me dice:
-"¡Y ¿qué pensabas irte a Bolivia?!" y él ¿qué pasa si la niña moría?,
- nada, ha muerto ya, iba a llorar un rato si moría, pero no creo que iba a pasar más, le dije
- ¡no! me dijo, podías ir a la cárcel, por la niña que se ha muerto porque ella ya es nacida aquí, te pueden hacer muchas cosas por matar una niña, me dijo. (...), luego me dijo
-"¿no le vas a dar teta?"
- "sí", porque yo le estaba dando así (inclinada) ajá, por esa razón le estaba saliendo la leche por la nariz, porque tiene que estar medio elevado, al menos me acomodaron todavía, me enseñaron, me dieron un poco de ayuda. Luego me dijeron:
- "vas a venir cada vez a revisar, este es el cuaderno" No me dieron un cuaderno nuevo, era usado de otra persona, pero me pusieron el control que tuvo y me derivaron con trabajadora social para ver lo del carné" RIF6

El miedo a ser juzgadas, maltratadas y denunciadas se expresa de forma emblemática en este caso, que como vemos resulta afortunadamente, en una derivación al equipo de atención psicosocial que se hace cargo de orientarla en torno a los procesos burocráticos de inscripción de la niña, orientación gracias a la cual la niña no quedó apátrida. Sin embargo, el temor a perder la custodia de los hijos aparece no solo en este caso, sino que se repite en algunas entrevistas en las que espontáneamente, y en medio de otras preguntas, las mujeres esbozan el temor a que esto suceda a raíz de las dificultades que han encontrado para darle atención de salud a sus hijos. Como expresa una entrevistada de origen venezolano mientras hablaba de los problemas de alimentación de uno de los hijos a quien no ha podido inscribir en el consultorio:

“A veces él no come, (...) y me dicen ah, métele esto, métele aquello y entonces a mí me da miedo pues. Pasa algo y ahí si va, no va a aparecer la salud, pero sí la policía y me van a meter presa. Porque eso dicen también en la escuela, o sea si le pegan a un niño, hay tienen que tener en cuenta esto, que se meten la protección y hasta presa te pueden meter”. RIF1

Esta sensación de poder ser castigadas o vigiladas por temáticas referidas al cuidado de la salud de sus hijos tiene una dimensión de género evidente, al sentirse las mujeres las principales responsables del cuidado de los NNA y, por lo tanto, culpables, en caso de que éstos no estén bien atendidos. Esto se vincula con el hecho, también pesquisado en el estudio, que las personas frente a la falta de acceso a servicios biomédicos formales establecen itinerarios terapéuticos (Menéndez, 1993) en redes informales en los que actúan familiares, amigos y saberes populares que se intercambian en torno a compra y venta de medicamentos en espacios como ferias, farmacias y venta ambulante, así como a través de redes sociales. El punto interesante de esta dimensión es que, para las mujeres entrevistadas, estas estrategias son mencionadas como búsquedas clandestinas, que deben ser encubiertas y que se asocian también con el temor a ser “descubiertas” y sancionadas por los servicios biomédicos. Una de las mujeres entrevistadas que no ha tenido acceso a salud ni para ella ni para su hijo, relata de esta forma el tratamiento que hace a la piel de su hijo, frente a lo que parece una dermatitis atópica:

“Por ejemplo, mi hijo ahorita está que casi no come, entonces yo como que de Venezuela me dice, tengo una amiga que es enfermera entonces me dice: “desparasítalo, métele esta vitamina, métele aquello”, entonces yo como que a veces la vitamina está bien, pero qué lo voy a desparasitar yo, no sé si le va a caer mal o si le va a ir bien, o capaz le cae mal y lo tengo que llevar yo de emergencia al hospital y ahí me van a caer encima que cómo le di eso, que quién me dijo” RIF1

A esta sensación de estar cuidando clandestinamente a los niños, por no poder acceder a especialistas, se agrega el rol que cumplen las redes familiares y de amigos para tomar decisiones en salud, toda vez que el acceso está limitado. Estos consejos, si bien a menudo ayudan a las mujeres a sentirse más seguras en torno al cuidado de la salud de sus hijos, también pueden generar nuevas incertezas y temores.

Por último, el miedo también se proyecta una vez que las atenciones se han realizado y surgen nuevas necesidades de salud, como es el caso de una entrevistada boliviana cuyo hijo nace con un problema en el ano y necesita bolsas de colostomía. Si bien no hay una negación del acceso a las bolsas, sino que al parecer se trata de una falta de recursos, ella teme que la negación del recurso se deba a su origen extranjero e incluso considera la posibilidad de llevarse al niño a Bolivia por el temor a que no lo quieren atender en Chile, solo por el hecho de ser extranjero.

“Tres meses duró hospitalizado, me dijeron no te lo podemos dar porque primero no tenían bolsas de colonoscomía (...). Ahí se quedó y después a los tres meses me lo devolvieron y ya no, no quisieron atenderlo. Me asusté, porque él nació aquí pues, es chileno. Yo soy extranjera, mis papás también, pensé que no lo quieren atender porque yo soy extranjera, pensé en llevarlo a Bolivia también, pero ya no me lo llevé, porque allá todo cuesta” RIF3

• Cobros arbitrarios

Si bien no es una práctica extendida, en dos casos de las 8 entrevistadas aparecieron experiencias de cobros por la atención de salud de niños en el sistema público, los que podrían considerarse indebidos en la medida en que todas las entrevistadas pertenecen a la categoría FONASA A, según su autoreporte. En el caso de la entrevistada RIF7, el cobro en el sistema público apareció en base a una radiografía que tuvo que hacer a su hija por un golpe que había sufrido, motivo por el cual la llevó al sistema de urgencia, al cual espera no deber volver, dados el cobro arbitrario que se realizó en su caso:

Yo no llevo más a la niña a urgencia, porque cuando le pidieron la radiografía cuando se cayó le pidieron radiografía, pagué doce lucas, eh porque dijo que estaba en A (Tramo de Fonasa A), pero dijo que como no tenemos ni seguro, nada ve, nada cubre, entonces me cobraron doce lucas que es por la radiografía que le hicieron en la costillita. Y ahí se ve que la costilla está medio inflamado, pero ahí mismo se sanó. Me dijeron que me iban a derivar con un doctor, pero más de allí no me le hicieron y yo no volví. RIF7

Esta experiencia de deber pagar por los servicios médicos se traduce en una nueva barrera de desinformación que circula entre las redes de apoyo en torno a las cuales toman decisiones de salud personas migrantes, en el caso de la siguiente entrevistada, el hecho que su sobrino haya debido pagar por los exámenes que le solicitaron en el hospital para hacer el diagnóstico, la desalienta sobre su propia necesidad de buscar asistencia médica, debido a que está segura que irá un costo asociado:

“yo sí necesito que me den una atención, porque yo he estado últimamente enferma y necesito que me atiendan. Y por lo menos ahí obviamente la atención en un lugar privado sale muy caro y yo, como le digo a mi hermano, o sea no tanto es pagar por la cita con el doctor porque yo puedo ir y pagar la cita y luego todos los exámenes y todas las cosas que me van a pedir, entonces prefiero ni ir si no voy a tener después para comprar lo que me va a curar, porque así le pasó a mi sobrino, lo llevaron a urgencia y todo lo que le pidieron de exámenes fue un tremendo gasto y eso que él si tiene temporaria, entonces imagínese. RIF2

3.2.2. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA I REGIÓN DE TARAPACÁ

- ***Redes familiares y amigos***

Frente a las dificultades que encuentran las familias migrantes para orientarse en la navegación en el sistema, las redes familiares, de amigos y conocidos son clave para lograr el acceso. De hecho, el conocimiento respecto al derecho a la salud independiente de la situación migratoria circula a menudo en estos círculos y es fundamental para que las personas se sientan motivadas a acercarse a los centros de salud, debido al capital social de confianza que se moviliza en estas redes. Entre las entrevistadas de la I Región, una de las mujeres provenientes de Bolivia indica:

Cuando vine me ayudó a inscribirme aquí una amiga que tenía (...). Entonces así fue que me inscribí a Fonasa. RIF3

La importancia de estas redes se percibe tanto en los procesos de inscripción como en la navegación del sistema. En el caso de una de las entrevistadas boliviana que tiene a una de sus hijas en situación de discapacidad, cuenta lo importante que han sido las redes que estableció con otras madres en el momento mismo del parto y puerperio para poder comprender cómo moverse una vez que recibió el diagnóstico de su hija:

Y yo conocí a una persona en el hospital cuando estaba internada, cuando estaba dando a luz y ella me venía a visitar, nos hicimos amigas. Yo veía de ella su bebe que era bien activa y ella quería agarrar las cosas y yo de ahí más me di cuenta que mi hija siempre estaba postrada en la cama, era como un pedacito de pan. Yo le dije a ella ¡ay! mi hija es un pan, no me molesta, ¿será que tiene algo?, ahí ella me dijo, anda a que la vean, que neurólogo, me dijo que aquí existía la Teletón, que no tenía que tener miedo (...). De ahí supe que era por el problema que ella traía no. RIF6

Los procesos de reunificación en los que están insertas varias de las tramas migratorias de los NNA, también facilitan el acceso a esta información debido a que muchas veces los parientes que se encuentran en el país previamente “preparan” la llegada de los NNA averiguando sobre su acceso a salud, especialmente cuando hay condiciones médicas de base. En el caso de una de las mujeres venezolanas entrevistadas, su hermano vivía previamente en Chile y es quien la insta a migrar desde Ecuador a Chile, en el momento en que ella queda sin trabajo. En el camino, su hijo sufre de síntomas respiratorios y baja de presión vinculados al asma crónica, diagnosticada en el país de origen. Al saber de la situación el hermano asegura a la mujer que llegando a Chile el niño tendrá acceso a salud y para ello se dirige al centro de salud para poder orientarla a su arribo, información que es clave en su proceso de inscripción:

Nosotros estábamos relativamente bien en Ecuador, pero con la pandemia todo se dañó y mi hermano ya estaba en Chile. Él es el papá de mi sobrino, vive con mi sobrino y su esposa y ahora su hija que nació acá en Chile. (...). Y de ahí salimos, mi hermano me ayudó todo para venir, pero la travesía para llegar aquí es muy, muy difícil. Tan difícil que mi hijo casi muere en el camino porque eran temperaturas muy frías y como no estamos, en Ecuador sí hace frío, pero como hace en las fronteras no, entonces yo mandaba mensajes a mi hermano, el niño se me está muriendo, y él me decía, tranquila que aquí en Chile lo van a atender, él preguntó y me dijo “si te agarra la PDI te haces la autodenuncia, que eso sirve después para inscribirte”, pero igual hasta ahora no hemos podido RIF2.

• *Vínculos con ONG's, albergues y ayuda humanitaria*

En su trayecto de llegada, en especial quienes pasaron por paso no habilitado, las personas encuentran asociaciones, principalmente en los puntos de frontera, que les brindan ayuda humanitaria, apoyo para comprar pasajes, pagar hostales y acceder a alimentos. Estas redes pueden ser tanto de ONG's e instituciones humanitarias, como personas naturales que ofrecen alimentación o espacios para pernoctar especialmente a quienes viajan con niños. En nuestros resultados si bien no todas las personas declaran haber recibido algún tipo de ayuda, quienes la recibieron en ocasiones también fueron orientados sobre el funcionamiento de los servicios de salud. En particular, el refugio de Colchane parece ser un espacio en el que las personas no solo tuvieron un momento para recuperarse de las

condiciones adversas que enfrentan durante el trayecto, sino también un espacio en el que reciben información sobre sus derechos en Chile que les son útiles a largo plazo.

Ahí nos llevaron al refugio, había carpas, unas carpas grandísimas super aseadas. (...). Y cuando amaneció nos tocaron la puerta: "mire señora, para que lleva a los niños al médico", porque es un protocolo que se sigue. Ahí fue que me revisaron a los niños, la doctora me lo revisó. Ahí fue que me los revisaron super bien, super limpiecito todo sí, sí. Ahí me preguntaron si mi destino era Iquique, a dónde iba si a Iquique, Santiago, Antofagasta, a dónde yo iba y me explicaron cómo hacer si necesitaba inscribirlos. RIF4

En ocasiones, los servicios médicos que ofrecen refugios y residencias sanitarias son las únicas instancias de atención médica que reciben quienes han ingresado por paso no habilitado, por lo que se vuelven fundamentales tanto en la atención inmediata de síntomas, como en la orientación sobre el funcionamiento del sistema chileno. La misma entrevistada anterior, relata que en base a la confianza que adquirió con el equipo sanitario presente en el refugio de Colchane donde estuvo, siguió proveyendo a sus hijos de los mismos medicamentos que le indicaron los profesionales:

En el refugio habían doctoras, (...), había psicólogos, había otra cosa recreación para los niños. Pero las doctoras, excelente, hasta los remedios me los dieron. Yo les sigo dando lo mismo que me dieron allá cuando nos sentíamos mal. La niña no había tenido controles y en el refugio o sea otra cosa, super me lo revisaron, a la niña presentaba mucha taquicardia por la altura, entonces me dijeron: (...) cuando tú llegues a Iquique ella se va a calmar, la altura le está haciendo daño, eso es todo lo que pasa(...). Me le vio la temperatura, a (hijo menor) me lo revisaron completico, mire a esos niños me los revisaron de pies a cabeza y eso fue una gran cosa, me dijeron que la más grande estaba desarrollándose, que tenía que hablarle que se iba a hacer como mujer. RIF4

A su vez, esta experiencia positiva en los refugios y con personal de ayuda humanitaria, aumenta la posibilidad de que estas personas puedan buscar orientación para resolver otros temas vinculados con el cuidado y la educación de los niños, como la inserción escolar. En el caso de la misma entrevistada, en el albergue también conoció a personal de Worldvision, asociación que la apoyó en la postulación de los niños a escuelas a su arribo a Iquique. Estas redes, pocas veces articuladas formalmente con el sector salud, son recursos presentes en los territorios que, reconocidas también en su labor

sociosanitaria, pueden funcionar como socios estratégicos en temáticas de acceso y uso de servicios de salud.

• *Acciones Intersectoriales*

Otro de los facilitadores que surgen de los hallazgos del estudio se relaciona con acciones intersectoriales llevadas a cabo en espacios clave en la interacción entre familias migrantes e instituciones chilenas, como son las escuelas. Como es evidenciado por parte importante de la bibliografía dedicada a niñez migrante, las escuelas son espacios privilegiados para la inclusión de estas familias debido a que, incluso antes que la atención de salud, la educación es una de las principales prioridades de quienes llegan al país. En uno de los relatos de las mujeres entrevistadas, la relación que establece con el jardín infantil en el que está inscrita su hija es elocuente sobre la posibilidad de transferir la confianza con la que cuentan estas instituciones, hacia un cuidado integral de los niños que incluya también protección de salud. En su caso, ella habita en una zona aislada de Iquique, conocida como Los Verdes (Toma Laguna Verde), el asentamiento más cercano al refugio Lobito.

Acá viene un bus, en la mañana pasa seis y treinta, los recoge seis y treinta, da toda la vuelta a la caleta pasa y luego se los lleva, los reparte en los colegios. Y en la tarde cuando salen un furgón también pasa los recoge y me los deja acá. Al principio nos costó porque imagínate levantar a los tres a esa hora, la más pequeña nunca había ido a jardín, nada, pero ahora sí de a poco ya van con gusto (...), ¡nunca me dejes sin escuela!, me dijo mi hijo, ellos están contentos. RIF4

Como es sabido, la toma Laguna Verde es una de las ocupaciones históricas de la región que ha sufrido recientemente dramáticos incendios y cuyo crecimiento exponencial ha estado asociado a la crisis habitacional que sufre la región, sobrepuesta al aumento del número de personas en búsqueda de viviendas. En este contexto, la entrevistada logró encontrar un cupo para escuela básica y jardín infantil para sus hijos, estableciendo poco a poco relaciones de confianza con las instituciones.

Un día, a partir de sus redes familiares la entrevistada se enteró que en el jardín están haciendo un operativo para inscribir a los niños en el sistema de salud:

Mi cuñada, un día estaba libre y pasó a inscribir a su hija al mismo jardín que está la mía y ahí estaba la jornada y me llamó. ¡Traiga a los niños rápido que aquí los inscriben para que les vea su salud! (...), los niños estaban en el colegio y yo trabajando, pero le mandé las partes de nacimiento porque en mi trabajo no nos dan permiso para salir. Entonces, yo no pude ir, yo le mandé los papeles. Mi cuñada le habló y la señora le dijo que tenía que ser yo quien iba, pero me puso al teléfono y me dijo: "para próxima vez tienes que traer los niños, el catorce de abril tienes que traer los niños y los papeles, me dio un calendario con las veces que van al jardín, entonces yo me puedo organizar. Ahí en el nombre de Dios me lo van a atender".

-¿No prefiere ir al consultorio directamente? RIF4

-No, porque en el jardín ya me conocen, en el consultorio quizás qué nos dicen, mal nos pueden tratar. RIF4

Como surge del ejemplo, la mujer entrevistada valora el espacio que da el jardín infantil para fortalecer su compromiso con el cuidado de los niños, articulándose con el sector salud. De su respuesta respecto a la posibilidad de acercarse directamente al consultorio se evidencia la importancia que asume la confianza los anclajes que estas personas tienen con ciertos espacios como el sector educación. En este sentido, es clave la articulación con figuras como directoras, educadoras, técnicas de educación de párvulo, etc. para promover el acceso y uso de los servicios de salud.

Otro ejemplo dentro de estas articulaciones intersectoriales lo representa el caso de una escuela para adultos, donde una adolescente de 16 años, luego de haber abandonado los estudios a los 13 años y habiendo finalizado recientemente de una relación de pareja con una persona diez años mayor, vuelve a estudiar. Este espacio surge como opción una vez que los intentos por insertarse en el grado que le correspondería por estudios aprobados fracasan y la adolescente se encuentra próxima a abandonar, nuevamente el sistema escolar. Entrevistamos a su hermana, mujer de 36 años que está a su cargo, debido a que la madre de ambas regresó a Ecuador. En este caso, la opción de la escuela para adultos se transforma no solo en una alternativa para reinsertar a la adolescente en el sistema educativo, sino también para ampliar su cuidado a una atención integral, pues como vemos ella, a diferencia de sus hermanos menores, recibe información sobre el sistema de salud:

Ella acaba de empezar (la escuela para adultos), porque bueno la situación con mi mamá era difícil (...) incluso mi hermana se fue a vivir con un tipo mayor por salir de la casa. Entonces a lo que mi mamá se fue a Ecuador se la quería llevar, pero mi hermana como que decidió “mejor me quedo aquí con este tipo a irme con mi mamá”. (...) bueno mi mamá se fue y me dejó a mi hermana a mi cargo. Ella dejó el tipo ahora vive conmigo y bueno, ella no estaba estudiando en los dos años que estábamos aquí y en Ecuador tampoco estudiaba. En todo ese tiempo nunca estudió. Entonces, yo le dije: "a lo que volvamos te pones a estudiar, o sea tienes que estudiar", le dije. Y ya pues había quedado en el colegio normal, pero no le gustó, “que quiero otro colegio, que me voy a salir”, decía, entonces dije bueno la anoto en uno para adultos y así me ayuda. Me comentaron de ese y bueno (...). Ella empezó el viernes y creo que este viernes cumple quince días recién y está encantada de su escuela igual (...). La semana pasada le dieron asistencia, hay asistencia psicológica y hay asistencia pa’ los lentes, ya le dieron la cita en un mes. (...) Entonces parece que hay escuelas así que dan la cita para los lentes, igual tengo un conocido de que sí le dieron, le dieron sus lentes, a mis niños no, pero a ella sí le van a dar RIF1.

En este caso, la entrevistada reflexiona sobre la dificultad de orientarse en un sistema en el que con criterios que no logra identificar, algunos niños y adolescentes tienen acceso a atención de salud incluso especializada (atención oftalmológica y psicológica), como el caso de su hermana, y otros no han podido acceder, como es el caso de sus hijos que no han podido ser inscritos en el sistema.

• *Equipos de salud como facilitadores*

Es importante destacar que, si bien en las entrevistas surgen muchos relatos vinculados a falta de información, barreras discrecionales, temores, etc. también surgen menciones a profesionales de la salud que desde sus roles y en base a su compromiso con la salud pública, orientan y facilitan el acceso a las familias migrantes, acompañando su inserción en espacios que van más allá de sus obligaciones. De hecho, en algunos relatos surge la diferenciación entre “personal para registrarse” (entendido como SOME y/o OIRS) y trabajadores sociales, quienes a menudo son quienes orientan los procesos de inscripción y resolución de problemas.

En el hospital de Alto Hospicio, hay como oficinas que hay para pedir la hora y todo, pero no son trabajadoras sociales son como los encargados de simplemente de registrarte y después vas a otro lugar a pedir la hora. Ese supuesto día que me dieron el rut, yo me quería sacar una hora para mi hijo, dijeron que tenía que hacerlo en la mañana, entonces, perdí el día del trabajo. Me fui cinco de la mañana porque se colapsa, me fui a las cinco como queda cerca y cuando abrieron a las ocho, me resulta que el RUT no funcionó. Yo le pregunté a la chica, le dije que con quién podía hablar porque ya me sentía como que me estaban burlando, tres veces he ido para buscar el RUT. Y me dijo: "no, pero para que te atiendan tienes que pedir cita, tienes que ir a anotarte a un - había como una hoja- anotarte ahí, tu número de teléfono y ellos después te llaman". Yo me fui, no más la trabajadora social ayuda, sino no. RIF2

Estas figuras profesionales son clave en el seguimiento de casos y en la articulación con la red de salud, ya que derivan con otras disciplinas y programas (p.e salud reproductiva, salud mental) y hacen acompañamiento en temas complejos como la inscripción de niños/as apátridas, la reunificación familiar, el reclamo de custodia de niños, la inscripción en listas de espera de programas especializados, etc.

Cuando estaba embarazada los doctores me dijeron que el bebé tenía un ventrículo y que lo iba a perder, pero nunca me dijeron que iba a tener graves problemas, (...) y cuando nació, ella nació por cesárea. Entonces me hicieron cesárea y después de eso me dieron de alta normal, nunca me dijeron que ya estaba mal, simplemente tenía que ser revisada por el antecedente que tenía. RIF6

Una de nuestras entrevistadas relata el proceso de diagnóstico de discapacidad de una de sus hijas, destacando en particular la labor de la trabajadora social y la matrona del hospital para poder orientarse en lo que estaba sucediendo al momento del parto y en los días de puerperio. Ella tiene su primera gestación a los 22 años y en los primeros controles aparece un diagnóstico que ella explica del siguiente modo:

Una como mamá siente que algo no está bien. Cuando yo la miraba sentía que ella no veía y como era más aguadita, así, dormía nada más... dormía. Ya tenía como 3 meses y ella no alzaba nada, estaba tirada en la cama y en el consultorio le preguntaba a la doctora con la que le tocaba revisión, le decía "¿mi hija ve?", y ella me decía que sí, que sí veía. Y ya después me decidí llevar a un particular porque mi instinto maternal era otro. Y yo llevé a un particular, pagando todo porque por papeles no tengo nada, ahí el doctor me dijo que la bebe no veía muy bien y que tenía que ser revisada por el antecedente que tenía, el doctor me sugirió hacer una ecotomografía. Me costó cincuenta mil pesos, pagué otros cincuenta. Cuando le hicieron la ecotomografía, el doctor privado me dijo que ella puede tener hidrocefalia y así yo pensando que era un problema chiquito, y el doctor me dijo, no esto es serio, que vaya al hospital no más a insistir si me podía atender **RIF6**

Una vez que la cesárea se concluye con éxito, la mujer nota que en los primeros días de post-parto la niña no está bien. Tratando de orientarse en el sistema de salud chileno y sin poder continuar la atención privada, la madre hace un segundo intento con el hospital, donde recibe como respuesta que debe esperar a que la llamen. En la sala de espera la mujer recibe el consejo de otra usuaria de poner una demanda, pues de otra manera no conseguiría atención por parte del hospital. La situación se judicializa, pues la mujer declara haber hecho una denuncia al hospital, gracias a la cual logra una hora de atención:

Después recién me atendieron. Me dieron la hora y ya después le hicieron los exámenes. O sea en ese proceso batallé hartísimo. Y ya cuando la revisaron los exámenes me dijeron que ella tenía epilepsia, retraso psicomotor y (...) la diagnosticaron que tenía Síndrome de West y que no podía ver y también le evaluaron el oftalmólogo y que ella no, que el nervio óptico estaba dañado y también el otorrino la revisó y también así no puede escuchar ella. No escucha de un lado y del otro si escucha. Y después de eso me derivaron a la Teletón igual y en la Teletón voy haciendo terapia y así. Y ahora estamos aquí, porque me costó hartísimo. (...) En el consultorio, ya cuando me llamaron, una trabajadora social me ayudó muchísimo, me ayudó con la teletón, los remedios, me habló también de aquí de FASIC, (...) también la neuróloga ahora me hace seguimiento, la trabajadora social hablo con ella una vez a la semana, sin ella todavía estaría sin saber qué hacer. **RIF6**

Como vemos, las acciones de personal de salud particularmente sensibilizado con las desventajas que encuentra la población migrante en la atención de salud son clave para revertir situaciones de desorientación, falta de información y falta de atención, que atentan sobre el derecho a la salud de niños en condiciones críticas como el de una niña con un diagnóstico neurológico grave en sus primeros días de vida. En fin, evitar la judicialización que se produce en base a la desesperación por buscar soluciones, es también parte de los beneficios de contar con equipos de salud sensibilizados en torno al tema.

3.2.3. BARRERAS DE ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA I REGIÓN DE TARAPACÁ

- ***Barreras individuales***

Estas barreras se caracterizan por estar asignadas a comportamientos que se presumen dependan de los usuarios y su relación con el sistema de salud. En este sentido, se reconoce que la migración en la I Región ha sufrido un cambio importante desde un contexto prepandemia, tanto en términos de flujo como por las características de los tránsitos y los distintos colectivos de proveniencia. Este cambio, según el parecer de una entrevistada estaría relacionado con una aproximación distinta a los servicios de salud, siendo la migración más reciente una migración “menos preocupada” de los aspectos sanitarios.

Siempre hemos recibido muchas personas de Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia, Haití, bueno la población más baja de migrantes que atendemos son haitianos; (...). Yo cuando ingresé acá (2019) el mayor flujo empezó a ser de venezolanos y venezolanas, y también colombianos y colombianas. Luego, bueno, uno pensaría que cuando fue el COVID y se cerró la frontera, disminuyó la frecuencia de usuarios, pero no, aumentó yo creo que en un 150%, y i es que un poco más (...) Las personas que ingresaron el 2019 y 2017 creo que eran más cercanas a los centros de salud, y no sé tampoco si será la palabra pertinente, pero estaban más preocupadas las madres y padres de que los niños y niñas tuvieran acceso a la salud, las vacunas, los controles, etc., (...) Las que llegaron durante la pandemia... estoy en la disyuntiva de si es parte también de su cultura o si de realmente vienen impulsada con alguien. Porque la mayoría que han venido para acá viene con trabajadora social por el Centro de la Mujer, por la OPD, no sé por una vecina, alguien que la está ayudando, como que no vienen solas. No es que a ellas les nace venir a acercarse, no, siempre vienen impulsadas por alguien, estoy ahí como en duda. RIS2

Esta percepción de que haya habido un cambio en los perfiles migratorios de los flujos pre y post pandemia, también se refuerza en torno a la percepción que tienen los entrevistados respecto al presunto carácter de ciertas nacionalidades y su mayor o menor predisposición a relacionarse con los servicios de salud:

Hay una gran diferencia entre estas dos nacionalidades (Bolivia y Venezuela), porque la población boliviana es más trashumante y flotante, entra y sale constantemente. A diferencia de Venezuela, Colombia, Ecuador que ellos llegan y ya como que es raro que de repente entren y salgan a Bolivia y vuelvan a Chile, no, se radican en el tiempo. A diferencia de Bolivia que entra y sale constantemente. RIS3

Estas diferencias, al parecer de los entrevistados, repercutirían en la actitud que las personas tienen frente al sistema de salud, siendo la venezolana una población más propensa a buscar ayuda, con servicios de salud más cercanos a los chilenos, que contaría también con más predisposición a generar redes con la población chilena.

Las mujeres venezolanas adultas como que tienen una red, claro, ellas como que- no sé si será un tema nacional también de nosotros de que la población chilena tiende más a ayudar a las mujeres venezolanas más que a las bolivianas, tengo igual esa apreciación. Como que ellos piensan, siento, de que el venezolano como es una migración más forzada, de que está aquí no porque quiere, sino por un tema político, qué sé yo, tienden a ser más ayudadas por el chileno. En cambio, a la población boliviana no los ayudan porque hay un prejuicio, quizás un estigma también de que ellos como que tienen una actitud que se las saben todas, esa impresión me da. RIS3

Por el contrario, la población boliviana es caracterizada como una población más trashumante y considerada “oportunista” frente al sistema de salud, especialmente en temáticas de embarazo, parto y puerperio.

Por ejemplo, una mujer boliviana puede estar 3 años acá en Chile, pero si queda embarazada recién acude. Si es de Bolivia, está embarazada y quiere que su hijo sea chileno, hace el ingreso y viene al tiro con un ingreso tardío para tener la guagua y que sea chilena. RIS4

Esta cita revela la persistencia de la idea, entre equipos de salud, que el embarazo de las mujeres migrantes, especialmente bolivianas, es utilizado como vía para la regularización en Chile, gracias a la reunificación familiar que es posible solicitar una vez que se tiene un hijo chileno, situación que ha sido analizada por investigadoras del área (Oyarte, et al., 2017, Guerra & Ríos, 2017), develando que se trata más bien de un prejuicio nacido previo al surgimiento del decreto 67, que efectivamente creaba la posibilidad de extender los permisos temporales para mujeres embarazadas. A pesar del cambio en la normativa, el prejuicio sigue estando presente y aparece entre las consideraciones relativas a la

población boliviana que, según el parecer de los equipos, constituirían una barrera para el acceso oportuno a salud.

Mira, en ese caso puedo responderte que con la población boliviana de repente el nivel de escolaridad es muy bajo y el tema del analfabetismo juega en contra. Y es un desafío constante poder bajar el lenguaje técnico, yo tiendo a bajar mucho lenguaje técnico, les hablo casi a la par porque no te entienden. Por ejemplo: "tiene que ir a toma de muestras", eso no te lo entienden, tú tienes que decirle "tiene que ir al lugar donde sacan sangre", así no más entienden. RIS3

En este mismo sentido, entre los hallazgos de la I Región, aparece la descripción de la relación con la población boliviana como particularmente compleja para los equipos, mencionando barreras de acceso y uso de servicios vinculadas al lenguaje y la alfabetización de las personas, especialmente mujeres. En estos casos, la articulación con los programas como PESPI es clave ya que a facilitadores de dichos programas se les solicita apoyo en casos que atañen sobre todo temas de salud reproductiva.

Nosotros lo bueno es que acá tenemos PESPI y con la población boliviana que nos cuesta un poco más porque no sabemos si entienden o no entienden porque no tienden a recepcionar la información que uno le dice. No sabemos si es porque son muy introvertidas o retraídas, no sé, o porque de verdad no quiere decir que no entendió. Entonces ¿qué hacemos? Tenemos una facilitadora intercultural que nos viene a ayudar, tenemos partera también y nosotros le decimos que, si no nos comprende o no le entiende al profesional, que ellas pueden acudir a esta dupla: la partera y la facilitadora intercultural que hablan más Aymara, o conocen un poco más la cosmovisión entre Bolivia y Chile que son los pueblos más rurales y originarios. RIS3

Por otra parte, existe conciencia respecto a la falta de información que circula entre las comunidades migrantes y su temor a asistir a los servicios de salud.

Más que nada por un tema de miedo y porque la gente desconoce cómo es el sistema de salud acá en Chile. Entonces ellos igual tienen temor, aprensiones, de que claro, de que les puedan decir algo porque justamente esta gente que se acerca acá más que nada es gente que entra por PNH. Entonces al entrar por PNH no tiene sus documentos al día, no han ido al Departamento de Extranjería y Migración para que les puedan hacer sus trámites y les puedan dar eventualmente su visa temporal. Entonces bueno, básicamente la gente por desconocimiento que no pregunta, y tampoco se acerca acá al recinto. RIS4

Sin embargo, los entrevistados insisten en que la información existe, está a disposición y su difusión es un trabajo continuo de los equipos de salud, quienes son considerados agentes facilitadores del acceso, de hecho la siguiente entrevistada sostiene que, una vez llegado al centro de salud, existen “cero barreras” para acceder.

En realidad, la persona migrante que no accede a la salud es solamente por desconocimiento y desinformación. ¿Por qué? Porque cuando llegan al recinto de salud tienen cero barreras, de hecho, la persona puede llegar súper indocumentada, diciéndote que se llama Juanita, y el trabajador social tiene que actuar como ministro de fe y le va a creer que se llama Juanita. Le va a crear la ficha clínica, le va a gestionar el RUT provisorio, entonces yo creo que no acceden por desconocimiento a que pueden acceder, o por temor de que a lo mejor creen que las instituciones de salud somos fiscalizadoras, que a lo mejor vamos a acusar para que los deporten, o porque su estatus migratorio como es irregular nosotros les vamos a decir algo, los vamos a denunciar. Yo creo que, por temor y desconocimiento, pero si llegan al CESFAM, no tienen barrera de acceso, al contrario, se les gestiona todo. RIS3

Es por ello que, al momento de identificar barreras los entrevistados se centran en aspectos comportamentales de los usuarios, tendiendo a individualizar en ellos la responsabilidad de la falta de acceso, apelando a términos como excusa o falta de preocupación para explicar aspectos problemáticos como la pérdida de horas o la inscripción tardía de mujeres embarazadas y menores de edad.

Me ha pasado muchas veces lo mismo, que la gente lleva acá viviendo mucho tiempo y... Y porque siempre es esta misma excusa de que "yo a mi hijo nunca lo he visto enfermo y por no lo he llevado al consultorio" (...) también eso como que va de la mano con el tema de los niños. Porque a veces les pregunto a las familias "¿por qué no había venido al CESFAM para pedir su NIP para su hijo o para usted", "no es que me complica por el trabajo, el tema de los permisos". Esa siempre es como su excusa y que son igual válidas por a la final viven de eso. RIS4

Estos comportamientos a ratos son incluso culpabilizados, considerando que las personas han asumido riesgos injustificados, exponiendo innecesariamente la salud de niños, niñas y adolescentes.

Entonces claro la gente ingresa a pesar de que están estos riesgos y la gente igual lo hace. Y eso claro, está bien que quieran migrar para mejorar su bienestar, es muy válido, nunca lo voy a cuestionar. Pero sí cuestiono de actuar de forma tan arriesgada o temeraria, conociendo cómo son las condiciones climáticas cuando uno ingresa por PNH. La gente se expone mucho, y asume riesgos innecesarios y podría quizás esperar a tener a su hija primero y después ingresar, pero no, la gente asume riesgo que pueden acabar con su vida. RIS4

El fortalecimiento del enfoque de derechos, a su haber, debe ser complementado con el enfoque de deberes de los usuarios que muchas veces se reduce a exigir:

Yo cuando pesquise casos se derivan a los sectores. [...] Yo atiendo en un box, al principio era al lado de inscripción, cosa de que apenas las personas fueran a inscribirse yo fuese la puerta de entrada para poder orientarlos "miren, ustedes tienen estos derechos, y estos deberes, vamos a derivarlos, pero tienen que saber sus derechos y sus deberes. RIS2

Por ejemplo, llegan tarde a sus controles, muchas veces no traen sus documentos de identificación. La gente exige y está bien, se les da su derecho a la salud, pero por otra parte a veces no cumple con lo mínimo, que traiga su documento de NIP, cuando les dan su visa definitiva su carnet. RIS4

Como vemos, ya sea por factores conductuales, condiciones de origen (género, escolaridad, ruralidad, etnicidad, etc.) o por un presunto desconocimiento o incumplimiento de las obligaciones preocupación de las familias, los equipos de salud centran parte de su discurso en torno a barreras que provienen de los propios usuarios frente al sistema sanitario.

- ***Barreras socioeconómicas***

A pesar de la importancia que asume la responsabilidad individual en las citas recientes, es necesario reconocer que los equipos de salud conocen y están en continuo contacto con los determinantes sociales que están a la base de las situaciones que enfrentan sus usuarios migrantes. Uno de los principales determinantes reconocido es de carácter socioeconómico y se relaciona con condiciones laborales que a menudo dificultan la posibilidad de acceder a los servicios y conocer las prestaciones y el enfoque preventivo del modelo de salud chileno.

Con los migrantes, muchas veces más allá de ser temas médicos son temas psicosociales. Para que una persona esté bien dentro de su estructura, deben estar cubiertas las necesidades básicas que son la vivienda y el trabajo y muchas veces ellos no lo tienen. RIS2

La necesidad de priorizar el trabajo es reconocida por los equipos como una barrera por los horarios en que funcionan los centros de salud y el hecho que aspectos administrativos como la inscripción se concentre solo en dichos centros y en horarios hábiles.

Dicen que se les complica por el trabajo y a la final viven de eso, quizás día a día y les complica no trabajar un día, o la mitad del día. Pienso que también va por ahí, de que no tienen trabajos formales y el hecho de que pidan permiso a su empleador es complicado, no quieren perder ese día por venir al CESFAM entonces pasa el tiempo y no vienen. RIS4

También se reconoce que el costo económico de los traslados puede actuar como barrera de acceso debido a que los grupos migrantes en condiciones más precarias viven en zonas que carecen de locomoción pública, por lo que los desplazamientos son caros y dichos gastos no se justifican para acceder a prestaciones preventivas.

Les hacemos harto hincapié en que todo es gratuito, porque el hecho de que tenga un costo ya a ellos los limita. RIS1

En esta toma de conciencia ha sido importante la experiencia de los propios equipos yendo a las tomas en operativos que les implican a ellos mismos moverse desde el box a los espacios de vida cotidiana de estas personas, llegando a comprender los costos asociados a la movilización de las personas y las dificultades que encuentran respecto a los traslados.

Viniendo acá (a las tomas de Alto Hospicio) me he dado cuenta. Me hago la idea de que a los migrantes les cuesta un poco más porque para llegar hay que pagar un colectivo, un Uber, un InDrive, eso quizás les puede complicar un poco a la hora de llegar al CESFAM a su hora solicitada. RIS4

En el caso del albergue Lobito, al no existir locomoción pública los traslados dependen principalmente de los operativos que puedan organizar desde el Centro de Salud, iniciativa que ha sido implementada dada la pérdida de horas que se producía por falta de accesibilidad.

Aparte del trayecto y la distancia por lo cual les cuesta mucho movilizarse, a pesar de que Lobito tiene traslado, cuando vienen a médico o a trámites, nosotros nos coordinamos para que puedan darle prioridad, porque sabemos que si no hay traslado es muy difícil que lleguen. RIS1

Otro aspecto que es reconocido como Determinante Social que determina tanto acceso como necesidades de salud se refiere a las condiciones vida de las familias de reciente llegada, que en el caso de la I Región están altamente marcada por la vida en campamentos y tomas.

Al ingresar por PNH ingresa de manera irregular, una persona irregular no puede regularizarse con la nueva ley migratoria. Muchas veces por lo mismo no pueden acceder a trabajos bien remunerados- Entonces ahí partimos con la falta de ingresos, bajos de ingresos; lo cual a su vez significa que no les generan contratos de arriendo y tienen que vivir en tomas; y en las tomas comienza el tema de las enfermedades. "Que mi hijo se enfermó de la guatita, que tiene manchitas en la piel, le salieron granitos, y así". RIS1

En estos campamentos, muchas veces existen conflictos entre vecinos por el pago de los terrenos, el agua, etc. que se traducen en dificultades para acceder al comprobante de domicilio que sirve para acceder a la inscripción en el CESFAM. Tal como explica una entrevistada:

Entonces cuando yo voy a exigir el certificado de residencia dicen que les cobran, "no, es que el dirigente me cobra \$30mil por darme este documento"- [...] A veces porque no pagan el agua, el boletín de agua, entonces como tienen deuda, les dicen "sí, pero usted ha ocupado agua potable de la municipalidad", pero no ha pagado el boletín, o no ha pagado las cuotas de no sé qué, ellos se cobran no sé qué cosas. [...]Entonces claro, ¿cómo le pido una dirección a ese paciente?

La idea que la migración esté marcada por factores económicos críticos aparece con mayor frecuencia entre trabajadores sociales que tienen a su cargo atenciones psicosociales en las que hay más tiempo para conversar y es posible conocer los aspectos más profundos de conductas calificadas como de riesgo.

Yo ya con los años trabajando en esto uno va entendiendo cuál es el por qué, es que de verdad el riesgo que corren pasando todo este desierto, la altura, o sea que una vez me dijo una que el riesgo de morir era el mismo, o sea: o me moría caminando o me moría de hambre en Venezuela. Entonces claro, tiene lógica su relato, entonces una no puede asumir que vienen porque quieren o no vienen porque no quieren. RIS1

• ***Movilidad como barrera***

La población migrante es una población de alta movilidad, en la medida en que sus tránsitos no se detienen en el ingreso al país, sino que, motivados por aspectos como la reunificación familiar, la búsqueda de estabilidad laboral y habitacional, cambian de domicilio y se hace difícil establecer contactos duraderos que faciliten la adherencia y el establecimiento de alianzas con el personal de salud, lo que afecta directamente el acceso a salud de NNA que están al cuidado de estos adultos. Como relata una entrevistada:

muchas veces entregan malas las direcciones y nos los encontramos. O los números de teléfonos que los ocupan 3 meses o un mes y luego se desecha, se cambia por un nuevo chip, y también se pierde ahí el rastro de estos pequeños y pequeña RIS2

Estas dificultades de mantener contacto con los usuarios se traducen también en la posibilidad de generar adherencia y activar las interconsultas en caso que éstas sean necesarias, produciendo nuevas dificultades en el acceso a salud:

Porque uno para inscribir al usuario, yo necesito saber su domicilio, porque si a mí me llega un examen alterado, y yo necesito la contactabilidad de ese usuario, y no me contesta los teléfonos- (...) Claro como no tienen acceso a pagar un plan quizás, ellos cambian de chip. Entonces ubicar a un paciente migrante para mí es todo un desafío, casi una misión imposible. Entonces ¿qué tengo que hacer yo? Si al 5to, 6to, décimo llamado telefónico no me contesta porque a una guagüita le salió una radiografía de pelvis alterada, y es una guagüita que tengo que activarle un GES de displasia de caderas para que la lleven al Hospital y todo el tema, esa mamá no va a saber que la radiografía de pelvis le salió alterada porque yo se la tengo que notificar, yo la tengo que contactar. Y claro, de repente voy a ver la dirección: Paso La Mula, y el Paso La Mula es gigante, es mil casas, yo diría que son 5mil casas. ¿Dónde la voy a ir a buscar? ¿Dónde rescato a ese paciente? RIS3

La posibilidad de “rescatar” a usuarios en estos casos, depende en varias ocasiones de la voluntad que tengan los trabajadores de articular redes que permitan ubicar a la persona, especialmente a través de instituciones que trabajan en terreno como las ONG’s que hacen visitas a tomas y campamentos y/o organizaciones que se activaron particularmente durante la pandemia.

[...] ha sido fuerte ese tema porque desde la OIM, a ver... que salían a la calle, a hacer operativos para salir a buscar a esta gente que desaparece y les perdemos el rastro, tampoco ellos los encuentran. RIS2

Hubo un caso emblemático en este tema en el que confluye tanto la alta movilidad de la persona, como el factor idiomático y la falta de redes con que se presenta al CESFAM:

Te lo digo yo una vez tuve una embarazada que GES18, que tenía que notificarla todo el tema, y la dirección que me dio, como ellos no conocen las direcciones en Alto Hospicio me dio una dirección que no concordaba la intersección, era una calle del Boro con otra que nada que ver. Y tuve que notificar, así como "pucha, ella me firmó esta declaración jurada de que vive en tal lugar, pero las direcciones no coinciden"- Yo te lo digo, yo vivo en Iquique, no vivo en Alto Hospicio, trabajo en Alto Hospicio, pero vivo en Iquique, entonces tampoco me sé a cabalidad todas las calles y todas las manzanas y todos los sitios y todas las tomas de Alto Hospicio. Entonces hay muchas cosas detrás que nadie las visualiza, nadie las ve, y la responsabilidad la asume el profesional. Y yo tuve que buscar a esa paciente, no sé, no sé cómo la encontré pero buscando conocidos por acá, dirigentes por allá. O sea, imagínate fue un desgaste también de buscar no sé cómo que finalmente la encontramos- porque a todo esto ella no hablaba español, solo creole, no entendía nada. RIS3

Igual muchas personas viven en tomas con estos niños y niñas, y ahí también es mucho más difícil porque si están inscritos acá en Iquique y viven en AH, es imposible salir a buscarlos porque es otra comuna. Y lo normal, u óptimo, es que, si viven en Alto Hospicio, se inscribieran en un centro de Alto Hospicio, y no acá en Iquique por lo mismo, para poder buscar, hacer rescate, etc. RIS2

La alta movilidad se transforma en una barrera frente a la necesidad de contar con datos fidedignos que permitan mantener relaciones estables con los usuarios, quienes a su vez, muchas veces al desconocer el funcionamiento del sistema, subestiman la importancia de mantener actualizados sus datos de contacto con los servicios chilenos y se mueven en circuitos de movilidad cotidiana entre distintas comunas:

- ***Barreras estructurales: el funcionamiento del sistema***

Otra de las barreras que identifican los equipos de salud se relacionan con el funcionamiento del sistema, la disponibilidad de recursos, cupos, horas y requisitos para la inscripción. En primer lugar, emerge las dificultades de identificación de la población migrante, especialmente quienes se encuentran en situación irregular y presentan documentos ilegibles, que no son considerados válidos para proceder con la inscripción.

Hay ciertas situaciones que los chiquillos (equipo SOME) me manifiestan, porque me tienen mucha confianza "ay, jefa, pero ¿por qué? mire no trae- yo no quise tomarle como documentación el acta de nacimiento a la niñita de Venezuela, porque lo tomabas y se hacía tira", entonces ella no quiso caer en que, si lo tomaba, se iba a despedazar- Porque llegan con actas muy poco legibles, para nada reconocibles, en muy mal estado. El tema de la documentación es otro tema, es otro mundo, igual si te sirve ahí de antecedente, porque de verdad... O sea, de verdad, los carnés de otras nacionalidades son irreconocibles. RIS3

Esta dificultad de registrar a las personas, se agrava en los casos en que las personas definitivamente no presentan documentación, situación que se ha visto en mujeres embarazadas, frente a las cuales deben activar procesos judiciales para evitar que los niños queden como NN, tal como relata un trabajador social:

Me pasó un caso de que hubo una niña (adolescente) que ingresó a Chile embarazada, sus documentos se le perdieron, su pasaporte, su DNI se le perdieron, entonces no contaba con algún documento de identificación. Y ella estuvo en Coquimbo un tiempo, y después se vino acá a Iquique y Alto Hospicio, y acá ella tuvo a su hija. Entonces cuando tuvo a su hija en el Hospital de Iquique no la pudo inscribir en el registro civil porque ella no tenía ningún documento de identificación. Entonces la niña está como una "NN", entonces no tiene RUT, no tienen un nombre inscrito, solo el nombre que le dio a ella, pero tampoco hay un documento formal que esta niña es tal persona, de tal edad, en este caso meses. RIS4

Este caso es representativo de la gravedad de los problemas que se presentan respecto al registro de los usuarios que se presentan sin documentos y las barreras que surgen al momento de su atención:

No tiene nada, bueno tiene el del parto, pero no tiene un documento emitido acá en Chile, de que la niña nació en Chile y de que es hija de tal persona. Entonces la mamá ahora justamente está haciendo sus trámites para que le puedan enviar desde Colombia sus documentos de identificación. Para eso tuvo que ir a Antofagasta, al consulado y eso también ayudamos a financiarlo. Claro, esta situación es bien grave porque cuando la niña quiere pedir los controles para su hija, al principio se ve imposibilitada porque le van a pedir que venga con un adulto responsable, y cómo ella no tienen ningún documento de identificación, no tiene como demostrar que es la madre. Entonces ahí entonces donde empieza a haber problemas y se dificulta un poco la atención, nunca se le niega, pero se dificulta porque hay que pedirle documentos, hacerle firmar otros documentos. Ahí como que se atrasa un poco el tema de la atención. RIS4

Estas dificultades que encuentran los equipos para registrar la inscripción de las personas en base a los documentos que presentan, se relaciona con los problemas que había para generar los NIP (Número de identificación provisorio), cuando éstos eran gestionados por FONASA y los actuales problemas que supone el actuar de los trabajadores sociales como ministros de fe, promovido por la circunstancia 4 del decreto supremo 110 agregada por el Decreto supremo 67 (marzo 2023).

En el primer caso se reconoce que la primera entrevista para la solicitud del NIP permitía dar atención psicosocial y explorar en las necesidades de esa familia, para luego ser derivado según dichas necesidades a la red:

Tratamos de gestionarles directamente el ingreso apenas pasan con la inscripción, pasan con nosotros que somos, la asistente social migrante en este caso conmigo. Les solicitamos en la entrevista el NIP a FONASA, y a la vez en la entrevista nos podemos dar cuenta cuáles son las problemáticas que presenta cada familia y así derivarlos de inmediato para poder comenzar a trabajar con ellos. [...] Un migrante que ingrese a Chile siempre va a pasar por inscripción e inscripción lo deriva con asistente social migrante automáticamente. RIS1

Sin embargo, uno de los problemas que supuso el NIP gestionado por FONASA se refería a los tiempos de espera que se generaban para su emisión, lo que implicaba una falta de adherencia de la población que se perdía tras ese primer contacto.

Yo tengo más de 100 NIP que se solicitaron y no los vinieron a retirar, porque pasaba tiempo antes que llegaran y ya después se desconoce el paradero, porque si no te contestan el teléfono y uno no sabe dónde viven, es como ¿dónde los encontramos? Hasta que claro, se enferman y llegan a la urgencia. RIS2

A esto se suma, también el hecho que arbitrariamente algunos centros de salud hayan pedido el NIP como requisito de atención, situación por la cual los usuarios “rebotan” entre un centro y otro, que además pertenecen a redes administrativas distintas (municipales y estatales):

Por otra parte, si bien existe

“A pesar de que los Hospitales y Centros de Salud tenemos la misma normativa, que es la circular número 5, no sé por qué allá siempre les exigen tener el NIP, si es que lo que dicen los derechos de niños y niñas es que todos tienen derecho a las prestaciones de salud incluidas las del Chile Crece Contigo.

- ¿En el hospital están usando otros parámetros?

-Sí, les piden el NIP yo me imagino que debe ser porque nosotros como APS pertenecemos a los municipios, y el Hospital pertenece al Ministerio, entonces hay funcionamientos distintos. RIS2

Ahora hace poco nos reunimos en FONASA porque el cambio a la Circular N° 5, donde los usuarios deben presentar un documento de identidad un domicilio, etc.; y en esta nueva circular es como que no importa que no traiga nada, hay que inscribirlo y nosotras somos las ministras de fe para decir que la persona es Juanita Pérez y es Juanita Pérez. Cuando lo supimos quedamos como ¿¿Qué?? (...) Entonces ahí nos reunimos, y nos vamos a volver a reunir porque vamos a establecer bien cómo lo vamos a hacer con ese tema. O sea, yo me llamo (menciona su nombre), pero si yo me voy a Perú ¿me puedo cambiar el nombre? No po’. Entonces es como ahí que se está haciendo un poco complejo, porque yo no puedo acreditar la identidad de una persona que no conozco, y además que nos puede involucrar a nosotros en temas legales. RIS2

conocimiento sobre la nueva normativa que permite a los funcionarios actuar calificadoros de derechos para proceder inmediatamente con la inscripción, acelerando el proceso, es

necesario mencionar que existe preocupación entre los trabajadores respecto a los abusos que se puedan crear y a la responsabilidad que asumen los funcionarios de tener que “creer” en la palabra del usuario respecto a su identidad:

De parte de quienes conocen internamente el sistema, además de la preocupación por la acreditación de la identidad, existe consternación respecto a los efectos que esta forma de registro pueda tener en términos de multiplicación de fichas clínicas en un sistema que, se sabe, no funciona de forma unificada, lo que a parecer de esta entrevistada atenta contra la calidad de la prestación:

Entonces, por ejemplo, ahora la circular nueva que salió respecto al acceso a la atención de salud de la población migrante, nosotros estamos con una marcha blanca, pero yo no le veo futuro, en verdad para mí fue un retroceso más que un avance, (...). En verdad este tema de los NIP, que no hay un control de cuántos NIP y de cuántas fichas clínicas vas a crearle a una persona migrante atenta claramente a la calidad de la atención de la persona. Porque una persona migrante puede tener 3 fichas clínicas ¿y qué pasa si en una de esas fichas hay una interconsulta súper importante que es una garantía GES, y tiene 3 fichas más? Porque en otro CESFAM le crearon otro RUT provisorio, y resulta que en Colchane le hicieron otro RUT provisorio y en Alto Hospicio yo le creé otro ¿de dónde la van a llamar? O sea, mal mal mal, esa nueva circular atenta claramente contra la calidad de la atención, sinceramente. O sea, mis colegas se centran más en ámbitos sociales porque atienden en box clínicos, pero yo que estoy en el ámbito administrativo, viendo otras unidades como SIGES, viendo Interconsulta, viendo Hospital Digital, viendo el tema de Despacho de Alimentos, viendo el tema de Despacho de Medicamentos, que una persona tenga una duplicidad de fichas clínicas electrónicas es terrible. RIS3

Por último, el personal de salud reconoce que a menudo este malestar se traduce en barreras administrativas discrecionales que ponen los mismos funcionarios y contra las

cuales tienen que actuar permanentemente los equipos más sensibilizados con el tema migratorio:

Yo como la trabajadora social del programa migrante tengo el desafío de sensibilizar sobre migración, y la verdad es que la gente entiende las necesidades, pero empieza con ese ser xenofóbico dentro, les sale igual, les aflora.

Por ejemplo, la usuaria llegó acá y me dijo "el guardia me trató mal, me dijo que me fuera porque soy extranjera", y ahí yo salgo a hablar con el guardia, "pero pucha, si ya hablamos del tema, usted no puede hacer eso, tanto que les cuidan la plata al MINSAL. Pero sí pasa, pasa más con la gente más adulta, más mayores (...), a veces también por cómo andan vestidas, si ven a la persona que está más o menos vestida la tratan bien, si la ven desarreglada no la tratan muy bien. RIS2

Por último, dentro de las barreras del sistema se reconoce a nivel estructural una falta de recursos humanos y de cupos, que recaen tanto en la calidad de la atención, como en las condiciones de trabajo de los equipos de salud:

(el rol administrativo) es un rol desgastante, de alta carga emocional quizás también, de mucho estrés, de tener que a todo se les busque una solución a su necesidad, sabiendo que tienes agendas llenas, que al sistema le faltan recursos. Que tampoco puedes sobreexplotar a tus compañeros profesionales pidiéndole mucho sobrecupo, o sea, yo igual de repente les digo "existe un caos muy puntual, por favor atiéndamelo como sobrecupo, por favor". Pero también son personas que no somos robot, entonces tampoco puedo explotar una agenda desmedidamente, y ser insensible e insensata por solamente darle la prioridad a la población. RIS3

A los recursos humanos también se suman aspectos como infraestructura, bajo el supuesto que la población en la región ha crecido en los últimos años y ello se traduce en dificultades estructurales de cobertura:

Las barreras también son de recursos, Yo creo que la mayor barrera de todas es el espacio como CESFAM, faltan más box. Si falta espacio tenemos menos personal,

entonces ojalá tuviésemos de acuerdo a la población el recurso humano necesario.
RIS2

3.2.4. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA I REGIÓN DE TARAPACÁ

• *Redes Intersectoriales*

Respecto a los facilitadores, los equipos reconocen la importancia de la colaboración con instituciones que están en los territorios y que se activan en casos específicos, según la necesidad del usuario/a. Por ejemplo, en caso de situaciones de discapacidad:

Igual han llegado casos de niños que vienen con alguna enfermedad como... del tema de alguna... usando silla de ruedas, temas neuronales, con alguna situación de discapacidad también. Entonces ahí generamos la instancia con Teletón para que puedan ingresar, y así con algunas redes. RIS1

También instituciones que se hacen cargo de temas psicosociales, gestionan albergues, dan orientación psicosocial, apoyan la inserción escolar, dan acceso a canastas de alimentos etc. han sido fundamentales para el rescate de casos y su inserción en la red:

Trabajamos con las instituciones como Madre Josefa, SJM, OIM, FASIC, la Pastoral Migratoria, que son instituciones con las que trabajamos directamente con ellos en base a las redes para lo que es la prestación de alguna ayuda. Si bien nosotros como salud nuestra canasta de prestaciones no abarca el tema de entrega de alimentos, arriendo... Esas instituciones sí, por lo tanto, nosotros cuando visualizamos ciertos casos, los derivamos con las redes para que puedan apoyarnos en ese sentido. Y viceversa cuando tienen ciertos casos los derivan. RIS1

Si bien se reconoce la importancia que han tenido estas redes en el manejo de la crisis migratoria, existe la sensación de que éstas actúan con más recursos cuando se trata de población venezolana, lo que ha dificultado el trabajo con otras nacionalidades

presentes en la región, como son las familias bolivianas y colombianas. También se reporta la inmediatez de la ayuda y la dificultad de mantener continuidad en las intervenciones toda vez que la demanda va en aumento y las ayudas se presentan como para un momento puntual y de crisis:

También existe la percepción de que las instituciones humanitarias, al estar vinculadas a las iglesias, tienden a focalizar sus ayudas en mujeres y niños, produciendo dificultades en una mirada más inclusiva de la atención social, al impedir, por ejemplo, el acceso a hombres a los albergues madre/hijo, motivo por el cual muchas veces las intervenciones no se realizan o tienen corta duración.

Por otra parte, al parecer en la región existen o existieron iniciativas de redes de servicios y mesas regionales dedicados al tema migración que fueron perdiendo fuerza en los últimos años o que han incluido solo esporádicamente la participación de la atención primaria de salud, sin que podamos profundizar en los motivos de pérdida de acción de la red en base a los testimonios recogidos.

Ahí uno se comunica con la red, y como igual la red esta casi focalizada en personas de Venezuela son muy poquitas las ONGs que te pueden ayudar y aportar con esta otra gente. Intentamos ver con SJM qué se puede hacer, como son muchas las familias y todos los casos son importantes, fue como "ya, la vamos a llamar, la vamos a contactar, vamos a ver si le podemos entregar un kit de emergencia" que son estos mercadería y kit de aseo. Pero después se lo entregamos, es una vez, ¿y después de eso qué? ¿Qué va a ser de esta mujer? ¿qué va a ser de ese bebé? ¿Dónde va a vivir, cómo va a vivir? RIS2

las redes con las que contamos son INCAMI, World Vision SJM, FASIC- si te das cuenta son muchas iglesias, La Casa de Acogido del Sr. Scalabrini- Que aquí solamente acogen a mujeres y además a estas chicas que están sin casita las derivamos allá, pero ya no embrizadas porque han tenido con problemas con los padres de las criaturas que vienen en camino, donde las niñas han tenido que irse de ahí; el INDH, ACNUR, el Programa de Migración del municipio, y Fundación Madre Josefa. Son los únicos con los que podemos colaborar en situaciones complejas con los usuarios. RIS2

• *Intervenciones comunitarias*

Si bien no se cuenta con sistematizaciones más acabadas de estas intervenciones, todos los entrevistados hablaron de distintas iniciativas realizadas en el pasado o en curso de ejecución que se reconocen como intervenciones exitosas con la comunidad, en la medida en que lograban acercar a la comunidad migrante a los centros de salud, así como sensibilizar a los equipos de salud sobre la temática y establecer lazos con actores claves como los llamados líderes migrantes. Esta iniciativa, que al parecer se encuentra inactiva después de la pandemia, trató de crear una lista de representantes de colectivos presentes en el territorio, con quienes los equipos de salud podían relacionarse directamente tanto para resolver casos específicos (p.e buscar usuarios inubicables por los datos registrados), como para realizar actividades de promoción y promoción en espacios comunitarios. En el relato de los entrevistados:

Ellos reconocen que el rol de los líderes era clave para canalizar información y actuar sobre temáticas como el miedo a acercarse a los centros de salud, el conocimiento del sistema de salud y la resolución de problemáticas específicas, etc.

antes usábamos mucho lo que era los "líderes migrantes" era uno por nacionalidad, pero ellos después de la pandemia desaparecieron, entonces tampoco podemos contar con ellos. Y ahora la gente está un poco desorientada. RIS2

Ojalá que todos pudiésemos contar nuevamente con líderes migrantes, con personas de cada nacionalidad que se pongan la camiseta por sus compatriotas. Porque todos quizás aquí llegaron de la misma forma, unos regulares, otros irregulares, pero la vía para regularizar es una sola. Entonces ojalá que entre todos ellos se pudieran apoyar para que nosotros pudiésemos entregar una información y ellos repartirlas en sus comunidades. Que era lo que hacíamos antes, le entregábamos a información a los líderes de Bolivia, y ellos a toda su población, y después llegaba aquí la gente. RIS2

nosotros hacíamos, en su tiempo les llamábamos los baby shower educativos con las gestantes, les pusimos ese nombre, lo instauramos nosotros. Yo lo patenté con los migrantes porque a mí el programa me pedía hacer talleres para la población migrantes. Entonces yo dije "ya, vamos a comenzar con una población objetivo", y comencé con las gestantes, porque Chile Crece estaba muy débil con los talleres prenatales. Entonces yo dije: si unimos Chile Crece con migrantes y hacemos talleres prenatales, pero si le ponemos "talleres prenatales" la gente no va a venir porque ese nombre es llamativo; entonces yo les dije "chiquillas, vamos a hacer la misma cosa, pero pongámosle baby shower educativo, y se acabó el problema. Y la verdad de las cosas que fue súper masivo, de verdad que fue un día que salimos hasta en el diario porque hicimos nuestro primer baby shower educativo con un juego y después venía la trabajadora social hablando de los derechos en salud y los derechos de los niños, la población migrante; después venía la matrona hablando todo lo que es el parto, la placenta, la lactancia; y después venía la kine que hacía unos ejercicios pélvicos para la embarazada y qué sé yo; entonces éramos 3 profesionales. Y en su momento fue necesario tener un cuidador de niños, porque todas las mamitas llegaban con niños, entonces después de un tiempo le pedimos apoyo a la educadora para que nos ayudara con la salita, (...). Fue muy bueno, se llenó mucho el comedor en ese momento. (...) Hicimos una convocatoria y nunca imaginamos que iban a llegar muchas usuarias, y la mayoría eran migrantes en verdad, así que fue una buena instancia promocional, fue muy buena. RIS3

Además de los líderes migrantes, intervenciones específicas son mencionadas como iniciativas que facilitaron el acceso al sistema, gracias a la capacidad de dar información, establecer confianzas y proveer de conocimiento mutuo entre equipos y comunidad migrante usuaria. Una de estas intervenciones fueron los "baby shower educativos" que fueron organizados por un CESFAM para las gestantes:

Estos talleres, que partieron como una iniciativa centrada en gestantes, se extendieron a otros temas y prestaciones, pero se discontinuaron en el tiempo a partir de la pandemia:

Y eso se empezó a hacer mensual porque a Dirección le gustó bastante, nos dijeron "me gustó mucho, háganlo mensual". (...) Le dimos mucho con las gestantes y después empezamos a hacer conversatorios para incluir más visiones, entonces hacíamos conversatorios de migrantes, pero era solo migrantes. Fue como 2 veces no más que hicimos eso, y ahí invitamos a adolescentes... Y ahí hacíamos un conversatorio con un tecito. Después también otros talleres de Chaga, o de TBC, también invitamos a la población migrantes, hicimos también de Trata de Personas. RIS3.

Por último, los entrevistados reconocen la importancia de las intervenciones comunitarias en ferias, plazas o a la entrada de las tomas, para llegar a población que no tiene acceso a los centros de salud y que de otra manera no se informaría sobre su derecho a salud, independiente de su situación migratoria. Para ello los profesionales desarrollan estrategias como folletería, organización de números whatsapp para comunicación directa en búsqueda de información, etc. Algunas de estos operativos se centran también en acciones para NNA, con control de enfermera y derivación al programa de Control de Niño Sano:

También hacemos operativos de salud preventivos para la población donde va un equipo conformado por enfermera, médico, la trabajadora social. También se hacen exámenes como el EMPA, el EMPAM, TBC, hicimos hoy una charla de Chagas- [...]. Entonces ahí se trabaja en la educación y entrega de información. Hacemos que se tomen el tema del PAP, los Test rápidos- [...] Entonces tratamos de llevar las prestaciones hacia la población, entonces así ellos van conociendo un poquito más, y cuando ya llegan al CESFAM ya tienen claro a qué prestaciones pueden acudir, qué les corresponde, y todo.

- ¿Y en estos operativos hay prestaciones enfocadas en NNA?

Enfermera para hacer una evaluación y ella lo deriva: "por edad le corresponde tal control", más que nada una educación para que sepan que les corresponde nutricionista, si encuentra que está bajo peso lo deriva directo. RIS1

Las ferias, terminales de buses y radios también son espacios que los equipos identifican como clave:

siempre se han hecho operativos, salir a terreno, ir a lo que se llama el Terminal Agropecuario [El Agro], que hay mucha población migrante, llevamos la información creamos trípticos como este que dice que todos los niños y niñas tienen derecho de atenciones de salud, etc. (...) nos invitan a ferias, a radios, somos muy famosas RIS2.

Por último, la organización de un número whatsapp para centralizar información es considerada también una iniciativa que facilitó el contacto con los usuarios, gracias a la inmediatez de la información y la posibilidad de evitar los desplazamientos asociados a la atención presencial:

Otra que ha funcionado es entregar un número de WhatsApp que manejo para que puedan hacer consultas de lo que sea. Siempre me preguntan ¿cómo puedo ir al CESFAM para que me den una hora? Y ahí uno les explica para tener la hora, hay que inscribirse, si no está en inscrito sacar el NIP. Entonces ahí se hace una educación por una vía informal, peor igual es una forma de orientar a la gente para que puedan conocer cómo acceder. RIS1

RESUMEN

RESUMEN DE BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN, REGIÓN DE TARAPACÁ

BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD I REGIÓN DE TARAPACÁ		
	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
PROXIMAL	Falta de conocimiento y comprensión del funcionamiento del sistema de salud	Diferencias justificadas por la cultura: idea que ciertas nacionalidades posean más competencias que otras en materia de cuidado de la salud de NNA
	Desconocimiento sobre el derecho a acceso a salud	Analfabetismo y bajo capital social de colectivos específicos p.e cuidadoras bolivianas
	Miedo a ser denunciados/ desconfianza de los servicios de salud	Confirmación de la presencia de miedo y relaciones de desconfianza entre comunidad migrante y servicios de salud, como parte del Estado.
	Uso de urgencias y el sistema hospitalario como referencia de atención de salud	Percepción de falta de enfoque de deberes por parte de la población migrante, es concebida como una población demandante y problemática
DEL SISTEMA DE SALUD	Dificultades en la afiliación/ obtención de NIP	Falta de documentación por parte de la población migrante y dificultades para registro
	Costos discrecionales	Dificultad de contactabilidad por la alta movilidad de la población migrante
	Maltratos como factor de disuasión del uso de servicios y confirmación de “no derecho”	Demores en la emisión de NIP y reparos en la instalación de la nueva normativa de acceso a salud
	Barreras discrecionales y difusión de información errónea	Criterios de admisión no unificados entre servicios. Servicios que (des)favorecen la inscripción
	Dificultad para diferenciar credibilidad de agentes de salud	Déficit de recursos humanos e infraestructura
ESTRUCTURAL	Contexto de criminalización de la migración irregular	Condiciones de trabajo son reconocidas como barrera de acceso por la incompatibilidad horaria con servicios de salud y costos asociados a desplazamientos
	Impacto de las expulsiones colectivas sobre la percepción del derecho a la salud.	Vida en campamentos y temas asociados a habitabilidad y acceso a vivienda son reconocidos como determinantes sociales y barrera de acceso a servicios de salud por disponibilidad.

RESUMEN DE FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN, REGION DE TARAPACÁ.

	FACILITADORES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD I REGIÓN DE TARAPACÁ	
	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
PROXIMAL	Redes de familiares y amigos, confianza y capital social se traspasa entre redes informales	Capacitación y sensibilización “personal” de los equipos de salud encargados del trato a salud migrante
	Estrategias de preparación de la reunificación familiar: información en sitios web, oficinas en Chile y embajadas. Posibilidad de llegar más informados a Chile sobre el derecho a la salud.	Coordinación con programa PESPI para el abordaje de población migrante e indígena (familias bolivianas)
DEL SISTEMA DE SALUD	Duplas Socio-Sanitarias y personal de salud como facilitadores de acceso y flujo de información	Intervenciones comunitarias: reactivar y fortalecer iniciativas previamente desarrolladas (coordinación con líderes migrantes, “baby showe educativos”, etc.)
	ONG’s y ayuda humanitaria articulada con el sector salud. Reciben información sobre acceso y asistencia médica de primera instancia. Importancia de los servicios de salud en dispositivos humanitarios.	Operativos comunitarios en campamentos: fortalecer relaciones con organizaciones comunitarias en campamentos para mejorar afiliación y conocimiento del sistema de salud.
		Mejoramiento en el sistema de registro: dudas respecto a nuevo procedimiento de afiliación a FONASA
		Coordinación con Teletón, hospitales pediátricos y otras especialidades pediátricas.
		Fortalecimiento Programa PESPI y transferencia de experiencias a programa de salud migrante.
ES TR UC TU RA	Acciones intersectoriales: coordinación entre sector	Fortalecimiento integración de trabajo intersectorial y regional

	educación y salud. Fortalecer acción preventiva en jardines infantiles, escuelas y escuelas para adultos.	con ONG's, activismo de la sociedad civil y ayuda humanitaria. Rearticulación de la mesa regional de salud migrante.
	Acceso a regularización migratoria y acceso a escolarización de NNA.	

OBJETIVO 4

Problematizar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, profesionales, funcionarios y en los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en la región de Tarapacá

Contextualización

Con el objetivo de problematizar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, es preciso contextualizar teóricamente ambos conceptos, que serán utilizados a lo largo del análisis siguiente. Como es sabido desde la salud pública, la equidad en salud apunta a que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y que nadie esté en desventaja para alcanzarlo (Álvarez et al., 2007). Lograr equidad en el acceso y atención significa que todas las personas acceden a los servicios de salud y sociales acorde a sus necesidades, independiente de su capacidad de pago (Vega et al., 2005). Como mencionamos antes, el acceso y atención están sujetos a facilitadores y barreras que determinan la capacidad de cobertura efectiva de los servicios de salud. Sin embargo, acceso y atención no dependen solo de la disponibilidad de los servicios, sino que dependen de una serie de factores que diversa literatura del campo de la salud ha discutido ampliamente a partir de los años 70, llegando al consenso según el cual el acceso a la atención de salud sería el resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda (Frenz & Vega, 2010). Sin poder detenernos en esta discusión, en el siguiente apartado referido al objetivo 4, nos basaremos en el modelo de Tanahashi (1978) en el que se identifican 4 etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva: 1) disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicios, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información; 2) accesibilidad asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad y existencia, tiempo de transporte y accesibilidad organizativa relacionada con requisitos administrativos para la atención; 3) aceptabilidad de los servicios entendida como la percepción de las prestaciones, influenciadas por factores socioculturales, creencias, normas, valores, trato y privacidad; y 4) el contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y la calidad de la atención que se traducen, en fin, en cobertura efectiva. De estos 4 elementos, accesibilidad y aceptabilidad, entendida también como pertinencia cultural, son dimensiones que aparecen como factores críticos cuando nos focalizamos en poblaciones específicas como la de migrantes internacionales (Urrutia et al., 2022). La literatura nacional ha reportado barreras relacionadas a la

aceptabilidad de los programas de salud tanto desde la percepción de usuarios migrantes, como lo son la diferencia idiomática, el trato durante la atención, percepción de discriminación y comprensión del funcionamiento del sistema de salud (Cabieses et al., 2017). Por otro lado, los profesionales de salud también han reportado no sentirse preparados para poder responder a las necesidades de esta población y reconocen necesitar de herramientas para poder entregar una atención culturalmente competente (Bernal et al., 2017). A continuación, analizaremos cómo actúan estos factores en la atención y uso de servicios y programas de salud en general y luego específicamente por cada programa, en la opinión de los cuidadores de NNA migrantes.

3.3.1. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DE LAS FAMILIAS DE I REGION IQUIQUE

- *Aceptabilidad y pertinencia cultural en servicios en general*

En términos generales existe una valoración positiva de las prestaciones de salud en Chile si comparan con el país de origen, sobretodo de parte de entrevistadas peruanas y bolivianas:

allá en Bolivia, no pues todo es dinero. Sí, si hay dinero te lo atienden bien, te lo tratan bien y si no hay, no tampoco. Entonces, prefiero quedarme aquí, hasta que se recupere. Porque claro, la escuela también aquí. Y aquí me he dado cuenta, que aquí cuando sales del colegio y ya sales con una profesión técnica. RIF3

las

allá es diferente totalmente. Allá llega por ejemplo, llega un gringo y lo atienden. Un gringo le decimos nosotros a los estadounidenses. Un migrante o un gringo, o un chino, lo que sea llega y los atienden. El problema de allá es el robo, que hay mucho robo entre gobierno y todo eso, que nunca habían medicinas, nunca habían medicinas, pero atención no, allá le dan atención a todos RIF5

Sin embargo, esta valoración positiva es problematizada por entrevistadas, principalmente venezolanas, que han sufrido dificultades en el acceso a salud, quienes comparando con su sistema de salud destacan que:

También existen reticencias respecto a la calidad de los servicios ofrecidos, en parte, por la diferencia de funcionamiento entre los sistemas de salud de origen y el sistema chileno. El uso de las urgencias, por ejemplo, es emblemático en este sentido, espacios que son percibidos como de baja calidad por la poca importancia que dan a episodios como cuadros febriles de los niños. Una entrevistada, que no ha tenido acceso a inscripción en el sistema de salud, relata de esta manera su percepción de la calidad de los servicios de urgencia donde se dirigió en una ocasión con su hijo:

Lo llevé a la urgencia porque le dio fiebre alta y no, nada más le revisaron, le dieron acetaminofeno y me mandaron a ponerle pañitos húmedos y ya. Pero ¡eso lo hubiera hecho en mi casa!, o sea yo quería como que, por ejemplo, allá en Venezuela, te mandan de una vez a hacer exámenes, eh "necesito estos exámenes para ver que

tiene" y uno le lleva los resultados, "ah no, está bien en esto, está bien". Los exámenes sí te los mandan a hacer privados y, pero te dan la orden y tú más o menos sabes por dónde van a empezar a revisarlo. O van descartando que tiene o qué no puede tener, o qué puede ocasionar la fiebre. Aquí no, nada más me mandan a bajarle la fiebre con pañitos, le dieron agua caliente, le dieron acetaminofeno ahí mismo y para la casa, eso fue muy malo RIF1

La percepción de baja calidad también es medida por el tiempo que los equipos de salud dedican a la atención de los pacientes, el que en urgencias es considerado demasiado breve en especial si se compara con los extensos tiempos de espera previos a la atención. En el caso de esta entrevistada ella se dirige con los niños al hospital buscando atención debido al mal estado de salud con que llegan luego de los días caminando desde Bolivia para ingresar a Chile.

Nosotros llegamos enfermísimos y justamente fuimos al hospital (...). Revisaron a los niños y nos revisaron a nosotros (...). A mí me pareció que a los niños los revisaron como muy rápido. No fue algo que, yo le dije que habían presentado fiebre, que habían presentado malestar general, que tenían mucha tos, eso no le hicieron como exámenes, nada, ta, tan, tan, me revisaron la como síntoma, los oídos, la boca, "no señora, esto no es nada, estaminofen cada seis horas", o sea no. Mire, ni siquiera me lo pesaron, nada. Yo fui la que le dije "mire doctor, lo que pasa es que nosotros venimos de un frío muy intenso" y me dijo, si, si, y ya chao, el próximo. RIF4

La falta de aceptabilidad de estas prestaciones se relaciona en buena medida con las diferencias existentes entre sistemas de salud. De hecho, en varias ocasiones emerge la idea que el hospital es el centro de salud al que las familias prefieren referirse en primera instancia y por cualquier atención, independiente de su nivel de urgencia. En lo que refiere a los niños, la búsqueda de pediatras, de vacunación y de servicios de promoción y prevención como los que aparecen en la cita anterior, se dirige hacia centros de salud de nivel secundario y terciarios, produciendo conflicto con equipos de salud que, sobrecargados de trabajo, tampoco proporcionan orientación sobre dónde dirigirse para

atenciones de este tipo, generando malestar tanto entre usuarios como prestadores de servicios. El caso de una entrevistada que busca pediatra para sus hijos es representativo de esta situación:

allá en Venezuela hay pediatras que atienden a los niños. En los hospitales públicos tú vas, los pesas, o sea entras a la zona de vacunas y la zona de vacunas son pediatras pues, entonces que, si lo pesan, le dan esto "tal vacuna le toca hoy", "sí, parte para allá" y el mismo pediatra como que "ah, está bajo de peso, dale esta vitamina", por eso llegando acá lo primero fue buscarle pediatra en el hospital (de Alto Hospicio), pero no me han llamado (...) por eso yo digo aquí la prioridad deberían ser los niños, pero no es así" RIF1

La situación se vuelve aún más complicada toda vez que las personas establecen circuitos de alta movilidad entre comunas de residencia y trabajo, donde existen hospitales y centros de salud de distinta complejidad, tal como es el caso de Iquique y Alto Hospicio. La noción de "Hospital Familiar", de servicios de urgencia (SAPU), de APS, CESFAM, CESCOF, COSAM, FONASA, RUT, IPE, etc. muchas veces confunde a las personas que terminan por tomar decisiones centradas en la cultura médica de su país de origen, que las orienta principalmente a la búsqueda de atención en hospitales. El relato de una mujer con una gestación avanzada retrata estas dificultades:

"En el Videla no me atendieron, me dijeron no ha venido la matrona, toda la semana, Pero y de ahí me puse a llorar, no porque yo quería que me atendieran esa misma semana, yo tenía 44 años, mi primer hijo, ya faltaba poco. Quería ver cómo está mi hijo, todo eso, pero no me quisieron atender. Entonces, mi esposo que trabaja por aquí, me cambió aquí al hospital, aquí ve ahí si me atendieron bien, el parto atendieron bien. (...) Pero ya después cuando nació ya no me atendieron. Ya no me atendieron, dijeron que tenía que ir a ...

-Ah CESFAM?

- Eso, ¿así se llama?, al Videla, donde no me habían atendido. Entonces, ya no me controlé. No sé por qué en hospital no quieren atender" RIF3

Como se ve, las dificultades de orientación, información y comprensión del sistema sanitario, sumadas a las barreras antes descritas, se traducen en la percepción de tratos discriminatorios, de baja calidad, en la que los equipos no *desean* atender a las personas por falta de voluntad o interés, percepción que contrasta con la mirada de los equipos de

salud que se encuentran frente a una población desinformada, que demanda servicios en espacios que no corresponden.

- ***Atención de embarazo, parto y puerperio***

La atención de embarazo parto y puerperio representa un aspecto clave de la atención de salud de las mujeres migrantes, puesto que como sabemos, el EPP es la principal causa de egreso hospitalario de las mujeres migrantes, población que se caracteriza en los diversos colectivos, por estar en su mayoría en edad productiva y reproductiva (Oyarte, et al., 2017, Guerra & Ríos, 2017). De nuestras entrevistadas en la primera región 3 tuvieron embarazos y/o partos en Chile, por lo que concentraremos los resultados en sus relatos. Como se mencionó anteriormente uno de los aspectos críticos de la atención de EPP se relaciona con el temor de acercarse a los servicios de salud, debido a la condición irregular en la que se inicia la gestación, tal como mencionó la entrevistada anteriormente citada RIF7, quien prefirió ir a atender su parto en Bolivia para evitar los supuestos problemas que implicaría el control y la atención en Chile. En el caso de las entrevistadas que tuvieron acceso a atención durante la gestación, la información sobre su derecho a salud llega principalmente mediante amigas y redes informales.

Cuando vine me inscribió aquí una amiga que tenía de Bolivia también, aquí nos conocimos. Entonces, me dijeron hay gratis la este el hospital, no te van a cobrar. Entonces, me inscribí a Fonasa, pero ya después de inscribirme nunca me llamaron, (...) solo me inscribí y ya no, no vine. Porque no estaba enferma, no nada.
RIF3

La falta de atención en experiencias previas también se transforma en una barrera al momento de acceder a atención por EPP, tal como sucede con la siguiente entrevistada que se dirige en primera instancia al sector privado:

Me hice un examen en un laboratorio así particular en El Arauco. Me hice ahí y de ahí me dijeron que estaba embarazada porque igual tenía como una infección yo dije, una infección urinaria y como que me daba ganas de ir al baño y así. Un día me pasé sentada en la tasa queriendo hacer pipi, pero nunca fui. Y después de eso ya ahí me fui a un laboratorio particular, porque como ya había tenido esa experiencia cuando no me atendieron, entonces dije no me van a atender, entonces me voy a un particular. Me fui a un particular y ahí me dijeron que estaba embarazada y vine con ese papel, de que me quería atender. Y ahí me atendieron. (Fui) al consultorio Aguirre, me atendieron porque estaba embarazada. RIF6

Ya sea por falta de información, tardanza en la generación del RUT provisorio o por dificultades de comprender el funcionamiento del sistema, una de las entrevistadas luego de la inscripción (solicitud de RUT provisorio) espera un tiempo para que la llamen, pero en el intertanto se preocupa por la ausencia de menstruación que se prolonga por varios meses:

yo pensé que tenía bichos en el estómago porque yo ya no tenía mi regla mensual. Yo pensé que ya había pasado mi menopausia, no tenía regla mensual, no tenía nada, así que no sabía que estaba embarazada de mi bebe. RIF3

Frente a la imposibilidad de recibir atención (o ser llamada por) los servicios públicos, la entrevistada se dirige hacia el sector privado donde realiza una consulta con médico general, quien le indica que está embarazada:

Me enteré, me dijo: "no, no tienes bichos, tienes cordón umbilical aquí, estás embarazada". Me puse muy mal pregunté, me hicieron una ecografía y entonces estaba aquí, estaba bien. Eso pensamos que estaba bien, sanito. (...) Pero a un principio cuando me dijeron: "estás embarazada" no sé, me puse a llorar, no paraba de llorar porque pensé que como ya estoy mayor iba a tener síndrome de down o algo, o con alguna mal formación iba a venir, o con un retraso, no sé, eso me puse a llorar. Y cuando me dijeron que estaba bien, ya pues me puse feliz. RIF3

En base a su última menstruación y a la ecografía que le hacen en la atención privada, se calcula que la fecha de parto se acerca a pesar de que, en su opinión como madre primeriza, no habían síntomas ni sentía movimientos en el bebé:

Este es mi primer hijo, sí no tengo hijos y ni idea pues que estaba embarazada. Pero yo pensé que eran lombrices que tenía, tampoco me creció el estómago, no tuve ningún signo de embarazo, no tuve mareo, vómito. Cuando me enteré ya, supongo que ya tenía los ocho meses, sí o siete meses. Pero ellos dijeron que nació un poco prematuro. Pero yo me enteré y un mes y medio más después nació. Y no era grande mi barriga, era chiquito, pequeñito así, entonces por esa razón también me equivoqué, pensé que eran lombrices lo que tenía. RIF3

En el servicio privado no recibe más información respecto a los procedimientos para acceder a los servicios públicos, por lo que vuelve a dirigirse al consultorio Videla (en Iquique) y al Hospital de Alto Hospicio. Esta itinerancia entre servicios de salud es también significativa respecto a las dificultades de orientación que tienen las personas respecto a los servicios que les corresponden por su sector de residencia y las estrategias que usan para buscar alternativas de atención entre los servicios que parece tener más aceptación de la población migrante y/o que se encuentran cercanos a sus zonas de trabajo o

trayectorias de movilidad cotidiana. En el caso de esta mujer, luego de la atención privada vuelve a ser difícil el acceso al sistema público

donde (el CESFAM) Videla no, para ser sincera no me atendieron. Venía y me decían que no ha venido la matrona la primera vez que me entero que estaba embarazada, me dijeron para tal día a las siete y media, a las ocho siete, a las ocho menos cuarto me dijo. Entonces estuve ahí y me dijeron que la matrona no había venido, que podía ir otro día. Y me citaron para unos dos semanas después. Pero y de ahí me puse a llorar, no porque yo quería que me atendieran esa misma semana. Y para ver cómo está mi hijo, todo eso, pero no me quisieron atender. Entonces, mi esposo me cambió aquí al hospital, aquí ve ahí si me atendieron bien. RIF3

:

Una vez que se logra el acceso, en el Hospital declaran que su embarazo es de alto riesgo:

Sí, como ya estaba embarazada ahí me dijeron: "tienes un embarazo de alto riesgo, no puedes ir a ningún lado". Entonces, me dieron unos papeles aquí de embarazo de alto riesgo donde no podía ir a ninguna parte más, entonces por esa razón nos fuimos a las tomas, porque sabíamos que hasta que nazca él bebe no íbamos a poder ir a Bolivia y tampoco él no más se tenía que trabajar. Y por esa razón nos quedamos aquí. RIF3

A la información sobre que se trate de un embarazo de alto riesgo no se agregan más datos que permitan comprender el estado en el que viene el niño, por lo que el mes y medio que transcurre entre el control y el parto, la mujer lo vive con relativa tranquilidad, preocupada de encontrar un terreno donde trasladarse desde la habitación donde viven

con su pareja, para evitar problemas con los dueños y vecinos del inmueble. La alternativa que encuentran es trasladarse a una toma de Alto Hospicio, donde construyen con material ligero, una mediagua para esperar al niño. Una vez que el parto da inicio, los riesgos se revelan en un diagnóstico específico que la pareja comprende con muchas dificultades, debido a lo extenuante del proceso y a la falta de información con la que cuentan.

Cuando era su fecha el niño no pudo nacer, no pudo nacer, he estado un día casi casi un día y dos noches con las contracciones. , (...) he estado casi dos días en agonía, con trabajo de parto porque me dijeron por inducción va a nacer tu hijo. Y le pregunté si voy a poder hacer nacer y me dijeron que sí, que sí va a poder nacer y si no inmediatamente te vamos a llevar a cirugía, me dijeron. (...) mire casi dos días y dos noches me puse muy mal. Me dolía y eso parecía que no les importaba. He sufrido harto (...). No podía nacer y como había comido no me llevaron ese rato a cirugía. Y cuando tenían que en cirugía igual, cuando tenía que nacer, me han vuelto a poner este dos veces epidural me pusieron en la espalda. Y cuando ya me salí del hospital y mi hijo estaba internado porque dijeron que nació con ano perforado, después de un mes, no, dos semanas no pude caminar. Me paralizó los pies, no sé qué pasó. Me dijeron que era ese epidural que me habían puesto, pero no sé qué pasó. RIF3

A la experiencia traumática del nacimiento, que al parecer se desarrolla tras varias horas de trabajo de parto, se suma un diagnóstico que implica dejar al niño internado y sin contacto con la madre, quien declara haberlo conocido algún tiempo después del parto:

En realidad, estaba más emocionada en conocer a mi hijo. Me vine de mi casa, estaba más emocionada, esa noche no pude dormir porque quería conocer a mi hijo, no sabía quería ver su carita por primera vez, estaba muy emocionada pero no entendía por qué lo habían dejado internado. RIF3

Esta historia resulta emblemática respecto a los problemas de accesibilidad y pertinencia cultural que se pueden poner en juego en ámbitos esenciales de la atención de salud como es el EPP. En ella se enlazan aspectos culturales como los recientemente relevados respecto a la baja medicalización del embarazo y parto que existe en países fronterizos como Perú y Bolivia, especialmente en las poblaciones rurales de las que provienen parte de los migrantes que se asientan en zonas rurales del norte de nuestro país. A estos aspectos se suman condiciones asociadas a la desinformación respecto al funcionamiento del sistema de salud pública que, en el caso analizado, se traduce en dificultades para realizar los controles ecográficos pertinentes para el embarazo de una mujer de 45 años, para articular la red de atención entre atención primaria, secundaria y sector privado por el que navega incesantemente la usuaria, así como para garantizar el derecho a una atención del parto informada y tutelada bajo los criterios que establece la protección social integral que rige en Chile.

• *Control de niño sano*

De las participantes que han tenido acceso a salud, uno de los programas más valorados y conocidos es el control de niño sano, control que se conoce por este nombre y que a menudo se asocia con el Programa Chile Crece Contigo. En el caso de una entrevistada que atendió su embarazo en Chile si bien relata muchos problemas para acceder a las primeras atenciones de embarazo, una vez que da a luz en el hospital, recibe toda la orientación sobre el cuidado del recién nacido durante los primeros días y luego a lo largo de los primeros meses a partir de controles mensuales:

Era como para, alguien que quiere saber así amamantar, una matrona. Ella vino y nos indicó como se hacía, como era darle pecho, cambiarla, cuando no toma la leche hay que sacar los chanchitos, qué estimulación hacerla. Esas cosas nos indicaron ahí. Como, por ejemplo, el cambio de pañal yo no sabía y ahí vino una que nos atiende y ya y me indicó como cambiarle el pañal, como agarrarlo. Ella me indicó, porque igual ella no lactaba mucho el pecho, me costaba darle y así como me hizo un seguimiento de cómo le estaba dando el pecho, además ella nació bien flaquita, nació con dos kilos y medio y tenía que darle hartísimo pecho, las indicaciones de qué debo comer para producir más leche. Era uno a uno, fue muy bueno. RIF3

Igualmente, existen ciertas dudas que hablan de aceptabilidad de la prestación en tanto se considera innecesaria porque los niños no han estado enfermos, situación que habla de paradigmas distintos de salud, uno centrado en el manejo de la enfermedad y otro centrado en aspectos de promoción y prevención:

-Ha escuchado hablar del control de niño sano?

- Los he escuchado, pero nunca he ido

¿Por qué no ha ido?

-No, no y creo que es porque no he tenido así como una enfermedad grave, que necesite eso. RIF1

Por el contrario, quienes no han accedido a atención de salud desconocen la existencia de estos programas. Al explicarles de qué se trata hacen analogías con programas similares en país de origen y de tránsito, como esta entrevistada que indica que estuvo en control en un programa similar en Colombia, pero que no ha podido acceder al control en Chile:

Mi hijo y yo somos asmáticos entonces, por ahí viene la cosa también que ellos también heredaron eso. (...). Yo a (nombre del niño) lo atendía y a (nombre de la hija) en Crecimiento y Desarrollo. Allá lo llaman Crecimiento y Desarrollo para saber la evolución del niño, sí allá sí. Pero aquí no, no, no señora. Sí, porque como no he tenido un control, no sé. No sé si existe algo así aquí. RIF4

• ***Nutrición y acceso a leche***

La nutrición es uno de los aspectos clave de la mantención de las condiciones de salud de NNA y de sus familias. En los relatos recogidos en la región de Iquique los relatos en torno a alimentación registran que la seguridad alimentaria es uno de los factores que se identifican entre los motivos para migrar, especialmente en el caso de familias venezolanas.

Carecimos de, bueno en ese tiempo sufrimos de hambre, eso sí, entonces ya cuando se llega a ese punto uno decide migrar, aunque sea así con los niños a cuesta. RIF8

La búsqueda de alimentación segura es, por lo tanto, uno de los motivos para migrar de núcleos que contienen NNA, sobretodo en el caso en que la búsqueda es inmediata y urgente, lo que explica la decisión de viajar con los niños en lugar de dejarlos en los

lugares de origen para buscar una posterior reunificación. La nutrición es también mencionada entre los principales apuros que viven las familias en tránsito, tanto por las

En el viaje, igual, no nos alimentábamos bien y yo veía que mis hijos estaban, así como flacos, entonces yo quería que como que un pediatra los viera, porque comieron mal y hasta ahora cuesta que coman. RIF1

dificultades para obtener alimentos nutritivos en el camino, como por el malestar físico que a menudo sufren los niños en desplazamientos largos, en buses, por tramos secundarios y/o caminando.

Una de las preocupaciones que se repite sobretodo en las familias recién llegadas tiene que ver con el reconocimiento que puedan existir problemas de desnutrición por déficit en los niños, tanto por condiciones de origen (falta de alimentos), por las condiciones del trayecto, por aspectos emocionales vinculados a la alimentación o por falta de adaptación a la alimentación que reciben en Chile:

Porque a veces no come, yo sé que él es de tez flaca porque el papá es flaco, pero igual a veces me dicen está muy, muy flaco. Entonces, es como que él a veces no tiene apetito. Mi hija sí se come hasta el mundo si se lo dejan solo. Pero mi hijo está, así como de poco comer y me dicen ah, métele esto, métele aquello y entonces a mí me da miedo. RIF1

A mi hijo del apetito, eso sí me tiene mal. Incluso yo con él he sido más ahí, ahí, ahí porque él se me ha enfermado mucho, incluso en Venezuela estuvo hospitalizado de infección de orina me le dio y esas cosas. Ahora no, porque ahora ya toma a cada rato agua y ahora como que no le he visto como que algo raro en la orina, pero en el apetito sí (...), no come las verduras y esas cosas, no dice "ay, no quiero esto". Le saca todas las verduras y todo eso y come poquito, si es pollo con papas fritas ahí sí, pero si es así que le de verduras, no. No sé qué será que está así, con poco apetito, si es porque está nervioso o algo, no sé. RIF1

Referido a lo mismo, entre quienes tuvieron hijos en Chile aparecen relatos respecto a los distintos patrones de crianza que enfrentan las familias migrantes y a la incertidumbre que se genera en torno a las pautas de alimentación de los niños en periodo de introducción de alimentos sólidos. En el caso de esta entrevistada, relata cómo “negocia” sus elecciones en torno a lo que le aconsejan sus familiares en el país de origen y lo que le indican en el consultorio referido a su alimentación durante el embarazo:

Respecto a la alimentación, no te podría decir porque era muy distinto (...) como te digo, por ejemplo, en un papelito nos dieron qué debíamos comer, pero siempre hay costumbres así que te dicen que no que al bebe le va a hacer mal y por eso razón yo solo comía sopa blanca. Dos meses comí así. De dónde yo vengo y así costumbres que al bebe le hace mal el poroto, pero en el hospital era normal po, era normal comer los porotos, decían que comiera no más. Yo no, yo solo comía sopas blancas. O sea nunca he seguido esas instrucciones que me han dado, pero sí al momento de amamantar todas esas indicaciones que me dieron por el hecho de que suba de peso, sí lo hice así tal como me dijeron. SFR6

• ***Vacunaciones***

Las prestaciones referidas al Plan Nacional de Inmunizaciones (desde ahora PNI) son uno de los servicios más valorados y que menos barreras presentan entre las entrevistadas, principalmente gracias a la articulación que existe con los servicios escolares. Si bien no aparecen discursos antivacunas ni resistencia a la adherencia a los programas entre las entrevistadas, sí reemergen las diferencias entre la organización de los servicios de salud en país de origen y país de llegada respecto a la búsqueda de vacunación:

No he ido a preguntar sobre las vacunas. No sé si será por ahí mismo por el hospital o cómo lo hacen... Es que, o sea bueno no sé aquí, pero en Venezuela hay como que consultorios donde son sólo para vacunas. Entonces, es como que las vacunas, por ejemplo, a mi hija le toca la vacuna de cuatro años, la de cinco, a mi hijo ahorita le toca la de siete, uno los lleva y los vacuna. Son como que refuerzos que allá le ponen y no sé aquí no lo hacen eso. RIF1

A esta dificultad de orientarse respecto a los modos de organizar la vacunación se suma el hecho que en muchos de los casos de familias recién llegadas ésta se realizó en otros países y existen dificultades para comprobar los registros de dosis y las vacunas que faltan.

Este registro y seguimiento también se complica en la articulación con los colegios puesto que muchas veces las familias no cuentan con la información suficiente para saber qué vacunas recibieron sus hijos, ya que las comunicaciones son escuetas y muchas veces no se refuerzan en la articulación entre servicios de salud, educadores y familia:

El primer año que mi hijo entró (al colegio) fueron a ponerle la vacuna, pero fue porque estaba eso de la pandemia y era como que de esas vacunas (vacuna del COVID). Pero no se las puse porque a mi hijo ya le había puesto las vacunas en Ecuador. Entonces mi hijo dijo "no, ya no quiero". Igual yo ya sabía que yo se las había puesto, así que no lo obligué a ponerse de nuevo.

-¿Usted pudo viajar con carnet de vacunas o algún registro?

- Ese (el carnet de vacunas) ese se me perdió. Entonces, yo fui a Venezuela (desde Ecuador) y saqué uno, pero (...) allá en Venezuela no tienen nada, no tienen ni copia, ni de las vacunas de cuando nació, nada, nada, nada de eso y cuando lo pedí me dieron uno vacío pues. Y me dijeron este que se lo llene cuando, o sea a los siete años al niño le toca, mi hijo cumple los siete en junio a él le toca ahora la vacuna de los siete años, entonces en el hospital que se la pongan que le firmen y le sellen, porque no me pudieron sellar allá porque se me había perdido. El de mi hija si lo tengo, pero igual a mi hija desde que llegué aquí no le he puesto ni una vacuna tampoco. RIF1

De hecho, en la sección de preguntas dedicadas a la vacunación, las personas conocían principalmente el estado de las vacunaciones COVID para niños, pero no entraban en más detalles sobre otras vacunas del PNI, siendo la vacuna de la influenza la única otra vacuna de la que han escuchado hablar:

Sí, él tenía que llevar (al colegio) su carta de vacunación que traía de Ecuador y con eso le pusieron dos dosis que le faltaban aquí. De la vacuna contra el COVID ese, solo eso, de otras más no he escuchado. RIF2

Algunas familias, establecidas hace más tiempo y con una relación más estrecha con las escuelas mencionan la vacuna de la influenza, pero no conocen otras vacunas ni reciben más información sobre el proceso de vacunación, sin saber al momento de la entrevista si los niños han sido o no vacunados.

Sí, por lo menos en el (colegio) de (nombre de la hija), ya dijeron que iban a vacunar anti influenza, ya dijeron qué y mandaron una autorización para ver si uno estaba de acuerdo o no. Ya yo la firmé y eso. (...) el profesor dijo que finales de marzo, principios de abril iban a ir a vacunar, pero la verdad no se si la han vacunado. Y en el colegio de (nombre del hijo) también me dieron una cosa que firmara porque también van a ir a vacunar y a revisarlo. Sí, pero eso sí no me han dicho cuándo van a ir ni nada. Hoy hay reunión de apoderados a las seis de la tarde, me imagino que ahí van a profundizar más que van. RIF4

• ***Urgencias***

Como se esbozó antes, el uso de urgencias por NNA migrantes está vinculado muchas veces a 1) la falta de acceso a salud en atención primaria que se puede traducir en un agravamiento de síntomas que parten con baja intensidad y 2) el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud en Chile. Estos factores motivan un uso de los servicios de urgencia que puede ser considerado innecesario por los equipos de salud, debido a que las familias acuden con dolencias de baja criticidad, esperando obtener controles preventivos en espacios de atención terciaria. Entre las entrevistadas de esta región no se registraron casos de urgencias críticas que hayan requerido hospitalización, sin embargo, existen casos preocupantes debido a que los síntomas se repiten en el tiempo, pero al no ser graves, “rebotan” en el sistema de urgencias:

Fue muy fatal porque en realidad cuando llegamos aquí, el (nombre del hijo) seguía enfermándose mucho, se desmayaba en la casa, mal. Yo me preocupé porque en Ecuador estaba bien, nunca se enfermó, nada. Y mi hermano me dijo llévalo al hospital. Lo llevé al hospital, le hicieron atención como primero como la temperatura, obviamente no tenía, en ese momento que lo llevé fue caminando, por ende es como que yo sentí que no me creyeron que el anteriormente estaba desmayándose y todas esas cosas. Y no me dieron más nada, o sea no me mandaron a hacer exámenes, nada, que se supone que debían haberlo hecho. Y de ahí hasta ahora de verdad no hemos tenido ninguna atención (...)

Otra vez, el niño se desmayó en el colegio, yo estaba trabajando así que le dije a mi hermano, llévalo al hospital, porque siempre estamos yendo al hospital, porque como que sentimos que es lo más seguro porque no conocemos mucho la información. Entonces, mi hermano lo llevó al hospital y mi hijo estaba casi que desmayado y mi hermano le estaba diciendo que lo atiendan, que el niño estaba se veía mal. Y no lo atendieron. Mi hermano se llevó al niño a la casa porque ya tenían cuatro horas ahí, mi hermano se fue, porque estaba super enojado (...).RIF2

• *Salud de adolescentes*

Respecto al programa de salud de adolescentes existe poco conocimiento sobre su existencia y las prestaciones que éste ofrece, aunque cabe mencionar que solo 3 entrevistadas tenían hijos/as o hermanos/as a cargo en el rango de edad 10 a 19 años. Difundir la existencia del programa resulta relevante ya que desde los testimonios de las entrevistadas, la adolescencia es un periodo particularmente difícil de abordar para quienes han migrado con jóvenes en ese rango etario. El caso de la hermana de una de las entrevistadas que se encontraba en pareja con un hombre varios años mayor es representativo de situaciones que viven los adolescentes migrantes y que han sido pocas veces problematizadas por el sector salud y educación. En este caso, la joven sale de una relación

mi hermana tiene el aparato, el DIU y se lo quiere ir a retirar pues porque le cayó mal, las hormonas y esas cosas, (...). Eso fue en Ecuador que se lo mandaron a poner porque tenía un noviecito y luego estuvo con ese hombre, si no capaz que quedara embarazada... y ya entonces se lo quiero mandar a quitar porque la tiene loca y ya no tiene novio. (En el consultorio) me dijeron que iba y o sea, tenía que ir con ella y decir que se lo quería quitar y ahí mismo se lo quitaban y ya chao, o sea no tenías que pedir cita ni nada. O sea, pa' lo de la matrona yo lo veo bien, o sea te revisan bien. RIF1

problemática con su madre a través del establecimiento de un vínculo de pareja con un hombre mayor con el que convive mientras ha desertado del sistema educativo. Esta situación se da en Ecuador, donde accede a un método anticonceptivo.

Como se ve, existe la preocupación por acceder a métodos anticonceptivos y en el caso de esta entrevistada la experiencia le ha permitido acceder a una cita para que retiren el método, pero no ha recibido más orientación sobre la existencia del programa de adolescente, que permitirían dar un soporte integral a una joven que ha vivido experiencias de convivencia, migración y deserción escolar en los últimos dos años.

Por su parte, consultadas sobre la necesidad de tener apoyo con el proceso de crecimiento de sus hijos en dicha edad, una entrevistada expresó receptividad positiva y el reconocimiento que se trata de aspectos que a veces son difíciles de manejar para los padres, que generan conflictos, más aún cuando se carece de las redes de apoyo para orientar la toma de decisiones:

Mi hijo él ha estado con cambios obviamente en su cuerpo, se siente extraño porque él lo ha dicho, que él se siente extraño. Pero, yo lo converso con él y en estos últimos dos meses sí ha estado con dolor de cabeza y cosas así, que obviamente lo asociamos a que es por eso, pero uno no puede estar asegurando porque no es doctor. Y esos son los cambios que ha tenido, todos los cambios de los niños eso sí. Que uno obviamente le gustaría tener un apoyo de alguien como que lo, porque obviamente los médicos y eso saben un poco más sobre esas cosas. Hubo un tiempo que estuvo rebelde, si como cuando el cambió llegó así, él estuvo como rebelde, pero ahorita no, está ya más tranquilo todo. RIF2

• *Salud Mental*

Los hallazgos en temas de salud mental se refieren tanto a la salud mental de los niños como de las adultas cuidadoras. De las personas entrevistadas solo una tuvo acceso a servicios de apoyo psicológico en albergue y ninguna en servicios de atención primaria ni secundaria.

En lo que se refiere a la situación de niños y niñas las entrevistadas manifiestan preocupación por lo vivido, especialmente por el recuerdo que dejan momentos críticos en el trayecto como episodios de hambre, frío y falta de techo.

Al principio siempre se notaban tristes, andaban como tristes. "Mami, ¿cuándo me vas a dar esto?, ¿cuándo me vas a dar una bicicleta?" Y a veces yo trabajaba, solo era pa' comer, porque pagar arriendo y comida para mí sola era mucho, mi esposo aún no trabajaba. "Mami, deme esto" y nunca, yo nunca tenía, eso era triste. RIF5

La preocupación también se expresa en torno a los episodios de discriminación que han vivido los niños y el modo en que van incorporando la percepción de ser rechazados e indeseados en los países en que llegan, así como de ser un problema para sus padres al momento, por ejemplo, de buscar un lugar para vivir:

Otra

Es que el migrante sufre en todos lados, porque el otro te humilla, el otro te dice: "no puedes hacer esto porque si no te echo de la casa". En Colombia es así y en Perú también lo viví. "No puedes hacer esto, no puedes hacer bulla porque si no te echo de la casa, no puedes hacer esto". Y en todas partes es así, los niños lo sienten igual (...). Por eso nos vinimos a la toma, Aquí, ellos gritan como quieran porque como es tanto desierto, tanta tierra y tanto patio que al menos nadie les dice na' por ser niños y jugar. RIF5

entrevistada expresa su preocupación por los efectos psicológicos que pueden haber tenido sobre sus hijos las experiencias durmiendo en calle y trabajando en semáforos, así como las responsabilidades que asumieron tempranamente los niños al quedar al cuidado de sus hermanos menores:

Es

No, no he hablado eso, en verdad no he hablado de eso [en el colegio]. No, si me dijeran, inmediatamente le digo que sí, yo feliz de que los vea un psicólogo a los dos. Si porque ellos se sientan atendidos y le vean algún problema que tengan, porque ha sido muy duro, también para ellos. Ellos están asimilando acá, apenas que nos está yendo mejorcito al papá y a mí. Ellos están apenas como que ay están viendo luz (...) yo quisiera que a mis hijos los viera un psicólogo, porque me preocupa que en el colegio no hablan, dice que no quiere que se note que son venezolanos. RIF5

importante recalcar que frente a estas experiencias la inclusión en distintos ámbitos aparece como uno de los factores protectores más potentes para los niños, quienes “ven la luz” cuando sienten que surgen elementos como la seguridad económica y habitacional de los padres y/o a través de la escuela vuelven a participar de una comunidad que los acoge.

Por último, cabe destacar que las necesidades de salud mental no solo pueden estar afectando a NNA sino que también a sus cuidadores, la mayor parte mujeres, que se hacen cargo responsable de todas las implicancias de un proceso migratorio muchas veces marcado por soledad, falta de redes, dificultades en el acceso a trabajo y vivienda y violencia de diversos tipos.

Bueno, luego que los metí en la escuela comenzaron, me dice "mami, nunca me dejes de llevar a la escuela", me dice. Y están contentos porque en la escuela le dieron los útiles, todo de borrador para arriba le dieron. Cuadernos, libros, bolso, todo le dieron. Y ellos feliz. RIF5

• ***Discapacidad***

El último ítem relevante en esta sección se refiere a situaciones de discapacidad. Si bien no existen registros numéricos hasta la fecha en Chile, informes recientes relevan que la discapacidad es una situación que está presente en la población migrante, tanto entre adultos como niños. Entre los hallazgos de esta región aparece el caso de una mujer peruana que tuvo a su hijo en Chile y, luego de varias dificultades, se coincidió en un diagnóstico de síndrome de west. Si bien ya se han mencionado algunos aspectos de este caso relativos al acceso, información y uso de servicios, la historia es representativa de los desafíos que presenta la

Ya no vivo con él. Me separé cuando tenía 4 meses de embarazo porque él me golpeaba y por esa razón decidí separarme y ya después no lo volví a ver. RIF6

inclusión de personas con discapacidad migrantes y la sobreposición de capas de vulnerabilidad en familias que desconocen el sistema de atención, temen acercarse a él por su condición migratoria, tienen poco acceso a educación en salud por lo que presentan dificultades para reconocer factores de riesgo y se encuentran en condiciones estructurales de precariedad económica y laboral. En este caso, el embarazo surge de una relación en la que la mujer sufrió violencia de género, motivo por el cual se separa, asumiendo sola su gestación.

Como se describió antes, este embarazo tuvo dificultades para ser controlado, por lo que el diagnóstico del problema neurológico se produce solo varios meses después del nacimiento de la niña y solo cuando la madre ha buscado incesantemente respuestas respecto al comportamiento, inusual, de su hija:

Las

Cuando ya ella nació yo me di cuenta, o sea tenía ese instinto de que algo no estaba bien con ella y por eso yo preguntaba en el hospital, pero no me decían (...) Y entonces, ya por eso cuando me vine, me dieron de alta en el hospital nunca me dijeron, tampoco fue evaluada en ese momento ella, aunque tenían que haberla visto porque tenía eso del ventrículo, ella no había crecido bien en el embarazo. (...). Yo preguntaba y me decían que sí, que ella veía, que simplemente era, lo único que me decían era que era muy flojita, porque dormía mucho. Ella se pasaba durmiendo, no más durmiendo, porque para tomar leche la tenía que despertar. Entonces me decía, yo le decía se pasa mucho durmiendo y me decían "sí, porque es muy flojita", "mucho duerme" le decían. Y así me decía eso y yo decía, bueno pero algo debe tener, me decía que no. O sea, yo sospechaba que ella no veía y fue cierto porque ella no ve. RIF6

dificultades para encontrar atención con especialistas y definir un diagnóstico tienen un impacto emocional importante en la madre quien se siente confundida, triste y frustrada por la falta de acceso a un diagnóstico y un tratamiento:

Yo cuando entré al internet y busqué hidrocefalia y bebes que le crecen la cabeza y yo, mi mundo se fue abajo, cuando incluso me dijo el doctor que la bebe no veía porque ya tenía que focalizar bien. (...)

Cuando el doctor me dijo ve con estos resultados médicos al hospital a ver si te atienden, vine con exámenes que yo había hecho particular al hospital. Igual me dijeron que no, que tenía que esperar. Me dijeron como, vine como 4 veces y me dijeron no, que tenía que esperar. Y después de eso ya yo estaba llorando porque ya sabía que lo

que le iba a pasar, como ya tenía conocimiento de algo, me di cuenta que era grave. Y después de ahí me atreví a denunciar si personas, en el hospital me dijeron me vieron llorar así, me dijeron "no, si acá nunca te van a atender" (otros usuarios) y ahí fue donde puse la denuncia. RIF6

Solo a través de la denuncia y una vez que es contactada por el centro de salud correspondiente la mujer accede a una atención especializada donde recibe el diagnóstico y es puesta a cargo de una trabajadora social que inicia el proceso de acompañamiento para integrarla a los programas de la Teletón donde ha recibido apoyo médico y emocional.

La neuróloga me derivó a la Teletón y ahí han sido bien buenos, también una trabajadora social (del consultorio) y ella está al pendiente de mi hija y de mí. Nos dieron también apoyo, para las dos. Me derivaron allá con la psicóloga en la Teletón igual, porque el doctor así cuando yo le conté al principio como estaba como era, porque te preguntan cómo está la bebe o como te sientes, si te adaptas o no y yo lloraba hartísimo. Era como que no, todavía no asimilaba de que mi hija estuviese enferma y más los gastos económicos (...). Porque igual las primeras semanas lloraba y ya después me fui acostumbrando igual, la orientación que me daba el psicólogo era muy buena. Como una conexión así, a pesar de que era hombre, era muy buena. Y así aprendí en la última sesión que hablé con él ya estaba mejor. Sigo con las sesiones y ahora solo una vez al mes. Eso cuando fue, cuando me derivaron a los cinco, seis meses si no me equivoco me derivaron. Me derivaron a distancia igual a la Teletón. Me dieron varias horas y ahí fue la atención con el psicólogo, sí me sirvió de hartito, hartito. Si como para adaptarme de cómo va a ser el proceso de mi hija, qué cambios va a tener, cómo debo aprender en el proceso de aprender, no estar así llorando. Sí, fue muy buena. RIF6

3.3.2. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD I REGION IQUIQUE

- **Control de niño Sano**

Entre los equipos de salud el control de niño sano es considerado un programa valorado por la población migrante, pero frente al cual tienen algunos problemas de adherencia, principalmente vinculado a motivos culturales:

Y control Niño Sano, (...) ahora se está dando un poco más esto por el tema de la vulneración de derechos. Que no sé si es un tema cultural que ellos traen a los niños solo cuando están enfermos, para ello no existen los controles sanos rutinarios de salud o preventivos o promocionales. RIS3

en cuanto a la población boliviana, ellos dicen "no, que yo no lo traigo porque solo lo traigo a SAPU cuando está enfermo o algo así". En cambio, nosotros acá les hacemos la educación de que acá en Chile sí se requiere del control Niño Sano, que están calendarizados pro el Ciclo Vital Infantil, que sí tenemos vacunas. RIS3

Al parecer, este enfoque de uso de los servicios solo en presencia de enfermedad y/o urgencia sería más acentuado en poblaciones específicas, como la boliviana, que es considerada más "reacia" a adoptar un enfoque de promoción y prevención en la atención de la salud de los niños.

A diferencia de la población venezolana, que una vez más, es considerada más propensa a incorporar el enfoque preventivo de nuestro modelo de salud:

En cambio, las mujeres [venezolanas] sí vienen para el Control Niño Sano, consulta ginecológica, nutricionista. Ellas están como más parecidas a nuestro sistema preventivo y promocional, las de nacionalidad venezolana. RIS3

Sin embargo, gracias a reiteradas intervenciones principalmente a través de la atención de box, los trabajadores reconocen la incorporación del enfoque preventivo y una mayor

Entonces ahora de a poquito, en este tiempo que estado desde el 2018 hasta ahora he visto un poco más de incremento en esto, se han ido adaptando a nuestro- no sé si es un tema cultural de nosotros, pero se han ido adaptando a eso. RIS3

adherencia al programa entre los usuarios migrantes que llevan más años en el país, usuarios que se irían adaptando a nuestro sistema de salud.

El control de niño sano es también considerado una prestación prioritaria para familias con menores de edad, de hecho es una de las primeras derivaciones que se efectúan una vez que se produce el primer contacto, en el que se gestiona inscripción y derivaciones. De hecho, en uno de los centros de salud incluidos en el estudio, la reserva de hora para este control se realiza a penas se realiza la inscripción, evitando que la familia deba volver al centro a pedir hora y facilitando así su adherencia.

Yo creo que una de las buenas prácticas que hemos implementados en el CESFAM es lograr que una vez que se inscriban van directamente con la asistente social, y ésta a su vez genera al tiro el ingreso maternal, el ingreso al Control Niños Sano, el ingreso a las vacunas, el ingreso cardiovascular si hay alguna patología; eso lo hacemos nosotros directamente. No se hace en todos los CESFAM de la misma forma porque son las buenas prácticas que se hacen distinto, o que están generando desde distintas instancias. Nosotros para poder abordar y que no perdamos al paciente, en el sentido de que muchas veces tienen que volver a pedir la hora, nosotros tratamos de hacerlo todo cuando ingresa, darles a conocer el CESFAM y así se van con una hora agendada. RIS1

Los controles de niño sano también son priorizados como prestaciones que se dan a conocer en las charlas y operativos comunitarios, lo que demuestra también la importancia que el propio sistema de salud a la atención temprana de la salud de niños y niñas:

Lo que yo básicamente hago es hacer algún tipo de taller o educación con la población migrante para que conozcan cuáles son las prestaciones de salud de aquí del CESFAM o el recinto donde se puedan inscribir. Explicarles lo que tienen que ver con los controles- Lo más importante son el Control Niño Sano, el control de embarazo, prenatal y postnatal. RIS4

Por último, a la hora de comentar los aspectos más problemáticos de este programa con la población migrante, aparece la adherencia y la priorización, justamente vinculada con la pertinencia cultural de los programas y las barreras antes enunciadas que muchas veces dificultan la consideración de los controles como argumento para perder un día de trabajo, de escuela, etc.

a veces uno cree que es por algo cultural, pero no traen a los niños a controles, es solamente cuando están enfermos ahí sí vienen. Y de hecho aquí los controles son desde la gestación de la madre hasta que tienen 9 años; y luego viene el control adolescente que es desde los 10 a años 19. Y a pesar de que uno les digas "mire, aquí le van a entregar leche, les van a dar sus vacunas" no, dejan de venir. RIS2

• ***Embarazo, parto y puerperio***

El embarazo, parto y puerperio es reconocido por los equipos como principal motivo de consulta de la población migrante.

Mira, la mayoría llega porque está embarazada o porque tuvo un accidente. No tienen internalizado todavía que es un tema promocional o preventivo. RIS2

De hecho, las “horas de matrona” son consideradas las más escasas en los recintos de salud y por las que más existe “competencia” entre usuarias nacionales y extranjeras.

Pero existe esta tensión en el norte, entonces claro po, o sea si yo doy todas las horas, y después me quedó sin matrona, porque literal me quedo sin horas de matrona, de dentista, de nutricionista y el nacional, por ejemplo, un chileno que yo le digo, "¿sabe qué? pucha va a tener que venir la otra semana porque ya se llenaron las agendas", empieza la pelea, ¡¿Pero cómo?! ¡(...) mira esta sala de espera está llena de extranjeros, aquí y allá. RIS3

A esta tensión por el uso de horas en salud

reproductiva, se agrega el hecho que los equipos de salud perciben a las usuarias principalmente bolivianas, como estratégicas en el uso de las prestaciones chilenas, porque conocen el acceso a prestaciones gratuitas y de mejor calidad de las que ofrece su país de origen. Estas usuarias, muchas veces llegan tardíamente a controles prenatales, lo que aumenta la tensión en los propios equipos al no contar con información suficiente para cumplir los protocolos de atención:

A pesar de esta

la mayoría de las prestaciones de salud que otorgamos aquí son ingresos prenatales tardíos, pero más en la población boliviana. Por ejemplo, llegan embarazadas, pero ya casi al término, y vienen a tener a su bebé aquí en Chile, porque ellos dicen así explícitamente, verbalmente, que quieren que sus hijas sean chilenas, que aquí la atención es mejor. Eso es lo que más nosotros tenemos aquí en cuanto a solicitudes de hora, la embarazadas. RIS3

percepción de oportunismo en el uso de las prestaciones de EPP, existe conciencia sobre las condiciones en que a menudo las gestaciones son vividas por la población migrante y las dificultades que implica su cuidado:

Llegó hace poco una chica de Perú que venía a mejorar su calidad de vida, enviarle remesas a su familia en Perú, a sus hijos, y quedó embarazada aquí en Chile. Entonces ese sueño de poder aportar quedó casi en edad, porque como estaba embarazada el empleador la despidió no tenía dónde vivir, no tenía qué comer, y era como "¿qué hacemos?" y efectivamente ¿qué hacemos?, esos casos son muy complejos RIS3

Esta conciencia aumenta en el caso de mujeres que han ingresado por paso no habilitado y cuyas gestaciones fueron vividas en condiciones extremas entre desplazamientos y contextos de precariedad. Por ejemplo, en el caso de esta trabajadora que decide

especializarse en temas migratorios, a través de la investigación que debe realizar descubre.

Descubrimos que en Colombia había una investigación sobre chicas venezolanas que migraban estando embarazadas. Se llamaba Parir o morir porque me decían, chicas que aquí acá me dijeron que en su momento era o compraban el anticonceptivo o se quedaban sin comer, entonces era uno u otro, que las farmacias ni siquiera vendían preservativos. Ahí uno entiende cuál es el por qué. RIS2

Lamentablemente, esta conciencia sobre la vulnerabilidad estructural que rodea las gestaciones de mujeres migrantes, muchas veces se confronta con juicios que los mismos trabajadores reconocen como difíciles de controlar:

Nos pasó un día que llegó una mujer embarazada de 7 meses y que había ingresado por PNH. Y yo le dije "oiga, pero usted se arriesgó bastante al ingresar a Chile por PNH siendo que tiene varios meses de embarazado ¿qué hubiera pasado si hubiera dado a luz en ese momento?". Y claro ella estaba con una familiar y me dijo "pero eso no ocurrió", "ya, pero si eso hubiera ocurrido, ¿qué hubiera hecho? ¿dónde hubiera ido?", (...) está bien que quieran migrar para mejorar su bienestar, es muy válido, nunca lo voy a cuestionar. Pero sí cuestiono de actuar de forma tan arriesgada RIS4

• **Nutrición**

Respecto a la nutrición, los equipos reconocen que al estar situados en el norte grande, donde han recibido gran cantidad de migrantes que se han desplazado en condiciones muy precarias, los problemas de nutrición que han visto en NNA están principalmente vinculados con desnutrición por déficit:

Han llegado algunos niños con desnutrición, han llegado con algunas enfermedades y se han acentuado por el trayecto. El trayecto es demasiado largo y por lo tanto ellos vienen en precarias condiciones. Mamás gestantes, con bebés pequeños sin controles de salud. RIS1

También se reconocen dificultades de adaptación al sistema alimentario chileno, sobretodo para las familias en que los niños han ingresado al sistema escolar, donde existe confusión respecto a qué son las “colaciones”, cuáles son los horarios de comidas y qué se espera que los niños coman durante la jornada.

Más que nada el tema de la comida se hincapié en que sea saludable, si bien es un cambio brusco desde su país, sus tradiciones, sus comidas, eso les ha costado un poco a algunas personas, pero los que llevan más tiempo lo han asimilado bien. RIS1

más que nada el tema de las comidas, es eso, que aquí en las colaciones uno lleva una leche, un jugo, sobre todo en los colegios, y ellos llevan su arepa, llevan como almuerzo, eso también les ha producido un cambio a los niños y niñas, según comentan los propios padres cuando vienen a la entrevista. [...] aquí los niños llevan de colación una fruta, un pan; ellos llevan arepas, llevan comida. [...] Además del almuerzo que se les da en el colegio. Entonces el cambio es brusco para los niños, asimilar que esto es colación y lo otro es almuerzo. RIS1

Por último, respecto al retiro de leches no se registró información al respecto, mencionándolo solo como una de las prestaciones que se ofrece indistintamente a población migrante y local.

• ***Vacunación***

Las vacunaciones son otra de las prioridades del sistema de salud chileno, y que son evaluadas en el control de niño sano. Al respecto, los entrevistados enuncian que perciben discontinuidad y falta de adherencia entre las familias migrantes, especialmente de quienes vienen llegando y pasaron muchos meses o años en sistemas sanitarios en los que no tuvieron acceso a estas prestaciones:

Uno de las

Lo que siempre está regularmente es el caso de niños que no se han colocado vacunas hace muchos meses. RIS1

barreras que perciben para la vacunación es que a menudo las personas, en base a su conocimiento de los sistemas de salud del contexto de origen, piensan que las

Las Vacunas... aunque, desde mis usuarias venezolanas, cuando yo les mencionaba el tema de las vacunas ellas me decían que no tenían dinero, y yo les decía "pero, si acá es gratis, no se preocupen" y ahí se sorprendían. Entonces ahí yo me di cuenta de que claro, en Venezuela había que pagar para poder vacunarse, cosa que aquí en Chile no se da, por el programa Chile Crece Contigo. RIS2

vacunaciones no están disponibles para personas irregulares y/o que tienen un costo que no pueden asumir:

Además de la gratuidad de las vacunas, existe desconocimiento sobre los programas de vacunación del contexto de origen y del contexto de llegada, situación por la cual las personas declaran estar al día con las vacunas, pero entrando en detalles emerge que no conocen las dosis de refuerzo ni los programas por edades que tiene el PNI. A diferencia de lo relevado para las familias, no hay menciones respecto al trabajo mancomunado con las escuelas en este sentido, ni intervenciones en temas de información sobre procesos de vacunación.

Lo que tú dices de las vacunas es un tema que se da mucho. La gente dice que se vacunó en su país de origen, pero no saben si acá en Chile les corresponden más vacunas, entonces creen que con las vacunas del país de origen están bien, entonces les hacen una educación de que no, que tienen que ver si están al día, si son compatibles con las de acá. RIS4

- ***Salud Mental y Desarrollo cognitivo***

Como se ha reportado en bibliografía revisada, salud mental es uno de los temas que menos emergen como prestaciones ofrecidas a la población migrante en general y a la población migrante infantil, en particular. Esto se constata a través de los testimonios de trabajadores de la salud que reportan poca presencia de esta población como usuaria de los programas de salud mental, ausencia que se vincula no tanto con una falta de necesidad de la prestación, sino por baja priorización, desconocimiento de los programas y falta de cupos del sistema:

Como te digo que somos el CESFAM con mayor población... o sea, cupo con psicólogo o trabajadora social son limitaos. Porque igual acá no se prioriza uno más que el otro, chilenos y extranjero tienen el mismo ingreso, con la diferencia de que a los migrantes les solicitamos el NIP, pero no están uno por sobre otros, el acceso es el mismo para todos. Y si es que hay cupo, ahí el que llegue primero se lo lleva y en el caso de salud mental es más para chilenos. RIS2

Si bien se reconoce que el cambio cultural puede afectar negativamente la salud mental de adultos y niños, no se registra como una necesidad para que las personas “pidan hora” ni se ofrezcan prestaciones específicas:

En este sentido, la salud mental es

Un día fui a hablar con un encargado de la oficina de migración. Y él cuando entrevista a la gente, mucha gente con lo que él le llama el "shock post migratorio". Claro, muchas veces la gente llega con todo su imaginario de como era su estilo de vida en su país de origen, pero al llegar acá muchas cosas son distintas, y eso quizás les genera un choque cultural. Y bueno el tema de que cuando se acercan a Chile y pasan por PNH, todo lo que vivieron a estar acá instalados quizás les genera algún tipo de desequilibrio por así decirlo en cuanto a lo emocional, sobre todo quizás a los niños. (...). Pero a mí no me ha tocado un caso en que sí o sí me pidan hora para salud mental, eso no pasa mucho. RIS4

considerada una necesidad no solo de los migrantes sino de la población en general, ya que factores como la pandemia y la precarización de las condiciones de vida habrían impactado a toda la población. Como especifica una entrevistada:

Me he dado cuenta de que mujeres han padecido un poco el tema [salud mental], que no es tan reconocido en nuestro país que es el Síndrome de Ulises, que es el que se da a la migración forzada, de adaptarse a una nueva cultura, de separarse sus vínculos afectivos, sus familiares y todo el tema. Así que sí, igual ha afectado mucho el tema de la salud mental de la población migrante, pero no lo categorizo solamente a ellos porque es a nivel general, lo mismo que dental. Con los nacionales ha afectado el tema pandémico quizás que ha gatillado mucho un aumento así significativo en cuanto al ingreso en salud mental y ha sido sostenido en el tiempo, bastante. RIS3

A pesar de la dificultad de diferenciar las necesidades de salud mental de la población local y la migrante, los entrevistados reportan algunas derivaciones generadas especialmente para niños, en el caso que los padres lo soliciten:

Dentro de 5 años yo creo que unas 3 usuarias me habrán referidos que sus hijos necesitaban atención con psicólogo. Se ha derivado, una habla con la encargada y se deriva. [...] Pero claro, hay casos que son más complejo, uno los deriva al sector, y el equipo ahí ve lo que hace, le hacen una visita, o los citan y ya después llegan. RIS2

Estas derivaciones pueden surgir en el espacio de la consulta, como recién reportado, o en las escuelas, desde donde han recibido solicitudes de atención en temas de salud mental. En estos casos, además de las prestaciones con que cuentan en los centros de salud (especialmente a través de PASMI), también se activan colaboraciones con redes locales como la Red Migrante en la que existen psicólogos voluntarios:

Algunos niños con temas de lenguaje, otros con un tema que vienen ya con depresión, según lo que nos dicen las mamás o el papá, entonces ahí generamos al tiro la instancia para que los médicos puedan evaluar y ahí en base a eso continuar si se deriva a un programa de salud mental, si son derivados a COSAM de acuerdo a la gravedad de la patología que puedan presentar. RIS1

Además que existen los programas el PASMI. También los colegios nos derivan bastantes niños al mismo programa para que puedan ser atendidos. Y si no la Red Migrante también tiene psicólogos. RIS2

Otro tema que surge en torno a salud mental es el referido a la presencia de VIF en familias migrantes, especialmente bolivianas, según lo reportado por los entrevistados:

Es en cuanto a la población de mujeres de Bolivia, sí se ven más afectadas en temas de salud mental, pero por un tema VIF y violencia de género. Y familias monoparentales donde el rol proveedor cuesta llevarlo a cabo con un rol maternal, cuesta, porque o trabajan o se dedica a cuidar al hijo, o va con el hijo a trabajar. RIS3

Estas experiencias de VIF fortalecen el deseo migratorio de las mujeres que encuentran en el cambio de país una alternativa para alejarse de sus agresores, pero también dificulta el ejercicio de la parentalidad que, una vez más, es puesto en cuestión para las mujeres bolivianas que a diferencia de las venezolanas tendrían más dificultades para establecer dichos roles de cuidado

A diferencia de Venezuela y esos países que en realidad tienen una pareja que no sufre tanto estas situaciones de VIF, se ve que están como más funcionales en ese sentido el rol proveedor, el rol de la mamá, de cuidadora, se ve más establecido. [...] las venezolanas que a lo mejor están más con sus niños al cuidado y están con una pareja (...). Las bolivianas no, les cuesta más. RIS3

:

Temáticas de abuso también aparecen entre necesidades de salud mental de NNA, que aparecen solo en ocasiones y frente a las cuales se activan protocolos de intervención principalmente con tribunales de menores:

Y bueno en las consultas también se nos da bastante ese tema- cuando uno está casi terminando la atención te dice la usuaria, y es lamentable, "no, cuando yo venía pasando la frontera, a mi hija la abusaron" o "mi hija me dijo que habían abusado de ella". Cosa que uno mismo hace la denuncia pertinente al tribunal, y ya después ahí nos ponemos con el tribunal, tenemos las sesiones. Y ahí vamos viendo y se van derivando los casos no propios del CESFAM, sino los programas especializados en esas temáticas de reparación, entre otros. RIS2

Por último, siempre vinculado al tema de la parentalidad de migrantes bolivianas, entre los hallazgos del estudio emerge la preocupación por temas de desarrollo cognitivo de niños bolivianos que a menudo en los Test de Desarrollo Psicomotor aparecen como con déficit en el desarrollo psicomotor:

La educadora [es muy solicitada] por este tema de cuando se hace pesquisa de niños y niñas desde los 2 años que se les hacen un test, (...), se dan cuenta que igual el desarrollo psicomotor está al debe. Y ahí se derivan con médico y neurólogo en caso de que corresponda, o sea se ve si es por estimulación o si hay algo cognitivo. Entonces igual ahí con la educadora es bastante fuerte el tema (...) pero sí son bastante más las chicas bolivianas las que asisten a estos programas. Y es de 2 a 3 años que se realizan estos test. Son las etapas en que tienen que estar sí o sí diciendo 5 palabras y reconociendo 10 cosas; y solo dicen 2 palabras y reconocen o apuntan 5, entonces es como que algo pasa con ellas. RIS2

RESUMEN

RESUMEN ACEPTABILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, I REGIÓN DE TARAPACÁ

PROGRAMA	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
Valoración del sistema de salud	Valoración general positiva en comparación con el sistema del país de origen por disponibilidad y gratuidad de prestaciones para NNA. Problematicación de temas de espera, recursos humanos, burocracia y trato.	
Modelo de Atención primaria	Sistema de urgencias y hospitales como referencia de atención, tanto por falta de afiliación, conocimiento del sistema de salud como aceptabilidad del modelo de atención primaria. Enfoque “hospitalo-céntrico” con dificultades de incorporación del paradigma de promoción y prevención. Contradicciones entre el modelo de salud comunitaria y la multiplicidad de citas y controles en el consultorio.	
Atención de Embarazo, Parto y Puerperio	Temor de acercarse a los servicios de salud, falta de información sobre derecho de acceso a salud de mujeres gestantes. Falta de información sobre acceso a IVE, primeros contactos con salud privada. Percepción de exceso de controles de gestación e incompatibilidad con obligaciones laborales y de cuidado de otros hijos.	Falta de disponibilidad de recursos (horas matró/a), ingresos prenatales tardíos. Percepción del uso del embarazo como mecanismo de regularización migratoria y de comportamientos irresponsables asociados al cuidado del EPP (p.e desplazamientos por vías irregulares durante el tercer trimestre).
Control de niño sano	Programa con alta aceptabilidad y adherencia en los primeros años. Se agendan atenciones inmediatamente después del primer contacto. Persisten falta de aceptabilidad en el enfoque de promoción y prevención, se realiza búsqueda de atención cuando los niños están enfermos. Falta de pertinencia cultural con la población boliviana.	
Nutrición	Falta de acceso a alimentación en país de origen, persistencia de factores de desnutrición en gestantes y niños venezolanos, especialmente de ingreso reciente. Falta de pertinencia cultural en los patrones de alimentación de programas nutricionales, especialmente introducción de alimentos. Contradicciones culturales en torno al concepto de alimentación saludable.	

Vacunación	Desconocimiento del sistema nacional de inmunización, conocimiento de la vacuna covid para NNA. Valorización positiva de la articulación con sector educación para vacunación escolar.	Dificultad de registro, desconocimiento de los planes de vacunación de los países de origen. Brechas de acceso y desactualización de programa de inmunización en país de origen, desconocimiento de la gratuidad de la vacunación en Chile
Uso de Urgencias	Uso de urgencias para prestaciones de media, baja complejidad y atención general. Percepción de baja calidad de los servicios de urgencia, maltrato, espera, falta de información y falta de coordinación con los servicios de APS.	
Salud Mental	Falta de acceso y conocimiento de los programas de SM infantil. Preocupación por los efectos de la migración sobre el estado anímico de los NNA. Poca intervención en colegios. Preocupación por salud mental cuidadores/as.	Falta de recurso humano en programas de SM y de pertinencia cultural. Dificultades en desarrollo de lenguaje, falta de aceptabilidad de los programas de salud mental por parte de las familias migrantes. Falta de pertinencia cultural de los test de desarrollo psicomotor. Articulación de atenciones con redes como Red Migrante. Preocupación por violencia intrafamiliar asociada a colectivos específicos (Bolivia).
Salud de Adolescentes	Poco conocimiento del programa y dificultades de aceptabilidad por pertinencia cultural respecto al proceso de adolescencia. Valoración positiva de apoyo a parentalidad y orientación en salud mental para adolescentes.	Preocupación por situación de adolescentes no acompañados y gestaciones adolescentes.

RESULTADOS CUALITATIVOS PARA LA XIII REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO

Contexto y codificación

La Región Metropolitana (desde ahora RM) concentra la mayor cantidad de personas migrantes en el país, llegando a representar el 61,3% de la población total al año 2021. Durante los años de pandemia, entre 2020 y 2021 hubo un incremento acumulado del 11,9% de población en comparación el año 2018 (INE 2022). En estos años también hubo un leve aumento de presencia de mujeres, llegando a un índice de 98,8% de hombres por cada 100 mujeres. Como se observa a nivel nacional, en la RM prevalece una población relativamente joven, que se concentra entre 25 y 44 años. El colectivo de personas de Venezuela es el más numeroso en la región, seguido del colectivo peruano, haitiano y colombiano. Según un informe de mayo 2022 (MIDESOF 2022), el desglose de la población migrante por comunas de la RM, basado en datos de residencia proveídos por INE y DEM, indica que las comunas con mayor proporción de población extranjera corresponderían a: Santiago (43,8%), Independencia (40.6%), Estación Central (26.2%) y Quinta Normal (20,6%). En cuanto a los colectivos, las comunas con mayor cantidad de población venezolana serían Santiago, Estación Central e Independencia; con mayor concentración de peruanos Santiago, Independencia y Recoleta. La población haitiana se concentra en las comunas de Quilicura, Estación Central y San Bernardo, mientras que los colombianos residen preferentemente en Santiago, Independencia y Estación Central. De este informe también resulta interesante relevar que, de la población total de la RM, un 9,6% son NNA entre 0 y 14 años, siendo la comuna de Santiago la que concentra el mayor número de migrantes en ese tramo de edad (22,4% del total de migrante entre 0 y 14 años en RM). Como se mencionó anteriormente en el componente cualitativo del presente estudio se incluyeron testimonios de familias provenientes de Santiago, Maipú, Estación Central, San Miguel y Lo Espejo. De estas comunas, Santiago y Maipú han sido incorporadas en estudios precedentes (Fondecyt 11130042) debido a la densidad de la población migrante, datos que sirven para contextualizar los resultados cualitativos que presentaremos a continuación.

Para el caso de Maipú esta se caracteriza como una de las comunas más densamente pobladas del país, cuyo crecimiento demográfico se exacerba entre los años 1982 y 1992. Al año 2012 los colectivos más representados eran Argentina y Brasil, situación que cambia al presente siendo principalmente venezolanos, peruanos y haitianos quienes se concentran en la comuna. Si bien es una comuna que presenta baja prioridad social

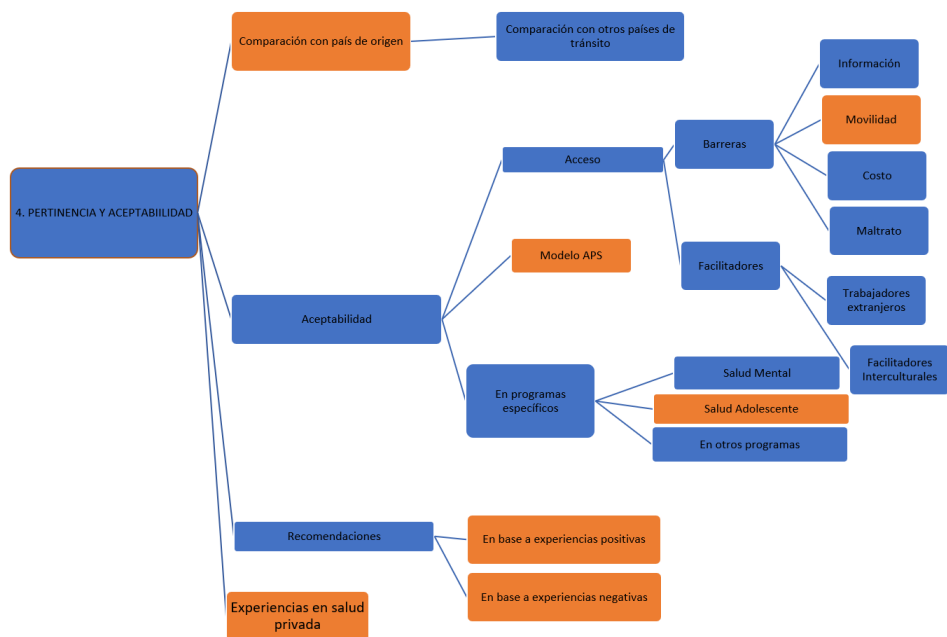
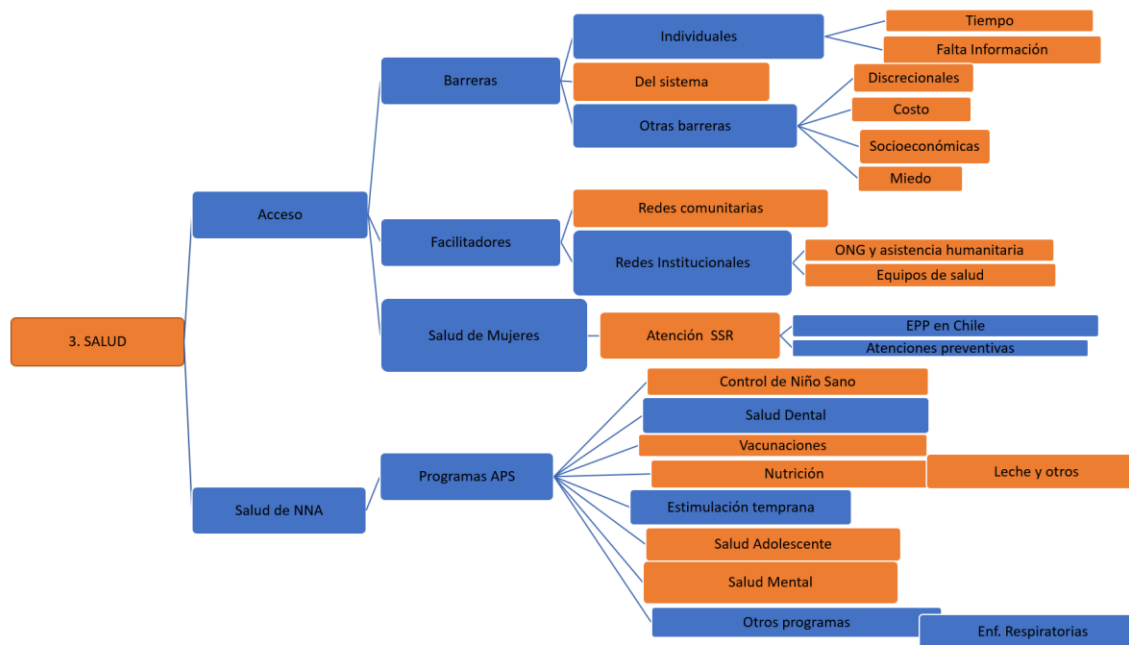
(MIDESOF 2022), existen sectores específicos en los cuales se concentran los rangos más altos de vulnerabilidad, con un 3,6% de viviendas con déficit sanitario y 1,4% de hogares con hacinamiento a nivel crítico. Por último, un estudio reciente sobre campamentos en Maipú (Reyes et. al 2022) evidenció que existen colectivos específicos como el haitiano, que han buscado dar solución a sus necesidades habitacionales a través del asentamiento en campamentos. De hecho, de acuerdo a los datos de la encuesta a hogares de catastro Nacional de Campamentos 2019, Maipú es la segunda comuna con más presencia de hogares haitianos en campamentos de la Región Metropolitana, superada solo por Colina. Como es sabido, los campamentos son espacios con presencia de redes para hogares inmigrantes que entran y salen de dichos espacios y previo a su conformación, existen trayectorias habitacionales que hablan de condiciones de vida, con impacto entre otros ámbitos, sobre la salud.

Para el caso de la comuna de Santiago, en cambio, es sabido que se trata de una comuna con una recepción histórica de migrantes, primero provenientes de Perú y Bolivia, a la que se han sumado nuevos colectivos de Venezuela y Colombia. En términos generales la población migrante vive en situación de mayor pobreza que la población nacional de la comuna, siendo el hacinamiento y la ocupación de espacios irregulares una de las principales problemáticas del territorio. De hecho, en cuanto a condiciones de habitabilidad del colectivo migrante para el año 2012, el 40% de los encuestados señala vivir en un departamento dentro de un edificio y con ascensor, seguido por un 23% que dice vivir en pieza ubicada en casa antigua o conventillo y otro 22% en casa pareada. Al desagregar por colectivos, destacan las tasas de carencias habitacionales de migrantes peruanos y dominicanos, pues quienes residen en la comuna lo hacen en pieza en casa antigua o conventillo por sobre un tercio del grupo (Cabieses, et. al 2017). Dentro de las situaciones de vulnerabilidad en la comuna se destacan aquellas asociadas a la vivienda, a la situación económica de algunos grupos específicos y problemáticas asociadas a la convivencia entre diferentes comunidades. Actualmente también se ha sumado la preocupación por el aumento de personas en situación de calle, muchos de ellos menores de 18 años y/o migrantes (Bravo et. al 2022).

En este contexto, es necesario enmarcar los resultados que se presentan a continuación referidos a barreras y facilitadores de acceso y uso de servicios de salud por parte de niñas, niños y adolescentes en contextos de migración.

Figura 13. Códigos centrales análisis XIII Región Metropolitana de Santiago





OBJETIVO 3

Describir barreras y facilitadores del acceso y atención de salud con pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, de los profesionales, funcionarios y de los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en la región Metropolitana

3.4.1. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA XIII REGIÓN METROPOLITANA

- **Información**

Al igual que en la I región en la región metropolitana también aparecen barreras asociadas a la información que existe en torno al acceso a servicios de salud, aunque cabe destacar que en las entrevistas existe menos registro de falta de acceso, barreras discrecionales o experiencias de negación de atención. En torno a la información, existen relatos respecto a lo confuso que les resulta a las familias el funcionamiento del sistema y las dificultades que encuentran para orientarse entre siglas asociadas a lugares distintos, muchas veces alejados entre sí, que implican desplazamientos con sus respectivos costos de tiempo y traslado. Es por ello que, una vez más, el uso de urgencias sigue siendo el primer o más frecuente contacto que establece la población migrante, en especial frente a necesidades de salud de NNA.

Por ejemplo, esta familia venezolana, cuenta que su primer contacto con el sector salud en Chile fue a partir de una emergencia que sufrió su hijo de 7 años, frente a la cual se dirigieron fuera del horario de atención a un CESFAM, donde les indicaron que las emergencias no se atendían ahí sino en el hospital.

Le daban fiebres altas, fiebres altas, fiebres altas y fuimos al Cesfam, mi hermana nos dice "no, es que ahí hay un Cesfam". Cuando lo llevamos al Cesfam nos dice que el Cesfam no es emergencia, que para emergencias están los hospitales y ahí me cerraron la puerta. RMF2

En este caso, son las redes familiares (hermana) que llevan más tiempo en Chile, quien orienta sobre dónde dirigirse por atención de salud a niños, en base a experiencia desarrollada a través de los desplazamientos por la ciudad de Santiago.

Llamo de nuevo a mi hermana y ella me dice "acá arriba está el Exequiel, que es un hospital de niños es nuevo, se ve muy bonito" y hacia allá me dirigí. Este ahí en el Exquiel de una vez lo revisaron y al principio le dijeron "no, es viral, es viral", porque eran fiebres altas que no le bajaban con nada. RMF2

Hasta
este

momento, la familia a pesar de haber establecido contacto con dos instituciones públicas de salud no recibe información sobre su derecho a inscripción ni sobre el funcionamiento

del sistema, lo que genera temor principalmente asociado a los posibles costos que genera la atención.

En lo que salí me dijeron "pase por la caja" por fuera a recibir las indicaciones y allí me dicen "debes tanto" porque yo entré como particular, nosotros no teníamos Fonasa, no teníamos nada. Entonces si tuve que cancelar, cuando eso fueron 15.000 pesos. (...) El problema es que el niño siguió con fiebre fiebre y yo lo volví a llevar. Cuando yo lo llevo le hacen estudios más profundos, yo les digo que ya va una semana con fiebre y me dicen "no, hay que hospitalizar". Este, como particular yo dije "Dios mío si 15.000 me salió, cuanto me irá a salir". RMF2

El temor en torno a los costos se resuelve solo al final de la prestación, cuando al anunciarles el valor de tres días de hospitalización, les aconsejan dirigirse a la trabajadora social quien realiza la orientación de la pareja e inicia la tramitación de la inscripción:

Estuvo 3 días hospitalizado y si nos dieron como la cuenta y era como un millón y pico, no sé de dónde lo íbamos a sacar nosotros. Pero después ellos mismos nos asesoraron y dijeron "hay que hacer esto, esto y esto" para ver si cubre, si le exonera. Allí si contamos con, de verdad que las trabajadoras sociales de ahí (Hospital Exequiel Fernandez) muy, muy buenas para qué decir. Ellas si nos llevaron, cuando ya al final este le dieron el alta médica, dijeron "vaya con las trabajadoras sociales". Yo fui con la trabajadora social y ella me explicó, me dijo "no mire, ustedes como son migrantes ustedes no tienen, ustedes pueden contar con Fonasa. Hay que buscar estos documentos para que los puedan meter y tal". RMF2

Este caso, si bien da cuenta de dificultades de coordinación entre los distintos niveles de acción de las redes y la falta de información que manejan las familias, también muestra la importancia que asume la orientación que realizan los trabajadores sociales, principalmente y la probidad en la aplicación de las normas que dan acceso universal a salud a estas poblaciones. Migrantes de más larga data reflexionan sobre sus procesos de inscripción, hace más de siete años, y lo comparan con los procesos actuales refiriendo percibir menos barreras de las que se vivían en pasado y más acceso a información:

Cuando llegamos no fue tan fácil, en los consultorios bueno cuando llegamos hace 10 años no habían tanto extranjero, entonces no había tanta facilidad como hay ahora, el rut provisorio de salud y todas esas cosas. Entonces, cuando llegamos los niños podían acceder a urgencias pero no a las consultas al consultorio. Después en un momento no me acuerdo qué fue, parece que en un consultorio de El Bosque que yo fui a plantear la situación porque mi hijo tenía asma y él tenía un tratamiento cuando vinimos de Argentina y yo continué su tratamiento acá. pero como particular y era carísimo. Entonces un día fui y, como se dice acá, a llorar un poco la carta eh hicieron como una ficha familiar con el RUT del hermano, que es el que tiene ahora 16 y con esos RUT chileno ingresaron a los otros, los hermanos argentinos. Y ahí me atendieron un par de veces hasta que me vine a Maipú acá. Y después comenzó esto con los extranjeros que había muchos niños haitianos, que eso benefició a mis hijos que son de otra nacionalidad, y fue más fácil inscribirlos en el consultorio de acá de Pajaritos” RMF3

años, y
actuales
barreras
más

Por último, entrevistadas que están inscritas en el sistema de atención, reportan la fragmentación de la información que reciben y lo difícil que les es orientarse frente a esta falta de información, aun cuando llevan años en el país y cuentan con más recursos para navegar en el sistema:

Uno el tema de la atención, a mí no me gusta como, por eso te digo es la primera atención la que a mí nunca me gustó. Porque uno se va ya, te vas a un centro de información y se supone que si un centro de información tiene que darte la información correcta, la que es porque para eso están ahí. Uno sube y te dicen "no tienes que ir a preguntarle al otro". Entonces, el centro de informaciones está demás, si no está funcionando como corresponde. Te tienen como una pelotita de ping pong, porque la información es incompleta. ¿Por qué no dicen "este documento se queda aquí y para venir a retirar tiene que traer este, este y esto?, claramente", entonces uno trae todos los documentos que debe traer. Luego uno llega al centro, sin los documentos y te dicen que falta algo. "¿Usted sabe de donde yo vengo?, no", "¿usted sabe con quién quedaron mis hijos?, no". Entonces, uno tiene que pensar, cuando uno va a dar una información tiene que cerciorarse que ser completa, le digo. No me pueden dar por partes, porque yo no sé, usted no debe saber la vida de cada uno, no, pero si usted trabaja aquí tiene que dar toda la información, no a pedacitos. RMF3

• *Tiempo como barrera de atención*

Otro de los hallazgos que surge en Región Metropolitana tiene que ver con el uso del tiempo y la priorización de actividades laborales por sobre las actividades de promoción y prevención de salud. Las personas relatan concentrar todos sus esfuerzos en generar ingresos, para poder garantizar condiciones habitacionales y pagar el alto costo asociado a la vida en Santiago. Es por ello que en las entrevistas aparece el tiempo entendido como una barrera, tanto por cuanto sea necesario disponer de él para acceder a la programación de horas de atención, acceso a prestaciones, más los desplazamientos que muchas veces consideran uso de transporte público, ya que los centros de salud no siempre se encuentran en zonas cercanas a sus espacios de movilidad cotidiana.

Es interesante en este ámbito observar cómo algunas personas interiorizan el uso del tiempo como una responsabilidad personal, reconociendo que “no se han dado el tiempo para ”, mientras que otras reconocen como una deficiencia del sistema el hecho que

prestaciones que podrían ser agilizadas o por vías telemáticas (por ejemplo, conseguir una hora; concretar o anular una cita, recibir información sobre el estado de solicitudes) requieren de un tiempo que es escaso y que se divide principalmente entre trabajo y cuidado. En el primer caso, una de las entrevistadas reflexiona sobre su propia responsabilidad y la falta de tiempo que le producen los ritmos de trabajo que tienen en la familia, al explicar por qué, luego de la atención por urgencia en el hospital de niños, no continuó la atención en el CESFAM.

No he ido por el asunto del tiempo. Era diciembre fui al CESFAM y me dijeron “venga el año que viene” porque dicen que ya para ese año no había cita que tenía que ir en enero. Y ahorita pasó prácticamente lo mismo, fue a finales de año que traté de ir entonces yo dije “no, cuando comience el nuevo año, porque ahora no van a tener cita”. (...) Pero de verdad ahí sí que asumo yo que ha sido descuido mío de que no les he hecho seguimiento, pero por asunto de tiempo, usted ve aquí, los dos trabajamos todo el día, le dejamos almuerzo, su cena a los niños, ellos se calientan y ya llegamos nosotros tarde a acostarlos, los llamo, les digo a los vecinos que le echen un ojito, pero falta el tiempo, eso sí.
RMF2

Otra entrevistada, en cambio, destaca la ineficiencia del sistema y las injustificadas pérdidas de tiempo que se producen en las esperas, los desplazamientos para acceder a prestaciones que luego no ocurren, la información contradictoria que reciben de un y otro

centro de salud. Frente a una dificultad para el retiro de la leche por no presentar un documento que desconocía, la entrevistada se expresa de esta manera:

Las

Entonces salí, me vine a la casa no más. Perdí mi tiempo y de hecho me queda muy lejos, yo estoy aquí (dice la calle) y yo me tengo que ir hasta Avenida (dice las calles) es bastante lejos, tengo como 20 minutos, 25 en micro. No, ¡más! porque tengo que tomar dos micros y en espera y todas esas cosas a veces me demoro 45 minutos, una hora en ir, en solo ir. Son hartos tiempos, porque uno tiene que esperar otra micro que pase y son otros minutos más. Entonces, todas esas cosas no las consideran, la verdad me molestó, porque pucha por qué no me dicen "tiene que traer este y este documento para retirar la leche" yo lo llevo. Pero uno se supone que está en el sistema, yo obviamente después de eso no voy a volver a buscar la leche.
RMF3

consecuencias de este tipo de experiencias dificultan la continuidad en el acceso a servicios de atención primaria y fomentan el uso alternado de servicios públicos y privados, buscando en estos últimos, principalmente atenciones expeditas a pesar del costo que éstas suponen.

Y si tiene alguna emergencia le llevo a una doctora que me atiende por el día. También que tengo que costear de mi bolsillo. Yo trato de ir lo menos posible a un consultorio. O sea, cuando es de urgencia, cuando es emergencia sí con mi niño que quiero que lo atiendan ya, ya, ya, trato de irme por afuera. Porque para irme a un consultorio ya te digo, tengo que irme antes de las 7 de la mañana, sacar la hora y si consigo. Entonces, prefiero no perder ese tiempo y consultar por afuera un médico y pagar lo que sea, pero sí, es así. Tengo que hacer ese costo.
RMF3

Varias de las personas entrevistadas reportan este tipo de problemas, aún reconociendo la saturación que existe en el sistema y los esfuerzos que hace el personal de salud para dar abasto con la demanda.

el tema de horas o uno que llama por teléfono y no contestan. El tiempo de espera, porque tanta espera, uno entiende que están... por ejemplo, si te citan a tal horario, ya me citaron a las dos de la tarde y estoy diez minutos antes de, que ellos te piden estar diez minutos antes, no me atienden a las dos. Entonces, para qué te citan si luego vas a pasar toda la tarde ahí esperando. **RMF3**

- ***Malos tratos como barrera de atención***

Si bien no es posible considerarlo una constante, los malos tratos recibidos por población migrante en centros de salud representan una barrera importante en términos de acceso y uso de servicios, toda vez que, como se indicó para la primera región, una primera experiencia de negación de acceso o de maltrato se transforma en una disminución drástica de las posibilidades que esa persona vuelva a acercarse al mismo centro de salud y la posibilidad, además, que se difunda información errónea como que los migrantes no tienen derecho a salud, o que en tal centro no los van a atender.

Entre los hallazgos de este informe, la experiencia de un padre, hombre joven venezolano, que tiene a su cargo a su hija, es revelador respecto a las dificultades que encuentran cuidadores que, por su género y su nacionalidad, generan prejuicios que se traducen en obstáculos para la atención. En sus palabras:

Para nosotros es complicado, porque cuando ella (mamá de la niña) se fue, yo le perdí que firmáramos patria potestad, que me cediera todo. Ella estaba un poco renuente, pero yo lo necesitaba porque necesitaba quedar a cargo de ella con algo legal que abalara que soy yo el responsable de ella. Entonces cuando fuimos a firmar esos documentos en el servicio público a ella la trataron muy mal, le preguntaban por qué no se llevaba a su hija, que por qué era yo quien me quedaba con la hija. Entonces, ahí se nota creo que igual un poco el machismo de que el hombre tiene todo el derecho de irse y abandonar la familia, porque eso es lo que conocemos, pero si lo hace la mamá entonces es terrible y la castigan. **RMF6.**

Como padre primerizo y cuidador de una niña pequeña, vivió experiencias que lo alejaron de los servicios de salud, motivo por el cual hasta hoy evita acercarse a menos que sean urgencias.

Como padres primerizos, apenas sentíamos tos partíamos directo al consultorio y siempre nos decían lo mismo, a todos los bebés les pasa esto, dele paracetamol, la fiebre no bajaba, paracetamol, de nuevo, y nos decían tráigala solo si pasan más de tres días con fiebre. (...). Entonces en base a eso, como siempre que íbamos era lo mismo, una vez que empezó a tener fiebre y esperamos, le partió la fiebre un sábado, yo estuve el sábado en la casa con la bebé, el domingo igual, el lunes seguía con fiebre y partí al consultorio (...). Nos hicieron esperar no sé, como 2 horas, ahí la bebé se puso a llorar, llorar, llorar. Le subió la fiebre, le llegó la fiebre a 40, yo pedí que por favor me atendieran porque la bebé estaba muy caliente, ahí le tomaron la fiebre y me dijeron:

- ¿por qué no dijo que la bebé tenía fiebre?

- claro que dije sino como crees que me registré y estoy acá en la sala de espera, yo dije que tenía fiebre. Y entró una enfermera y lo primero que me pregunta es:

- "¿de dónde es usted?",

-yo le digo Venezolano, "ah ya".

Me pareció extraño que me preguntara la nacionalidad cuando que tiene que ver la nacionalidad del padre con lo que esté sufriendo el bebé en el momento. Entonces ahí me preguntó que desde cuando tenía fiebre la bebé y le dije que desde el sábado. Y en ese momento, me dice que cómo era posible que tuviese fiebre desde el sábado y yo no la hubiese llevado, que en mi perfil se ve todo lo que nosotros hacemos y que eso ella lo podía tomar como abandono y demandarme y quitarme a la niña. No sé si habrá sido que ella sufría de xenofobia o qué (...).

Y cuando entra de nuevo yo estaba ya con la cabeza en otra parte y se me fueron un poco las palabras y le dije que era una tipa super grosera, que ella no podía decirme eso, que yo hice lo que me dijeron que hiciera, que el desconocimiento no era abandono. Fue muy feo, RMF6

Esta experiencia de recibir amenazas al momento de buscar atención de urgencia para su hija marca la relación de este padre con el servicio, evitando volver a él en búsqueda de atenciones preventivas.

Desde las últimas vacunas que había que ponerle no la llevé más al consultorio, tengo el librito de Chile Crece Contigo, así que tiene que haber asistido a eso con la mamá, pero no sé hasta qué punto, porque como te digo fue elección propia el dejar de ir al consultorio. Entonces las últimas veces que la he tenido que atender he ido a médicos privados, me preocupo de cotizar para poder llevarla. RMF6

Otras situaciones menos dramáticas, pero con igual resultado de distanciamiento del sistema de salud también son reportadas por madres migrantes, en esta ocasión proveniente de Argentina.

aquí para que te atiendan bien y tener una salud adecuada tenés que pagar, como te decía de los dientes de mi hija, me sale muy caro (...). Porque es la gente que te atiende en los mesones la que trata mal, ya luego entras con los profesionales y no son así, se dan su tiempo, pero la primera atención también es (con tono duro) "no, no hay", "no, tiene que esperar", como que uno siempre está equivocado (...). Yo no se por qué la gente que se dedica y se especializa para trabajar en eso, la atención la hace muy mal, la hace muy mal, la trabajan muy mal. (...) yo entiendo la otra parte que se estresan, pero si uno decide y se dedica y dice "ya yo voy a trabajar de esto, porque esto me gusta o porque esto decidí hacerlo" uno tiene que poner lo mejor de uno. Yo no puedo estar detrás de un mostrador atendiendo mal a la gente. RMF4

A pesar de lo que refiere la entrevistada, también en los servicios de salud privada se reportan situaciones de maltrato, lo que se suma al temor por los precios abusivos que pueden generar las prestaciones:

Nos fuimos aquí a Redsalud que también me agarré pelea, o sea yo estaba ya cargada. Y la chica de acá también nos trató horrible, horrible por el tema del rut, porque estábamos sin rut. La niña tenía, ya yo le había sacado a los dos, el rut estudiantil, pero yo no sabía nada de Fonasa. Yo más bien, yo todavía estaba poniéndome como que al día con la moneda, con la autodenuncia, o sea horrible. Y la chica nos trató super mal, me trató hasta de mala madre, me quería cobrar unos exámenes que nada que ver o sea una cosa así y regañándome y me dijo mala madre. Yo me quedé así porque en el momento yo no reacciono y yo miro a mi esposo (...) Y yo digo no chica, esto no se hace, tú no sabes por lo que estoy pasando. RMF7

3.4.2. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA XIII REGION METROPOLITANA

- *Trabajadores que promueven derechos de la infancia*

Como reportado en la I Región, también en RM se encuentran registros de trabajadores del sector salud que facilitan el acceso a NNA basados principalmente en la convicción que, dado el grupo etario al que pertenecen, es necesario priorizar las atenciones, evadiendo incluso algunas trabajas que pone el sistema. En el caso de la entrevistada que llegó hace diez años a Chile, sus dificultades para inscribir a sus hijos argentinos fueron facilitadas por un trabajador del sector SOME que tuvo “la voluntad” de agilizar la resolución del tema, asignando la prestación al hermano del niño que, al haber nacido en Chile, aparecía en el sistema.

la persona tenía disposición pero tampoco a veces tenía tanto tiempo, eso me pasó en El Bosque el caballero que me atendió en ese momento dijo "no, es que hay que atenderlos porque son niños y tienen derechos" eso fue fundamental. RMF4

También la orientación que reciben las familias cuando establecen los primeros vínculos con el sector salud son decisivas en torno a la adherencia y confianza que establecerán con el sistema, como es el caso de la familia que establece primero contacto con el Hospital Exequiel Gonzalez, luego del cual reciben orientación de parte de la trabajadora social que los redirige al hospital que les corresponde por domicilio, estableciendo una

coordinación con la trabajadora social de dicho centro para acelerar la inscripción de la familia y resolver el tema del pago de la hospitalización:

Las

En el hospital (EG) les expliqué la situación y me pusieron una cita relativamente corta para la entrevista con la trabajadora social, (...) nos dijeron que teníamos un mes para hacer todo ese trámite, este para que se nos pudiera exonerar la cuenta. Entonces fuimos acá con la trabajadora social, nos hizo la entrevista, allí de una vez a mí y a mis dos niños. Yo llevé la carta de vecinos, la junta de vecinos donde decía que vivíamos acá, los pasaportes todo, fuimos y nos inscribimos. Ella nos dice este "les voy a dar una carta para que la lleven al hospital donde digan que tienen que esperarse un poquito" porque Fonasa no respondía, entonces no se nos iba a pasar. Yo estaba muy asustada y dije Dios mío y fui allí al hospital, la llevé a la trabajadora social y ella me dijo "no, está bien. Aquí la esperamos a que Fonasa responda". Fonasa nos respondió, nos dio el Fonasa tipo A, este nos dio el rut de los niños y la mía, lo llevé allá y nos amortiguaron la deuda que teníamos allí, eso fue muy bueno. RMF2

relaciones de confianza son tan importantes en este caso que la familia reconoce dificultades para seguir con el tratamiento en el centro de atención primaria debido a que no quieren alejarse de un centro en el que ya cuentan con una experiencia de atención positiva.

Se volvió a enfermar (nombra al hijo menor) hace poco y resulta que de verdad así me insisten que nos toca el Borja, yo lo sigo llevando al Exequiel, porque le agarré fe al Exequiel.

Siempre me dicen lo mismo "no le toca aquí", pero me lo ven por la emergencia, yo prefiero así que en el consultorio. RMF2

- ***Intervenciones educativas con los cuidadores***

Uno de los casos reportados registra un diagnóstico de diabetes tipo 1 en una niña de cinco años, situación que se diagnostica luego de un episodio de hiperglucemia que la tuvo hospitalizada en un centro asistencial de la RM. En esta ocasión la niña llega con náuseas, vómitos y falta de aire y es internada rápidamente en el centro de salud, situación que crea gran incertidumbre en su familia, que ha llegado a Chile por paso no habilitado pocas semanas antes del suceso. Es por ello que la atención que reciben en el Centro es especialmente valorada por la familia, en tanto hubo una educación en torno al diagnóstico y al tratamiento de la niña antes de proveer el alta:

Para mí fue muy importante en ese momento, que me educaran, A mí me educaron, una enfermera de diabetes me educó, como inyectarla, como tomarle la glicemia. Se sentó conmigo y me explicó de qué se trataba la enfermedad (...) Yo al principio no quería creer, creía que iba a ser pasajero, que no se iba a quedar enferma. Porque es difícil tener una hija enferma, pero de a poco me han ido explicando, Ella tiene ahorita un sensor. Lo que pasa es que para tomar la glicemia... a mí me hicieron, y esto me pareció muy bien, yo tuve escuela con la enfermera y a mí me hicieron exámenes teórico y práctico. O sea, hasta que ellos no estuvieran cien por ciento seguros de que yo podía encargarme aquí en casa de ella, a la niña no le dieron de alta. O sea, a mí eso me pareció demasiado responsable, demasiado bien y yo obviamente tuve que ponerme mucho al día para poder cuidarla. Es muy bueno que hayan tomado el tiempo, el interés, la preocupación primeramente de la salud de Juliana y segundo de educarme a mí para yo poder atender a mi hija. O sea, eso es tiempo, eso es dinero porque obviamente los doctores no es gratis que van a hacerlo. Yo no sé que habría pasado si esto nos pasaba en Venezuela o en Perú, donde estábamos antes, yo creo que hasta la niña no sé dónde estuviera porque allá no es como acá, nada que ver. RMF7

Estas experiencias no solo generan adherencia con el tratamiento específico de la niña, sino que facilitan la relación entre familias migrantes y servicios. De hecho, en el caso de esta familia, se facilitó su derivación al centro de salud que les correspondía por domicilio y quedaron bien integrados a la red gracias a la acción del equipo de trabajo que acogió su caso.

- ***Intervención de personal de salud de origen extranjero***

Otro facilitador que emerge en estos relatos se relaciona con la presencia de personal extranjero como parte de los equipos de salud, situación que facilita no solo el acceso, sino la resolución de problemas, malentendidos y tensiones, así como la confianza de las familias en los servicios. En el caso antes presentado del padre venezolano que sufre un altercado con una enfermera en la atención de su hija, mientras ésta presentaba fiebre, se resuelve gracias a la intervención de un médico venezolano que se encontraba de turno en ese momento y que es llamado por los mismos colegas para contener el conflicto.

No sé si es que cambia la atención pero hay como, debe ser algo de las nacionalidades, como al encontrar alguien de tu misma nacionalidad como que se pueda hablar como en otros códigos o de otras formas, entonces si se nota una diferencia. Y no quiero decir que los médicos venezolanos sean buenos y otros no, porque hay pediatras venezolanos muy malos y pediatras chilenos muy buenos. Pero así como en la emergencia... como enviarme un médico venezolano como para generar esa intimididad de venezolanos, eso estuvo bien, me ayudó mucho.
RMF6

Estas presencias también facilitan la información que circula en las comunidades migrantes sobre el funcionamiento del sistema de salud chileno llegando incluso a proveer de alternativas de atención para quienes se encuentran recién llegados al país. Este es el caso de la familia que presentó diabetes tipo 1 al poco tiempo de ingresar a Chile, quienes, al desconocer el funcionamiento del sistema se dirigieron a redes de conocidos y familiares

que los contactaron con médicos venezolanos en Chile, quienes a su vez les aconsejaron donde dirigirse con los síntomas que presentaba la niña.

Tengo una madrina que es médico, que también es madrina de mi hijo y ella era la que me ayudaba mucho en Venezuela, pero ella o sea todos migramos, ella está en Estados Unidos y pues yo soy demasiado consciente, (...). Cuando vi cómo estaba mi hija tan mal, yo sabía que ella también estaba trabajando fuerte allá pero no, no me aguanté y la llamé.

-"Sabe, me está pasando esto y esto con la niña", ella me regañó, me dijo: "cómo es posible que tu no me hayas llamado, no me hayas contado" que no sé qué y yo: "es que no quiero molestar", "¡No!, que no es molestia". Entonces ella me dice, ve y hazle estos exámenes, yo te voy a buscar amigos médicos que están en Chile para que te ayuden (...). Me puso en contacto con uno y total que lo conocía de Venezuela, él me dijo, llévala al Sótero del Río, que allá son especialistas en diabetes, es un poco retirado pero vale la pena, así fue que cuando ella se puso malita la llevé a ese Hospital. RMF7

Establecer relaciones con estas redes informales de profesionales puede resultar una estrategia eficiente para grupos específicos como es el de colectivos venezolanos en Santiago.

- ***Facilitadores Interculturales***

Hasta ahora, la figura del facilitador intercultural no ha sido mencionada en los resultados del estudio puesto que, a pesar de su afirmación en ciertas comunas, sigue estando principalmente asociado a la traducción con población no hablante nativo de español, que fue solo representada por un caso dentro de nuestra muestra. Sin embargo, en ese caso, la figura del facilitador se vuelve fundamental en todos los niveles de las prestaciones. De hecho, la entrevistada haitiana menciona a la facilitadora de un centro de salud de lo Espejo como figura fundamental para guiar la atención de su embarazo, parto y puerperio. Ella le ayuda a gestionar la toma de horas y le explica al doctor lo que ella no logra explicar en español:

En el consultorio hay una mujer haitiana está trabajando allá.

¿una facilitadora?

Sí, mujer. Con ella y después te decía matrona.

¿le ayudaba ella a usted?

Sí, con horas, no es difícil. Ella sabe todo (la facilitadora de Haití), ella dice al doctor, explica.

¿qué le parece que haya facilitadora?

Sí, es bueno, porque a veces nosotros no escuchas todo de hablante en español, por eso. Yo no hablo mucho (español) un poquitito. Mi hijo y mi marido habla bien, yo un poquitito todavía.

RMF1

3.4.3. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA XIII REGIÓN METROPOLITANA

Al igual que en la Región de Tarapacá, las barreras identificadas por los equipos de salud refieren a distintos niveles y se identifican tanto en el comportamiento de los usuarios como en el funcionamiento del sistema. Siguiendo la forma en que las entrevistadas describen la barrera, hemos categorizado éstas según los mismos criterios de clasificación enunciados previamente: a) barreras consideradas de responsabilidad individual, b) barreras vinculadas a condiciones socioeconómicas y de género, c) barreras identificadas como propias del funcionamiento del sistema. Cabe agregar que esta clasificación responde a los testimonios recogidos y no están exentas de cruces entre distintos niveles.

- ***Barreras individuales***

Las entrevistadas de la Región Metropolitana reportan parte de la diversidad de la composición de la población migrante, introduciendo nuevos temas como barrera, según las experiencias territoriales que se desarrollan en sus centros de salud. En el caso de las comunas incluidas, la población haitiana y boliviana tiene una presencia considerable, lo que hace emerger el tema del idioma como principal barrera de atención de población no-hispano hablante:

El riesgo principal es la barrera idiomática, es como lo más más importante (...). El único problema grave que yo me he enfrentado en el box es el idioma, porque uno quiere dar indicaciones y no nos entendemos, y obvio que en el siguiente control no están siguiendo las indicaciones. RMS1

En algunos casos la reflexión respecto a la importancia del idioma en la relación de salud se reduce a la cuestión lingüística, entendiendo que el problema se resuelve una vez que las personas comprenden el español, pero en otras ocasiones se profundiza respecto al contenido cultural que trasciende al lenguaje y que encarna contradicciones culturales más complejas que la mera comprensión de los enunciados de uno y otro hablante. Como expresa la siguiente entrevistada:

- Con la población de habla hispana uno trata de explicarse, pero con la población haitiana es un poco más complejo, pero igual tenemos a la facilitadora. Esa vez y me vine con la inquietud de que la paciente no me había entendido, ella entendía español, pero no hablaba tanto. entonces yo sentí que no me entendió, y la dejé citada y en mi atención en box me ayudó la facilitadora, contextualizó y todo.

- ¿Sientes que era un tema de idioma o más cultural?

- Yo creo que cultural, Ese mismo día hacíamos la comparación de que hace 10 o 15 años atrás era impensable pensar que te iban a llamar a los carabineros porque le pegaste a tus hijos, entonces es una barrea cultural, sobre todo con la población peruana y haitiana que el castigo físico todavía está normalizado. Lo que nos pasaba a nosotros 20 años atrás les está pasando a ellos ahora, no entienden que el golpe no puede ser la forma de enseñarle a tu hijo. Entonces a veces no es solo el idioma, es también cultural. RMS2

A pesar de la conciencia respecto al contenido cultural de las dificultades de comprensión entre equipos y usuarios migrantes, se reconoce que la instalación de facilitadores interculturales ha sido pensada principalmente en términos de traducción lingüística a población haitiana:

Yo creo que hemos ido mejorando y estamos bastante bien con la traductora que tenemos porque eso nos permite avanzar, porque si el médico necesita a la traductora en el box- Antes no nos pasaba eso, en un momento fue complejo porque yo me acuerdo de que yo las mandaba a pesar de entenderles poco y hablarle casi a lo indio era como "mira, subir, dolor", cosas muy claras y lento, nosotros hablamos muy rápido y ellos se pierden. (...) Y los médicos les mandaban algo escrito, y no entendía, o les escribías las anamnesis y tampoco leían. Entonces decían "no entiendo, barrera idiomática", tú las mandabas por alguna patología y no entendía. Eso pasaba mucho. Ahora hablan mucho más español, y está traductora, es muy más fácil que el médico entre con la traductora. RMS3

La presencia de migrantes bolivianos de origen quechua o aymara que se emplean en labores agrícolas temporales en sectores rurales de la Región Metropolitana y colindantes, complica la situación ya que la instalación de facilitadores interculturales no ha sido pensada para esta población, que por su nacionalidad se espera sea hispanohablante, pero

que en términos reales no comprende necesariamente las prescripciones que se hacen dentro del sistema sanitario por ser principalmente hablantes de lengua indígena:

Mira, nosotros tenemos facilitadores por el tema de los haitianos, de quechua no tenemos, porque igual como tenemos hartos bolivianos, de quechua. Entonces ¿qué hago yo? Por lo menos en TBC si yo le quiero tomar un examen yo tengo trípticos en español, en quechua y en creol. Para control de niño sano, en quechua no tengo. Tal vez, ahora tengo que modificar porque me ha subido la población boliviana, antes teníamos más haitianos, como te dije, ahora migraron ¡muchos!. Entonces, tal vez el idioma es un factor importante también, que a veces, no estamos capacitados nosotros pa' hablar creol, quechua y todo eso. Entonces, tal vez eso podría ser una barrera. (...) O sea, no podemos- no les entendemos, entonces también ahí hay una pérdida de ese control, pérdida de información y esa persona se va, sin entender, sin estar con alguien que entienda el idioma. RMS3

Otro elemento que aparece en los testimonios de las entrevistadas se relaciona con actitudes de miedo y desconfianza respecto al sistema de salud, principalmente vinculado a la condición migratoria de las personas. Se reconoce que este miedo habría estado presente principalmente en población haitiana en primera instancia y que actualmente se extrapolaría a toda la población en situación irregular:

Hace muchos años se hizo una campaña acá en Melipilla porque efectivamente las embarazadas con el embarazo muy avanzado a inscribirse en el centro de salud, era una problemática, me imagino que no sabía- Porque, además, las personas migrantes tienen mucho miedo a acercarse a los centros de salud porque están en situación irregular. Entonces creen y sienten que si vienen a inscribirse uno va a dar aviso, va a informar que tenemos personas que no están con su situación regular, y había harta barrera. RMS1

El miedo sería una de las causas de las dificultades que encuentran los equipos de acercarse a esta población, que es representada como esquiva, desconfiada, que registra información falsa y que son incluso reacios a la relación con instituciones humanitarias:

Ellos ocultan mucho sus domicilios. Quizás por miedo o temor a pesar de que se les educa, se les habla, se hacen las rotativas donde salen los chicos a terreno, se hacen las cosas en la catedral donde va la encargada de Caritas y se les pide que regularicen sus documentos. Pero a pesar de eso, es complejo trabajar con ellos, Especialmente con los que son de zonas rurales, los que hablan más quechua, que viven en zonas no tan urbanizadas en Bolivia. RMS3

En este sentido, llama la atención que la principal preocupación en torno a la falta de acceso en las comunas incluidas en la muestra recae sobre la población boliviana, dado que la haitiana ha disminuido por los viajes de retorno, ha regularizado su situación migratoria y/o se ha adaptado al sistema de salud chileno. En cambio, la población boliviana es considerada más problemática:

A la que yo encuentro que le cuesta más es a la boliviana. Es porque entre ellos se pasaban el dato de que no las iban a atender. "¿y por qué no llegaste todavía?" "es que no sabía, es que tenía miedo", "y este embarazo no planificado, ¿por qué no viniste antes?", "es que no sabía, es porque me dijeron que no podía", y es ahí donde no acceden.

Eso ha ido mejorado bastante. La que más llegan precozmente son las otras, haitiana, venezolanas no he visto ninguna- debe ser muy raro que llegue una muy atrasada, las he visto pero es poco, es menos frecuente, se adaptaron mejor (...). Yo creo que nuestro mayor problema hoy en día es la mamá boliviana. RMS3.

De hecho, en intervenciones con trabajadores temporeros bolivianos los equipos de salud han percibido el temor que tiene esta población frente a los servicios de salud, al homologarlos con otras instituciones vinculadas al control migratorio.

ellos creían que si llegábamos acá (sus lugares de trabajo), nosotros prácticamente íbamos a llamar a carabineros, a PDI como para deportarlos. RMS3

Por otra parte, al igual que entre las familias con niños a cargo, el tiempo es considerado una barrera importante de parte de los trabajadores de salud, tanto por la falta de disposición de él con que cuentan los usuarios, al deber compatibilizar labores de trabajo con crianza, como la existencia de una temporalidad que presiona a los equipos por el cumplimiento de metas, la resolución de listas de espera y la saturación del trabajo cotidiano:

Lo ideal es que antes entregaban como un papelito, entonces las cosas iniciales eran la inscripción y el EMPA para los adultos y los controles de los niños, y ponte tú decía ficha familiar, y esa la hacemos nosotros con la entrevista social. Se les entrega a todos, pero no todos llegan a pedir la hora, porque la población se inscribe en el SOME y se manda al equipo correspondiente y piden las horas que ellos quieren al final. Algunos piden todo, y otros que solo piden lo que ellos quieren y luego no todos llegan por tiempo, por distintas cosas, ellos te dicen que es por tiempo. RMS2

Esta falta de tiempo de parte de los usuarios es relacionada por las entrevistadas con el tipo de trabajo que ejercen las familias migrantes en Chile, que priorizan a toda costa la generación de ingresos.

Ellos trabajan mucho, trabajan como chinos, de verdad son muy trabajadores, agachaditos trabajan en el campo, rápido y se llevan su buena plata. Pero mucha plata mandan para el extranjero y sobreviven acá. RMS3

En el caso de la población boliviana, las entrevistadas reportan que se trata de una población que prioriza el trabajo remunerado por sobre el cuidado de los niños a quienes dejan a cargo de otras cuidadoras, sin destinar tiempo para sus atenciones de salud, lo que genera muchas dificultades con los equipos:

Los dejan con personas De la misma nacionalidad que son tías, que son primas, que son amigas. Pero cuando uno busca más información le dicen que no tienen antecedentes. No, dices "ya, entonces dame el teléfono porque voy a llamar", de hecho yo en control sano digo "ya, dame el teléfono de la mamá para llamar y preguntarle", porque vienen al control sano con las cuidadoras y ellas no saben cuándo le preparan la leche, no saben si lo baña todos los días, no saben nada, lo único que saben es que me dicen "la mamá le dejó dos mamaderas, yo le doy una en tal horario, le doy otra en tal horario y después lo vienen a buscar". No saben nada, entonces están vulnerando mucho el derecho de ese, de ese lactante, de ese niño. RMS3

A pesar de que se reconoce como una barrera de las mujeres migrantes al no priorizar el tiempo para el cuidado de los niños, también existe un reconocimiento de las lógicas de funcionamiento del sistema como altamente demandantes de un recurso escaso. De hecho, en torno a la toma de horas, el tiempo se reconoce como una barrera transversal, compartida por nacionales y migrantes:

Las horas médicas que tienen que ser a las 8 am, esa sí es una barrera porque les pasa a todas, no solamente migrante. Y claro, hay mujeres que tienen problemas de salud mental, sea migrante o lo que sea, tienen que estar antes de las 8 en el CESFAM, porque a las 8 ya no quedan horas médicas, entonces en la fila grande, no alcanzaste, te quedaste sin hora. Entonces una entiende también que es difícil. RMS4

Esta falta de tiempo se exagera cuando se observan las dinámicas de cuidado en hombres, quienes son reconocidos como la población que más barreras de acceso tiene a salud, justamente por los horarios que cumplen y por patrones de género que favorecen la atención de las mujeres en tanto cuidadoras de otros/as y portadoras de funciones reproductivas:

En general, los hombres no se atienden mucho en salud. Porque venir a una hora a las 9 de la mañana quizás implica que esa mañana no va a trabajar, y si no lo hace no le pagan el día, entonces generalmente recurren a los SAPU después el horario laboral. No se ven hombres con niños, casi nunca llegan los papás. RMS4

Por último, también se reconoce que el tiempo es una barrera que viven también los equipos de salud, debido a la falta de recursos, las múltiples funciones que deben cumplir, la presión por el mantenimiento de metas y la sobrecarga que ha sufrido el sector salud, especialmente durante la crisis por COVID-19.

Nosotros estamos al debe con el trabajo en terreno. (...) Yo tengo ocho horas protegidas para eso y por eso puedo ir a los colegios, a las ferias, pero falta que todos trabajemos así. Pero no nos da, no nos dan el recurso, porque estamos saturados atendiendo las asistencialidad. (...) los que trabajan en participación, trabajan directamente con las comunides, pero son veintidós horas que les dan. Pero las otras veintidós te aseguro, te aseguro que están saturados haciendo informe, asistencialidad, entonces siempre es limitado. RMS4

Estamos reventados, de verdad te lo digo sinceramente, reventados porque tratamos de sacar todo. Nadie acá, tu vienes acá a este cesfam todos se van a las seis de la tarde y salimos a las cinco y media. Llenando fichas, escribiendo el que llegó es que lo otro ¿por qué? porque tratamos de hacer lo que podemos y nos piden y nos piden y llegan y nos piden que llenemos otro más, otra cosa, que nos aplican otra pauta ¿Y el personal cuando lo van a fortalecer? ¿cuándo vamos a llegar a trabajar en comunidad? ¿cuándo vamos a estar trabajando en terreno? que es lo que eso es APS. Promoción y prevención estamos en pañales, así nunca hay tiempo para nada. RMS4

Esta sensación de desazón por la falta de tiempo es compartida por las entrevistadas, que la reportan como injusta, vinculándola también con las exigencias del sistema:

Además del tiempo de migrantes y equipos de salud, una última dimensión que se podría considerar como anclada en un nivel individual tiene que ver con la sensibilidad personal de los equipos de salud respecto a las temáticas migratorias y los esfuerzos por comprender los comportamientos que están al centro de conflictos y malentendidos:

Yo creo que la sensibilidad se logra conociendo la realidad de las personas que están migrando, ¿por qué están migrando? ¿Por qué eligen acá y no allá? Porque el comentario que se puede escuchar en los centros "¿Para qué se vienen a Chile a vivir en esas condiciones? ¿Por qué no se quedan en su país mejor? Pero efectivamente pocos se preguntan cuáles eran esas condiciones y qué los hace tomar esa decisión tan drástica, de separarse de la familia y venir aquí aventurarse, partir de cero. Entonces cuando puede llegar a empatizar con esa realidad, creo que el sistema de salud se hace un poco más amable con el migrante. Pero mientras exista esa barrera de pensar "¿para qué se vienen? A quitarle la pega a los chilenos, ahí se va a generar una barrera. RMS1

Esta sensibilidad aparece principalmente entre los equipos de atención psicosocial, que tienen más tiempo para recopilar los datos de la familia y realizan atenciones integrales, mientras que también se reconoce al personal de SOME y algunas atenciones biomédicas como quienes más dificultades pueden tener para desarrollar tal sensibilidad personal:

Se ha avanzado en contextualizar y obviamente atendemos con un enfoque de salud familiar, tratamos de contextualizar a los individuos y los grupos familiares en un sistema en el que están viviendo. Obviamente eso ayuda a contextualizar a las familias que están migrando y están llegando a Chile y como que están viviendo una crisis. Uno no migra, no sé si porque quiere, es porque están viviendo en malas condiciones, y es una crisis, sea porque quisiste migrar de una forma o porque tuviste que hacerlo obligado. Es una crisis establecerse en un país que no es el tuyo, que no tiene tus costumbres, no está tu familia. Eso se ha logrado un poco con todas las capacitaciones y todo, que sí, podemos observarlos (...). Pero yo te hablo desde mi área que es más social y tenemos que verlo así, pero no sé si es así en todas las áreas, por ejemplo, del SOME, que yo sé que las chiquillas hacen su esfuerzo, obviamente con el tema de no discriminar ni nada... pero falta, porque sí hay maltrato, a veces llegan quejas, que no me atendieron, que me dijeron esto... entonces es difícil porque es muy personal. RMS2

De hecho, la sensibilidad personal en torno al tema aparece como vinculada a los gustos o preferencias de cada trabajador de salud, entre quienes existirían personas que “no quieren” trabajar con migrantes, tal como se evita el trabajo con ciertas poblaciones como niños o ancianos:

Aquí nosotros tratamos a todos por iguales, no te puedo decir todos los profesionales porque yo sé que no, pero por lo menos nuestro sector que es mi sector, el rojo, nosotros trabajamos, somos un equipazo, nos gusta, nos gusta y yo sé, uno sale y uno- la matrona, por ejemplo, trata igual a todo el mundo, la asistente social igual. Entonces, yo sé que en mi lugar que yo estoy viendo que lo hacen, lo hacen. Pero yo sé en algunos lugares hay reclamos y ah ya, uno sabe, porque hay gente que es menos empática y que, lamentablemente, tenemos profesionales que no les gustan los migrantes, no les gusta atender, como tampoco les gusta atender niños y atienden solo adultos. Que son cosas que sí pasan, pero pasan en todos lados y en todos los trabajos yo creo, ya. Porque también existe el racismo, yo sé que hay profesionales que son racistas. Lamentablemente. RMS4

• ***Barreras sociales y económicas***

En esta sección de las barreras mencionaremos dificultades que los propios entrevistados vinculan con las condiciones socioeconómicas de la población migrante y que tienen efecto sobre su falta de acceso y uso de los servicios de atención de salud dedicados a la población de NNA.

Uno de los temas que emerge en esta dimensión se relaciona con la situación de calle en la que viven varias familias migrantes con niños en Región Metropolitana y otras regiones y que han sido reportados durante los años de pandemia, sin que se hayan instalado estrategias específicas para abordarla:

Que tengamos mamás venezolanas en controles que vivan en la calle no tenemos, ellas no llegan. Lo que una observa en las calles es que andan pidiendo, y se supone que vienen de Santiago a pedir acá en la calle con los niños. Es muy raro que se estén controlando, lo he escuchado en el CESFAM, pero no tenemos estrategias para trabajar con ellas, esa situación sí ha aumentado. RMS3

La situación de calle también se vincula con la habitabilidad de estas familias y sus posibilidades de realizar las tareas de cuidado de niños en condiciones seguras y protegidas. Al respecto, en especial en comunas como Quinta Normal, existen testimonios respecto al registro de condiciones de hacinamiento en que se asentaron las poblaciones haitianas y peruanas:

Yo nací aquí, conozco harto el sector y yo hace muchos muchos años no veía personas en situación de calle o pidiendo en la calle. Y efectivamente son personas de nacionalidad venezolana mayormente, nunca he visto a personas haitianas pidiendo en la calle, pero sí venezolanas, y con niños, he visto mamás con niños, niñas. Pero ellas no llegan, no, por lo menos acá no llegan mucho al CECOSF, porque seguramente porque somos uno de los centros más chicos, y seguramente de ellos se hacen cargo los centros más grandes (...) Pero acá no hemos intervenido ni hemos visto niños migrantes en situación de calle, no ha pasado todavía. RMS1

Estas condiciones de vivienda se distribuirían de distinta manera según las nacionalidades, siendo, al parecer de las entrevistadas, las migraciones de venezolanos las más propensas a generar formas de arrendamiento en familias en departamentos, mientras que haitianos y bolivianos estarían más hacinados y en peores condiciones debido al arrendamiento de habitaciones en estructuras habitacionales antiguas, en malas condiciones y compartiendo servicios higiénicos con personas desconocidas:

Aquí en Santiago, ellos [venezolanos y colombianos] creo yo que viven mucho mejor que los bolivianos y haitianos, porque quizás vienen en familias, y entre ellos se conocen, hay venezolanos que no viven bien, pero lo que he visto es que viven en familia, arriendan una casa, un departamento entre familiares, mamá, hermana, abuela, eso. Son más de familia. Arriendan piezas, pero menos, lo que yo he visto acá en el CESFAM. RMS3

Los haitianos, por otra parte, son considerados grupos que han logrado generar estrategias de arriendo más independientes para los núcleos familiares o que se han transferido a tomas y campamentos, debido a que en años recientes estuvieron muy sometidos a la arbitrariedad del sistema inmobiliario que propiciaba abusos hacia esta población al impedirles el acceso arriendos formales y en condiciones mínimas de saneamiento:

Hacinamiento principalmente. No tanto las personas haitianas, esos a veces arriendan una pieza, pero es su familia; no así los bolivianos o venezolanos que viven con otras familias, con más niños, más grandes. Pero las personas haitianas que veo acá es que tratan de arrendar una pieza ellos y su familia o se han ido también. Pero sí, efectivamente cuando vamos a hacer visitas, las camas... no tienen mucha ventilación, entonces claro ahí la enfermera es la que pone la alerta por el riesgo de neumonía de los niños en los más chiquititos. Sí, hay hartos problemas de hacinamiento asociados a la salud.
RMS1

El trabajo temporal que realizan migrantes bolivianos en la Región Metropolitana y sus comunas rurales también los expone a situaciones de habitabilidad que pueden llegar a ser desconocidas para el sistema de salud, que muchas veces no los logra ubicar debido a las lógicas de movilidad que implica el trabajo temporal:

[...] quizás pueden vivir en las frutillas "en el campamento" que ellas le llaman. Es otra realidad que yo creo que- a veces me dicen "no, es que nos fuimos de campamento para Rancagua", chuta, campamentos, se fueron a vivir, no creo que se vayan en carpa, pero en realidad nunca les he preguntado- pero dicen "me voy a campamento" porque se van a trabajar a una zona donde están ahí en frutillas. Y de "No, estaba de campamento en San Pedro" y entonces ahí los niños quedan en piezas, al cuidado de algún pariente, vecino, no sé RMS3

Los efectos que estas condiciones de habitabilidad tienen sobre la salud de NNA y sobre la posibilidad de acceder y usar servicios dedicados a su cuidado son evidentes y a menudo son vinculadas por las entrevistadas con situaciones de negligencia, violencia y vulneración de derechos:

Recogen los recibos de luz o agua de otros lugares, cuando tú vas a ingresar un factor de riesgo en su ficha (de mujeres embarazadas), vas a buscarlas y no las encuentras. Los teléfonos no los contestan, te dan número de WhatsApp, acá casi no usamos el WhatsApp, sino que el llamado telefónico, entonces es complejo lograr ubicarlas. Les preguntas, y todas viven en la San Serapio, y tú dices ¿qué es? es una iglesia en la Av. Libertad, les preguntas ¿qué calle?, ¿qué número?:
No saben número, no saben direcciones, entonces complejo, entonces una va sacando por conclusiones donde viven, ocultan mucho sus domicilios y eso como que a la larga agobia. RMS3

En relación con lo anterior, la movilidad de esta población también es vista como un obstáculo importante para el ejercicio de sus derechos de salud, en especial, de los NNA. Los cambios continuos de domicilio, de número telefónico y la dificultad para ubicarles son considerados factores que agobian la relación con este grupo, acentuando las dificultades de atención:

Otra cosa importante es el hacinamiento aquí en Santiago. Y que eso también lleva a otras cosas como, por ejemplo, que tú golpees al hijo, a los gritos. Son niños que cuando tú los ves que llegan a la atención son hiperactivos, yo me he do cuenta que a veces las mamás hacen un esfuerzo muy grande en la atención de no darle el golpe. Esas cosas que aquí no está bien, no es bien visto, que distinto es que tú a tu hijo le das una nalgada, ya no lo vas a hacer ni en la calle ni delante de otra persona ¿no? Ahí tú te contiene "estoy en otro lugar en otro país, y esto hay que verlo".
Pero yo creo que es eso, el hacinamiento, la cantidad de niños, el mismo hecho de las condiciones de vida, no tener trabajo, el trayecto migratorio, desde cuándo estoy así, también pensar en que dejé a otros hijos en el país de origen y no les puedo mandar dinero, me siento engañado por el hecho que aquí iba a ser mejor y es 3 veces más difícil... Entonces todo eso se une y aparecen otras cosas. RMS1

Esto es particularmente complejo para poblaciones que siguen patrones móviles en torno al trabajo temporal que ofrece el sector agrícola. En particular la población boliviana:

Cambian mucho de número, mucho de número. De hecho, vienen a controles y nosotros siempre actualizamos y nunca tienen el mismo número las que tienen, eso también se ve harto acá y migran mucho de lugar a otro. De hecho, vamos no sé po a un control sano una vez, después vamos al seguimiento y se cambió de casa. Se cambian de sector, nos estamos traspasando los casos de aquí pa allá de allá pa' acá, porque migran mucho, se pierden, se van. RMS4

Todos estos factores acentúan una visión negativa de la población migrante que emerge de los relatos de entrevistados que, aún sin querer caer en estereotipos y basándose en su propia experiencia, relatan percepciones en las que se repiten elementos negativos que en ocasiones pueden ser potenciados por los discursos discriminatorios que abundan en medios de comunicación y redes sociales:

Al principio las embarazadas haitianas no controlaban mucho sus embarazos, llegaban con ingresos tardíos, que son sobre las 12 semanas de gestación, no venían mucho a control y eso costaba entenderlo. Después cuando nace, el tema del apego, de la lactancia, yo he escuchado, no sé si son mitos o realidad, que tenían menos tolerancia al dolor, entonces apenas daban pecho les dolía y ya no daban más. Luego con el tiempo me he dado cuenta de que no es tan así, pero hay harto prejuicio también dando vuelta. RMS1

Respecto a la población haitiana, por ejemplo:

La verdad que una de las cosas que nosotros notábamos era la falta (...), pero entendiendo que hay otra dinámica atrás, pero había falta de aseo, de analfabetismo, de la cultura quizás. A veces vienen de zonas más rurales, entonces esa era la diferencia que notábamos.

Por ejemplo, que no se echaba perfume, no se echaban desodorante, el lavado, el baño, eran cosas que una notaba que se daban mucho. Eso fue cambiando con el tiempo, no sé si fueron viviendo otra experiencia, no sé si el acceso en esos lugares, quizás por las condiciones, acá quizás teníamos mucha más disponibilidad de útiles de aseo, de agua, pero eso se veía sí mucho. RMS1

La población boliviana, por su parte, también es considerada menos preocupada e incluso “carente” de una cultura de salud. La siguiente cita refiere a la comparación realizada entre bolivianos y haitianos, siendo estos últimos más propensos a cuidar su salud, a diferencia de lo que sucedería con la población andina:

Pero no me pasa lo mismo con los bolivianos, especialmente lo de zonas rurales, que es agotador. No tienen la cultura de salud, no sé si decir la cultura, pero es complejo trabajar con ellos. [...]

La habitabilidad ha sido lo mismo. ellos incluso nos mienten mucho con respecto a sus direcciones, eso nos genera un agobio. La misma asistente social nos dice "vamos a las direcciones, y son direcciones que no corresponde, viven unos abuelitos ahí". Claro, la verdad es que viven hacinados, a veces en un departamento viven 16 personas, ¿cómo viven 16 personas en un departamento? Pero ellos vienen a trabajar acá, esa es su prioridad. RMS3

Estas visiones negativas en torno a ciertos colectivos migrantes se suman al factor de género que impacta negativamente sobre la valoración de ciertas maternidades como la boliviana que sería la menos propensa a adherir al sistema de salud chileno, al priorizar el ejercicio de tareas remuneradas y delegar los cuidados en otras mujeres adultas que no son sus cuidadoras principales:

La mamá boliviana ella, lo que yo observo, a la semana a veces deja de darle pecho a su hijo y se va a trabajar al campo. La queja que tenemos es porque se entiende la necesidad, pero nos baja los indicadores, y no es solamente un número, sino que recibimos más o menos plata. Estas mamás dejan al cuidado de otros niños a estos niños mientras ellas van a trabajar. Me toca ver embarazadas boliviana "no, es que lo estoy cuidando a él porque la mamá está en el campo y es mi prima, o una amiga", y cuidan a otros niños. De que os traen, los traen, la que más cuesta que venga a los controles es ella. Entendiendo también que es la que va a trabajar. Otras también se dedican a la casa y cuidan a otros niños, mientras otras mamás van a trabajar. Siento que la mamá boliviana especialmente en las zonas rurales es la que más cuesta que adhiera a los controles. RMS3

• ***Barreras estructurales***

Como se mencionó antes, las entrevistadas si bien reconocen barreras que estarían asociadas al comportamiento de las familias migrantes y a sus condiciones de vida, también son capaces de visibilizar aspectos del funcionamiento del sistema que restringen tanto la acción de los equipos de salud, como de las poblaciones usuarias. En este sentido, las participantes coinciden en que las horas y el tipo de contrato que se genera para los facilitadores interculturales no da respuesta a la necesidad real de atención que existe por parte de la población migrante.

El tema de la facilitadora nosotros tenemos solo en la mañana, a lo mejor se podría mejorar y tenerla 44 horas, caemos en que podemos atender a esta población solo en la mañana. Uno de los nuestros equipos se enfocó en la población haitiana que no hablaba español entonces eso facilitaba más la pega de la facilitadora, porque se enfocaba sólo en estar con ese equipo. Pero con la pandemia eso no siguió, ahora están más repartidas esas atenciones y si no hay facilitadora, jodió no más, no entendimos, se perdió la atención. RMS2

Los facilitadores no solo resultan clave para la atención de la población haitiana, sino que deben ser adecuados a las necesidades de territorios específicos, como el de las zonas que están recibiendo migrantes bolivianos quechua hablantes. De hecho, una entrevistada reconoce que la presencia de un/a facilitador/a de esa lengua podría favorecer la resolución de conflictos que existen con estos grupos, haciendo las atenciones más eficaces y expeditas:

Deberíamos tener sí o sí debe estar presente los facilitadores, como te decía, sí o sí en horario completo desde que el CESFAM abre hasta que cierra, no algunas horas. Y no tan solamente de creole, sino que también de quechua. Nosotros tenemos muchos usuarios quechua que de repente estamos horas, se nos extienden las atenciones, porque no manejamos el idioma, no nos entienden y nosotros con dibujitos tratando de que se vayan con las ideas claras o con alguna indicación clara. Eso sería esencial, pero imagínate a mí ¡cuando me van a poner un facilitador quechua! RMS4

Una entrevistada de hecho reconoce que su “principal problema” son las madres bolivianas y que para trabajar con este grupo sería fundamental contar con facilitadores:

Me pasa mucho que hay mamás que me dicen que ellas no querían esta guagua, "pero no viniste al consultorio", "pero es que no sabía, es que tenía miedo", y pienso pucha, cómo educarlas, cómo enseñarles que hay un centro al que pueden acudir, que nadie les va a negar esa atención.

El tema estructural es un tema. Yo creo que nosotros tenemos las traductoras, así que está el tema con las mujeres haitianas. pero tenemos una barrera con las mamás bolivianas, yo creo que habría ver en qué momento podemos hacer un cambio de traductora- porque yo creo que el gobierno nunca no va a cubrir la necesidad de tener una facilitadora boliviana. Yo siento que ese es el mayor problema que tenemos, y por plata. Pero acá que hay tanta población boliviana, tener a una facilitadora que sea el nexo con ellos y disminuir el embarazo no planificado, porque no los quieren, no está en sus planes embarazarse. RMS3

También se reconoce como barrera estructural la disgregación en el acceso a horas, en el sentido que se ofrecen prestaciones para días y horarios diferentes para un mismo usuario que implica perder jornadas de trabajo para los padres, en el caso que se trate de niños:

Nosotros ya hacer harto tiempo tenemos actividades de nuestro centro en que todas las familias, extranjeras o chilenas, si vienen a inscribirse al centro, a primera atención le dan hora con la asistente social, es lo primero que hacen. Yo me inscribo en el CECOSF y además se va con una hora a asistente social porque ahí evaluamos a la familia, luego ella le va a dar otro papelito para que vea hora con matrona, con enfermera, con dentista, con salud mental, luego las leches, entonces claro, ellos vienen por una cosa puntual y les damos muchas horas que son muchas horas o días sin trabajar. RMS1

También existen referencia a las listas de espera que se produjeron durante la pandemia y que no han podido ser resueltas para toda la población usuaria.

Barreras no tenemos en acceso, por lo menos en APS no hay una barrera, al contrario. Sí tenemos lista de espera, pero lista de espera de repente en general para toda la población, no es- y eso podría ser una brecha importante que a veces estamos, en tiempo de pandemia, nosotros priorizamos de cero a dos años, entonces quedó un poco botado el pre escolar y el escolar y el pre adolescente, pero eso es para todos, no para migrantes. RMS2

Por último, también se destaca la falta de horas profesionales para atenciones específicas como salud mental, donde la población migrante no suele estar incorporada:

Salud mental, ahí tenemos una brecha mala. El equipo de salud mental acá es muy pequeño, ya. Hoy en día post pandemia, cursando casi el tercer año de pandemia tenemos un poco la embarrá con el tema de salud mental, porque es yo encuentro que ha aumentado mucho, tanto, tanto, tanto la población que requiere esta prestación, que ahí estamos mal. Eso es un caso que no podemos cumplir. De hecho, a los dos meses nosotros vemos Edimburgo alterado, que es el examen que hacemos de depresión post parto, que se llama Edimburgo, este sale alterado de los diez puntos, entonces nosotros lo hacemos y después lo volvemos a aplicar a los seis meses, si esto mejoró, si disminuyó si agravó. Y desde que nosotros hacemos la primera derivación a los dos meses, a los seis meses ni siquiera la han llamado. ¿Por qué? porque es muy alta la lista de espera y hemos trabajado hartito con eso, con lo de salud mental, pero no hemos llegado a acuerdos porque no hay lucas pa' contratar equipo de salud mental, simplemente no hay. RMS4

3.4.4. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE LA XIII REGIÓN METROPOLITANA

- ***Acciones intramuro***

Al igual que en la Región de Tarapacá, los trabajadores de salud identifican una serie de iniciativas que han facilitado el acceso a servicios de salud por parte de la población migrante, algunas dentro de su organización intramuro y otras en articulación con la comunidad y/o extramuro. Respecto a las primeras, se mencionan las decisiones que toma cada centro de salud respecto a los procesos de inscripción, algunos de los cuales son gestionados por trabajadores sociales de modo de pesquisar necesidades, generar orientación, al mismo tiempo que se realizan los trámites para la inscripción:

acá (nombra el centro de salud) es la asistente social es la que genera los RUT provisorio para atenderse en salud. Muchos piensan que es casi para regularizar su situación. Pero sí llegan harto para gestionar su previsión. (...) Así no solo gestionan el trámite, sino que también puede identificar algún riesgo u otros temas. Si, siempre surgen más temas, yo vengo a buscar el NIP, pero además le informan que tienen al hijo que no tiene leche, tienen cierta situación, claro. [...] todas las familias, extranjeras o chilenas, si vienen a inscribirse al centro, a primera atención le dan hora con la asistente social, es lo primero que hacen. Yo me inscribo en el CECOSF y además se va con una hora a asístete social porque ahí evaluamos a la familia. Además, estamos tratando de trabajar harto en el modelo de salud familiar, así que la puerta de entrada es la asistente social. RMS1

Esta medida busca además generar adherencia en los usuarios, esperando poder ser un primer momento de orientación en el funcionamiento del sistema. Es importante mencionar que herramientas como éstas son funcionales a centros de salud de pequeña escala donde se espera conocer a la población usuaria y poder tenerla bajo control, lo que es más difícil de escalar en centros de mayor envergadura:

como somos un CECOSF tenemos una población pequeña y controlada. Entonces a esa mamá haitiana que tuvo a su hijo acá le hacemos las mismas visitas, insistimos con el tema de las vacunas. [...]Entonces nuestra población es súper controlada, tenemos a las familias súper identificadas, quiénes son de riesgo y quienes no. RMS1

Embarazos son, tal como la literatura lo reporta, la principal materia de interés y control en estos espacios de atención:

Con las embarazadas cuesta menos, porque la población es menor, y están súper controladas, todos los meses se hace el control de quién vino y quién no y si faltan hacemos rescate inmediato. Lo mismo los niños, si no viene una, dos veces, hay que hacer visita domiciliaria. RMS2

Esta estrategia permite, además, ir aumentando la cobertura de la familia, ya que al tener atenciones con asistente social no solo se produce la inscripción del usuario que presenta la necesidad de salud, sino que se amplía a toda la familia, fortaleciendo el enfoque de salud comunitario en el que se basa nuestro modelo de atención primaria:

Yo (trabajadora social) hago la entrevista a la población que se inscribe al CESFAM, entonces al principio cuesta, generalmente es porque nosotros les decimos, en la educación de los Controles Sanos de los niños más chicos igual preguntamos por familia, si tienen hermano, si están inscritos, si tienen los controles al día, y si no, se les da la orientación para que lo hagan, que inscriban a los adolescentes, todo. Y así van llegando de a poco. RMS1

Esta es también una instancia para transmitir el modelo de salud chileno y la importancia que le da a los controles durante los primeros años de vida, importancia que no siempre es entendida en primera instancia por las familias usuarias:

nosotros les aclaramos y les decimos que es importante en el caso de los niños porque como está garantizado el acceso a la salud y la educación, es importante que los niños estén registrados, porque no hacerlo se considera una vulneración de los derechos del niño. Entonces a veces los papás realmente no lo saben y por eso aclaramos, les insistimos y sobre en la importancia que tiene acá en Chile que los niños lleven el Control de Niño Sano. Porque en muchos de los países de dónde vienen las personas migrantes el Control de Niño Sano no es tan importante, o sólo hasta una edad determinada. RMS1

• ***Facilitadores y Gestores Interculturales***

La figura del facilitador es identificada también por los trabajadores de salud como figura clave en la relación con comunidades migrantes, no solo por su rol como traductor/a, sino por la posibilidad de generar vínculos con la comunidad:

La gestora lo que tiene que hacer es vincular con la comunidad, ser el vínculo entre el personal de salud y con la comunidad. Ella puede hacer censos, trabaja con nosotros en salud familiar. Igual nos ha ayudado muchísimo porque también hace de traductora, aunque no es su función hace muchas labores de traducción.(...) Ella trabaja en conjunto con la encargada de participación comunitaria que es la asistente social. Tenemos otro encargado de promoción que es un equipo. Entonces, efectivamente en actividades con la comunidad, ferias de salud, esa es más o menos la función que hacen. Hace poco se creó a fines del año pasado una agrupación de mujeres migrantes en el CECOSF, y la facilitadora es la que está a la cabecera con la asistente social. RMS1

Este vínculo permite que el resto de las acciones que puedan generar los trabajadores desde sus distintos sectores, tengan una mejor llegada a la comunidad migrante en particular:

Con ella hacemos guías anticipatorias en creole, porque siempre las guías anticipatorias y el material es súper general. Y tú te encuentras con la particularidad en ese caso y cuesta un poco trabajarla, es el mayor problema que tengo y en eso ella nos ha ayudado mucho. RMS1

Yo hice un video para aumentar el ingreso precoz de migrantes, que incluyo mi colega lo subió a YouTube. Después hicimos un QR para cuando las chiquillas fueran a la reunión de migrante- porque me acuerdo que una vez hablé con una boliviana que se supone que las lideraba y me decía "mire, vamos a transmitir en vivo" y ponía su cámara "vamos a transmitir, aquí estoy con la doctora, estamos para que vengan a hacer sus controles, sus ingresos de embarazo, mire cómo se van uniendo". Y claro me decía "usted no saca nada por hacernos un tríptico porque el boliviano no es de leer, es de mirar". Entonces yo dije, ya, hay que hacer el video y tratar de pasarles el QR para que lo pinchen y vean el video. RMS3.

De hecho, en uno de los relatos surge una solución a la que llegan junto con una líder boliviana que informalmente apoyaba al equipo de salud en temas de adherencia a atención de gestantes:

Este episodio da cuenta de las soluciones simples que surgen cuando se articulan personas significativas de las comunidades migrantes con equipos de salud, en la resolución de problemas específicos, en este caso, la baja adherencia a los controles prenatales que presentaban las mujeres bolivianas. Sin embargo, al no ser experiencias sistematizadas, que puedan incluirse entre las actividades comunitarias de los centros, éstas se reducen a colaboraciones puntuales que no se perpetúan en el tiempo.

Por último, también cabe mencionar que existe interés de parte de las personas entrevistadas, de acceder a mayor conocimiento en temas lingüísticos y culturales de las poblaciones migrantes presentes en los territorios, temas de los que se informan a través

de conversaciones espontáneas con los facilitadores y con colegas de origen extranjero presente en los centros de salud:

también nos gustaría trabajar tal vez si existiera, que nos capacitaran en horas extras, porque no sé en qué horarios sería otra opción, en el tema de los idiomas, de las comidas, entender también un poquito a ellos. RMS4

- ***Acciones extramuro***

Intervenciones comunitarias de diverso tipo son también mencionadas por las entrevistadas como iniciativas que reafirman el modelo comunitario y al mismo tiempo logran generar lazos de conocimiento mutuo con grupos que a menudo evitan el contacto con los centros de salud.

Es necesario que la salud sea como, más territorial, (...) eso me pasa, es como "señor ¿y por qué no había venido antes?", "no, es que no sabía que podía acceder a esto". Entonces ahí estamos fallando, nosotros hacemos ferias de salud, pero al o mejor falta aún más, dirigirnos a lo mejor a la salida de los colegios, o los días sábados, o más un puerta a puerta en lugares en que una sabe que hay migrantes, por ejemplo, tenemos una calle que nosotras sabemos hay hartas casas que son como estos cités, entonces a lo mejor salir a la calle, porque eso descongestiona también el consultorio RMS2.

Muchas de estas actividades han quedado rezagadas como efecto del periodo de pandemia y no han sido priorizadas en la reactivación de las prestaciones dedicadas a promoción y prevención:

Se hacen reuniones para abajar el tema migrante, la última vez hablamos como CESFAM de ir a las ferias, pero al final con todo el tema de vacaciones y puesta en marcha de salud familiar quedó en stand-by. Quedo pendiente ir a la feria los domingos para bajar información, llegó las vacaciones, se tiene que reactivar. RMS3

La realización de talleres también se considera entre las principales actividades organizadas con la comunidad, aunque estas no siempre se sitúan fuera del consultorio, sino que tienden a mantenerse en el espacio intramuro. Algunas de ellas han tenido un enfoque explícito en el trabajo con familias migrantes, aunque otras mantienen un carácter de prestación transversal, como los talleres asociados al Chile Crece Contigo en los que, al parecer, la participación depende del hecho que sean presentados como parte de los controles de salud:

Acá invitamos a las mamás en general, extranjeras o no, invitamos a todas a las actividades promoción, eso es algo transversal en todos los centros. Los talleres NEP (Nadie es perfecto) se estuvo haciendo online, vamos a ver si retomamos el online, porque muchas no venían al centro y se acomodaban, hay varias que tienen hijos y les es difícil salir, otras trabajan y tampoco pueden venir. Igual como que vienen medio “engañadas” porque si les dices que va a ser un taller, no vienen, vienen porque es como un control, porque es un taller control finalmente. RMS3

Por último, las entrevistadas reconocen que se trata de iniciativas puntuales puesto que en general, según su evaluación, el modelo de atención de salud familiar sigue estando centrado en el box con pocas instancias de diálogo continuo con las comunidades presentes en los territorios:

APS debería cumplir todo el rol de educación, de promoción y prevención (...), yo siento que APS honestamente no estamos haciendo la pega como corresponde. APS deberíamos estar en la comunidad, en la calle, no acá. Que de hecho, siempre ha sido mi discurso cuando fui pidiendo por favor, no quiero ver la asistencialidad porque no tenemos la prevención y la promoción, ¡quiero estar en terreno!, ahí es donde nosotros podemos prevenir y promover la salud. No haciendo asistencialidad. Eso falta, falta recursos de profesionales que estén trabajando en terreno, que estemos haciendo la pega de APS. APS claro, tenemos que tomar exámenes y todo, pero ¿por qué estamos viendo tantas morbilidades y tantas descompensaciones? porque no estamos trabajando en la comunidad. Estamos intentando dentro de lo que podemos, pero no están los recursos. No están y los recursos tienen que estar ahí afuera, no aquí. No estaríamos tan colapsados si hiciéramos bien la prevención y la promoción. RMS3

• *Personal de salud de origen extranjero*

Por último, también en los equipos de salud se valora positivamente la presencia de médicos y personal de salud de origen extranjero, a pesar de que persiste la idea que vengan a suplir el trabajo que médicos nacionales no quieren hacer debido a los salarios del sector público:

tú sabes tenemos cualquier cantidad de médicos extranjeros, no denigrando al médico extranjero, porque el médico chileno no se viene al CESFAM porque se va donde pagan más. RMS2

A pesar de esta “sospecha” respecto a su presencia en atención primaria, este personal es particularmente valorado debido a la posibilidad de mediar con usuarios de su nacionalidad en cuestiones culturales, así como de comunicar aspectos desconocidos de la realidad migratoria a sus colegas. Respecto a lo primero, una entrevistada relata cómo las tres médicas de su centro son de origen extranjero y han sido fundamentales para resolver dudas específicas, así como abrir temáticas atinentes a la diversidad cultural, como son los patrones alimentarios, las pautas de vacunación, etc.:

Una es colombiana y a otra es venezolana, eso aquí nos ayuda harto en el tema de interesarnos en sus comidas y sus costumbres. O muchas veces una tiene una duda de algo, "dra. ¿sabe qué? llegó un niño venezolano y...", "no, tranquila eso es normal, pasa", y ese tipo de cosas. Pero han sido un tremendo aporte en la APS, yo creo que casi todos los médicos y médicas son extranjeros. Acá una es ecuatoriana, una colombiana y una venezolana, son las 3 médicas de nuestro centro. RMS1

En términos de relación humana estas presencias no solo permiten utilizar la confianza de base que existe entre miembros de un mismo equipo de trabajo, sino también recibir de primera fuente información respecto a la experiencia migratoria, haciendo más comprensible las circunstancias en las que se desarrollan los viajes y condiciones de vida de los usuarios:

Es como lo que uno compartir en el comedor, lo que conversa fuera del box, pero nunca se nos ha ocurrido hacerlo formal. Y la misma (nombre facilitadora) que es haitiana nos va contando, porque existe esa confianza.

-¿Siente que ha sido un facilitador en las atenciones con extranjeros?

- Sí, totalmente. Pero también conocer su experiencia de cómo y por qué migraron. Ellas son profesionales, pero claro hay personas que no son profesionales y llegan otras condiciones y ahí se hace más difícil, pero son historias tremendas igual, siendo profesionales no es que hayan "ah, ya me quiero ir" porque sí no más, entonces si fue difícil para ellas imagínese para nuestros usuarios. RMS1

RESUMEN

RESUMEN DE BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN, REGIÓN METROPOLITANA

	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
PROXIMAL	Dificultades comprensión y orientación en el sistema de salud	Barrera idiomática y cultural con población aymara/quechua y haitiana.
	Preferencia por atención en hospitales pediátricos, “paradigma hospitalocéntrico”	Miedo y desconfianza del sistema por temor a denuncia
	Alternación de servicios privados y públicos buscando acelerar prestaciones	Falta de conocimiento y sensibilidad sobre el tema migratorio en equipos
		Percepción negativa de colectivos específicos como p.e Bolivia y Haití
DEL SISTEMA DE SALUD	Malos tratos y experiencias de discriminación como factor de disuasión: miedo a perder la custodia de los hijos	Generación de múltiples citas para múltiples programas. Pérdida de horas
	Cobros discrecionales	Horario de funcionamiento de Centros incompatible con horarios laborales de trabajadores migrantes
	Problemas de gestión presencialidad y horarios acotados para el acceso a horas, recetas, alimentación etc.	Falta de recursos humanos del sistema. “Burn out” personal sanitario
	Fragmentación y falta de claridad de la información y de las prestaciones.	Falta contactabilidad y alta movilidad de la población migrante

		Falta de disponibilidad de horas facilitador intercultural
ESTRUCTURAL	Gasto monetario y de uso de tiempo en movilización a centros de salud	Condiciones laborales y de uso del tiempo
	Incompatibilidad de tiempo laboral con tiempos de cuidados y atenciones preventivas	Priorización de la generación de ingresos. Externalización del trabajo de cuidados en redes informales.
		Precarización condiciones de vida personas migrantes: situación de calle y priorización del trabajo sobre el cuidado materno (p.e lactancia)
		Condiciones habitacionales de comunidad migrante/ hacinamiento y vida en asentamientos asociados a la producción frutícola

RESUMEN DE FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN, REGIÓN METROPOLITANA

	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
PROXIMAL	Disposición de miembros de equipos de salud a facilitar el acceso y priorizar derechos de NNA	Educación y difusión de información en la primera atención en APS. Enfoque de salud familiar.
	Redes informales: familiares, amigos y redes sociales como fuentes confiables de información (salud transnacional)	Capacitación en las culturas de proveniencia de las comunidades migrantes: alimentación, lengua, etc.
DEL SISTEMA DE SALUD	Intervenciones educativas con cuidadores: acercamiento a familiares de pacientes migrantes como vínculo con comunidad	Trabajadores sociales como personal “de primera línea”, afiliación se hace junto con entrevista de ingreso y pesquisa de necesidades del grupo familiar.
	Incorporación de personal de origen extranjero que cumple labores de mediación entre sistemas de salud y representa confianza.	Capacidad de gestionar territorios de escala pequeña: conocer a la comunidad
	Presencia de facilitadores interculturales (en particular femeninos) y coordinación de prestaciones con ellos/as.	Introducción de facilitadores y gestores interculturales como parte de la vinculación con la comunidad.
		Uso de redes sociales y TICs en conjunto con facilitadores interculturales: transmisiones en vivo, generación de QR, informaciones por whatsapp
		Intervenciones comunitarias: ferias de salud, colegios, puerta a puerta, “descongestionar el consultorio”.
ESTRUCTURAL		Priorización del enfoque comunitario por sobre el asistencial

3.5. RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4 REGION METROPOLITANA

OBJETIVO 4

Problematizar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, profesionales, funcionarios y en los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en la región Metropolitana

3.5.1. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DE LAS FAMILIAS DE LA XIII REGION METROPOLITANA

Al igual que en la sección anterior en este apartado nos referiremos principalmente a los aspectos de accesibilidad y aceptabilidad (entendida también como pertinencia cultural) de los programas de salud desde la mirada de las familias a cargo de NNA migrantes

• *Embarazo, parto y puerperio*

En temas de atención de embarazo, parto y puerperio, entre las entrevistadas surgen experiencias positivas de atención, en las que se valora el cuidado prenatal, las prestaciones de parto humanizado y el acompañamiento post-parto, todas prestaciones asociadas al Chile Crece Contigo.

Todo está bien para mí, no siento nada de malo, todo está listo. (Atendió sus controles de embarazo en el Cesfam) Sí, todo está bien. RMF1

Fue buena experiencia, no me puedo quejar. Fue buena, yo llegué dije en la ventanilla que estaba embarazada. Me preguntaron si tenía el test, si tenía ecografía o algo y me dieron hora en seguida. Eso fue en el consultorio de Maipú, el de Pajaritos. Y bueno ahí te agendan las horas rapidito, bueno ahí ya tenía rut entonces fue más ágil, ya estaba inscrita en el consultorio. Hubo derivaciones a los hospitales todas las veces que fueron necesarias, los estudios, (...), Recibí información, fui a talleres también que se hacen en el consultorio. Había taller de masajes, antes de, también era de pre parto, no me acuerdo si preparto se llamaba pero era como ejercicio. Esos se hacían en el consultorio. RMF4

Estas experiencias positivas también se repiten en algunos temas de salud reproductiva como el control de PAP:

me hice una intervención hace poco, el año pasado, de un PAP alterado que me salió mal. Y también, nada que decir, super bien la atención, no me tienen como que dando vueltas de aquí para allá, no. Me atendieron como corresponde. RMF3

Sin embargo, entre algunas de las entrevistadas hay dudas respecto a su derecho a atenciones ginecológicas, emergiendo también barreras de información en estos temas.

Ni ellos, ni mi esposo, ni yo. También, porque por ejemplo yo no sé lo que es un ginecólogo acá ni nada de eso. RMF1

Esta falta de información es más preocupante en casos como la de la población haitiana, donde existen dificultades para comprender las necesidades de salud de la persona y el funcionamiento de los anticonceptivos que se ofrecen en el centro de atención. Al respecto una de las entrevistadas expresó una preocupación importante por ausencia de menstruación, sin que ella pudiera asociar tal ausencia con el uso de anticonceptivos inyectables que al parecer estaba haciendo, aunque no está segura de ello. En su relato:

Yo tengo solo un problema, yo no tengo sangre. Tengo, mi hija tiene 4 años, yo tengo 4 años no tengo planificación. Mira, como se dice, mira para no embarazarse. No tengo sangre por eso. (No está menstruando) no tengo sangre, te dice, te hacen un examen, te dice todo está bien solo no tengo sangre.
¿Pero está con anticonceptivos orales o inyectables?
No, pinchan cada 3 meses. RMF1

• *Control de niño sano*

Concordando con los hallazgos de la Región de Tarapacá, el control de niño sano es una de las prestaciones más conocidas y valoradas entre los cuidadores de NNA migrantes. De

Sí, si de hecho ahora la atendió una enfermera, la revisó completa. Ella va viendo el calendario de vacunas, de peso, tal y todo y ella me va diciendo si los pesos acorde a la edad, la altura y todo. Y ellos te recomiendan si tenes que hacer un programa de nutrición, si está desnutrido, si le falta incorporar algún alimento o si está obeso. No, mi hija por suerte está normal. Pero sí, siempre están, de eso sé que ellos se manejan con esas tablas. RMF4

hecho, varios de ellos usaron sus prestaciones a lo largo de los primeros años de vida de los niños e incluso en el embarazo en el caso en que éste haya sido atendido en Chile.

Sin embargo, estas prestaciones no se usan necesariamente durante todo el ciclo de la primera infancia, sino que se suspenden en torno a los dos años, momento en el cual la búsqueda de atención pasa a ser más asistencial.

Lo hice todo el tiempo desde que era niñita, hasta que tenía dos años, ya después no fui más. RMF3

Esta discontinuidad en las atenciones se vincula también con los efectos del COVID-19 sobre la adherencia a programas de promoción y prevención:

En este momento no. Claro, porque nos agarró la pandemia y después se empieza, el consultorio ya está como estrecho en un periodo de, uno no va y saca turno así como antes. Entonces, lo he llevado solamente por ejemplo con el tema de alergia y al médico, no al control. RMF1

Otro de los problemas relativos a este programa se relaciona con el enfoque preventivo que tiene y la contradicción con los paradigmas de salud de los contextos de origen que tienen algunas familias, que no buscan atención sino hasta que los niños se enferman. Por ejemplo en el caso de una familia venezolana que tiene una niña de 9 años, declaran no haberla llevado a doctor debido a que ha tenido buena salud:

Porque V. si es muy sanita, a ella me dijeron igual que tenía que empezarle a hacer control pero tampoco le he hecho. (se dirige a la niña):
V. ¿a ti yo te he llevado en algún momento al médico acá?
Niña: No, yo creo que no, es que yo nunca me enfermo. RMF2

En fin, en esta región también aparecen temas de aceptabilidad de los programas de atención a niños que se relacionan con la idea que dichas atenciones son prestadas por especialistas como pediatras en sus países de origen, resultando difícil de comprender la intervención de profesionales como enfermeras, nutricionistas o técnicos en enfermería:

(En Argentina) los controles sanos los hace un pediatra, entonces tú estás segura que ese es pediatra (...). En cambio acá (...) me costó un poquito decirte porque no lo entendía. Pero bueno es una escasez de profesionales que tienen ustedes en este tema, entonces hay que resolverlo, es así de simple. (...) Me costó porque yo pensé, te juro, la primera vez que fui yo pensé que era un médico y no, después me di cuenta que era una enfermera. Un técnico, enfermera, sin desprestigiarlo, pero yo ya venía con otros hijos más grandes entonces ya un montón de consultas médicas como experiencia en el tema y siempre fueron consultas con pediatra, entonces una enfermera fue como raro, como que no es la misma confianza. RMF4

- **Salud Dental**

En los hallazgos de esta región emerge poco uso de los servicios de salud dental, varios de ellos más asociados a servicios privados por dolencias específicas en NNA. La preferencia por servicios privados tiene relación con la frecuencia de las atenciones y la posibilidad

de generar atenciones rápidas y focalizadas.

Ella tiene los dientecitos malos. Ya, hoy está bien con sus dientes pero qué se yo, en la noche se le cae una tapadura y yo necesito que me la atiendan ya. Porque si dejas pasar puede perderlo el diente. Entonces, ya y yo digo mañana voy temprano a sacar hora ¿y si no alcanzo la hora? mi hija sigue pasando por un día más con el dolor de muela, el dolor de diente. Entonces no, por eso nosotros con el papá la llevamos a una clínica que ella va ahí, y nos sale muy caro sí, pero ella va. RMF3

En otras entrevistas aparece tardanza en los primeros controles o falta de priorización debido a la pandemia, también referencias a atenciones dentales que les harían en los colegios:

Mi hija, sí. Como 6 meses, salieron sus dientes, mi hija tiene 4 años, todavía no tiene. Tiene dientes, pero no tiene control pa los dientes. Todavía no. Mi hijo sí, en la escuela. RMF1

• ***Vacunaciones***

Respecto a las vacunaciones, si bien la mayoría indica que éstas se realizan principalmente en las escuelas, es importante visibilizar que existe preocupación por el registro y continuidad de las vacunas, ya que las familias notan que no hay un registro único de ellas, especialmente para niños que no cuentan con RUT chileno y/o que han sido vacunados usando RUT escolar provisorio, número de pasaporte, etc. Las personas desconocen dónde quedan registradas las vacunas, no saben si estos registros contienen todas las dosis que efectivamente han recibido sus hijos y si se han actualizado en la medida en que han ido obteniendo distintas documentaciones en Chile. También desconocen donde solicitar los registros de vacunación en caso de necesitarlos:

¿cree que el sistema de vacunación en Chile se adecúa a las necesidades de los NNA migrantes?

-No, porque... si saben que si uno llega con una tarjeta, lo idóneo es que uno lleve la tarjeta y le digan "mire a ella le falta esta o aquí en Chile a los niños se les coloca esta, esta y esta" porque me imagino que por condiciones atmosféricas o no sé, aquí coloquen otro tipo de vacuna. Entonces, en cuanto a vacunación si no me parece que hagan seguimiento. (...) yo no entiendo bien como funciona, pero me preocupa, porque yo digo y otra cosa como que yo le tengo duda, es a ellos cuando los busquen en el sistema, los buscan porque por ejemplo las vacunas, tú se las colocaste con el número de pasaporte a ellos y en el colegio, según lo que tengo entendido, se las colocan con rut provisorio de educación. Entonces, ahí está mi duda, ¿cómo los presento? o cómo los busco en el sistema, con el rut provisorio de educación, con el rut provisorio de salud o con el número de pasaporte, ¿o cómo? Eso yo tengo muchas dudas. RMF2

También existe cierta confusión sobre cómo se coordinan las vacunas del consultorio con las que ponen en los colegios, en especial cuando hay cambios de escuela y/o de domicilio:

Cuando uno va a la enfermera, al control de niño sano ella te dice "le toca la vacuna" y ahí uno tiene que ir a la vacuna obligatoria. Son en el consultorio, pero también en el colegio hay vacunas también, también los vacunan. Yo tengo (carnet) de las que se han hecho en el consultorio, las del colegio no sé, ellos no más mandan a pedir que uno diga si NO los quieren vacunar, pero no mandan registro ni nada. RMF4

Y por último, existen algunos niños que están quedando atrás en sus vacunaciones como parte de los efectos de experiencias de maltrato y heteronormatividad en la atención de salud, como es el caso de la atención del padre de una niña que, habiendo pasado por más de una experiencia negativa de atención, declara no estar informado sobre las vacunaciones y no acercarse al consultorio:

El tema de las vacunas siempre lo vio la mamá, fue la mamá con ella, no fui yo. Porque fue en ese lapso de tiempo donde ella no estaba trabajando y la verdad con lo que ha pasado en el consultorio...no, no estoy muy informado de eso. RMF6

• ***Nutrición y acceso a leche***

En la población entrevistada no aparecen temas agudos en torno a desnutrición por déficit como vimos en la Región de Tarapacá, pero sí existen menciones a la adaptación al sistema nutricional chileno y sobre el acceso y uso de las leches que se ofrecen en atención primaria. Respecto a lo primero, existe reconocimiento del beneficio que reciben los niños

a partir de los sistemas de alimentación escolar y el alivio que ello supone para las familias tanto en términos económicos como de tiempo dedicado a la preparación de alimentos:

Y de verdad la alimentación en líneas generales nos preocupamos mucho que sea muy buena. En el colegio les dan la alimentación, ellos no se han acostumbrado a la alimentación del colegio. Son platos distintos, cosas que desconocen (...). Ellos tratan de mezclar la comida que si un plato venezolano. Pero, el asunto de vegetales y cosas así no, no lo comen. Entonces, que es lo que yo hago, en la mañana yo les preparo el desayuno, pero a ellos les dan su lechita en el colegio. En el colegio yo les pedí por favor nos dieran el almuerzo, porque como él y yo trabajamos, entonces y ellos duran en el colegio hasta las 3 y media de la tarde. (...). Entonces prefiero que, aunque sea poco, coman algo allá. Y cuando llegan aquí, si tienen su almuerzo en casa, venezolano, poquito pero algo. A las 3 y media ellos tienen su almuerzo y en la noche tienen su cena. Entonces, como que verificamos los 3 golpes, así se dice: desayuno, almuerzo, cena. RMF7

Una mujer haitiana detalla la alimentación mencionando alternar entre patrones alimentarios haitianos y chilenos, expresando preocupación por el consumo de dulces de su hijo:

(En la casa) Arroz con poroto, fideo, todo. Cada día un comida diferente. A veces no, no le gusta la comida de la escuela, si hacen fideo en la escuela, sí. Como se dice con carne no, la otra, porotos, no. Lentejas sí come, poroto y otra cosa, me olvidaste. Verduras sí.
A veces yo no hacer bebida tanto, juguito mejor por salud de ellos. Si quiere bebida, coca cola, bebida. (Dulces) sí dulce, quiere siempre. Te dice después de comer, comer dulce, "quiere todos los días. Agua y juguito, agua y juguito. A veces un poquito bebida, no tanto bebida. RMF1

Por último, respecto a la leche emerge que es considerada un beneficio que no todos usan para consumo de los niños, ya sea por gusto o preferencia personal. En estos casos emerge la idea que sea una obligación retirarla, por lo que muchas veces la retiran para cumplir con lo establecido con el control, pero no para consumo personal:

El lunes sí tuve un pequeño percance en el consultorio. Como me obligan a retirar la leche que es para, no es que te obligan, bueno yo la lleve a control sano y tenía que retirar la leche (...).

Mira la verdad es que como yo estoy en el sistema vulnerable, el de registro social de hogares, por eso es que yo retiro la leche. Porque la verdad es que nosotros no le hacemos uso, compramos de la farmacia. Mis hijos toman otros tipos de leche. Lo dejo como... no es que me urge esa leche, me entiendes. Pero no digo que en algún momento se la usará, igual tampoco la voy a tirar a la basura, no. La voy a usar en cualquier cosa o se la regalo a mi suegra o ahí veré. Pero sí, la uso muy poco. RMF3

De hecho, incluso hay personas que consideran que la distribución de la leche no se adecúa realmente a las necesidades de las personas y puede resultar incluso en un derroche de recursos que podrían ocuparse para otros fines:

La leche no la retiro hace un tiempo ya, porque toma leche líquida (...). Esas cosas como que es para ayudar al pueblo porque no tienen recursos, pero no se ayuda del todo bien, porque es una leche... que es fea, no sirve ni para hacer el flan porque quedan feas, pero bueno un tiempo la retiré y después dije ¿para que la voy a retirar? si al fin y al cabo no la uso. Entonces es como abusar del sistema que no sirve. Pero la leche yo la retiraba y la cambiaba, o la vendes o la truqueas con algo, que algo sea más productivo, más eficiente de lo que tú necesitas. RMF3

Por otra parte, en personas que no usan la leche, ésta es considerada un beneficio que

Es más la otra vez cuando la llevé (a la hija al consultorio), la inscribí y todo eso, me dijeron que si la llevaba al control del niño sano o me podían dar la leche y todo eso, pero como ella es intolerante a la lactosa yo no me tomé interés. Entonces, pero me ofrecieron leche y no me acuerdo que otra cosa me ofrecieron también. Y eso, que medicamentos también me ofrecieron. Si ella se enfermaba y yo la llevaba al control del niño sano, ellos me lo daban en la farmacia. Entonces yo veo todo super bien . Lo veo muy diferente al chileno que está acostumbrado o quiere más, pero ya nosotros estamos super conformes de tantas cosas que uno ha pasado. RMF7

simboliza
el buen

funcionamiento del sistema y la preocupación por los niños, a diferencia de lo que sucede con las prestaciones de su país de origen:

• *Lactancia Materna*

El apoyo a la lactancia materna es también una de las prestaciones valoradas por todas las mujeres entrevistadas que tuvieron partos en Chile. La posibilidad de estar con su pareja, incluso en habitaciones privadas en hospitales públicos, y de ser guiadas en la lactancia son prestaciones que tienen una alta apreciación en el sistema:

sí tuve el apoyo porque la verdad es que mi bebe me lastimaba mucho los pechos y ellos me ayudaban como darle, pero la verdad es que ya tan lastimados que estaban ya no podía y ellos me daban los consejos, los cuidados, todo eso. Todo eso fue en el hospital, fue muy bueno porque una esta tan frágil en ese momento y sola también si no tenés a tu familia cerca. RMF3

Las enfermeras a cada rato iban, siempre me decían como tenía que darle el pecho al bebe o me decían que cuando me hicieran la cesárea yo tenía que llamarlas a ella para que ellas me ayudaran a levantarme. Y todo super bien, o sea después que nació el niño iban a cada momento a mirar cómo estaba, "no, así no se le da el pecho, tienes que meterlo un poco más" y así. Él (pareja) entró a la cesárea, sí él pudo entrar, fue muy bueno. RMF8

• *Salud Mental*

Respecto a la salud mental en esta región no hay registro de búsqueda de atenciones de salud mental para los niños desde el punto de vista de sus cuidadores, principalmente debido a desconocimiento de las prestaciones de salud mental que existen en el sistema sanitario chileno.

No, de salud mental no he recibido información.
¿Le gustaría recibir atención?
Siempre es bueno tener como un control en esto más emocional de los niños. RMF4

También existe un resultado que refiere a temas de salud mental de los cuidadores, en este caso una madre que, luego de saber que su pareja no podrá acceder a un trabajo en

el que había sido previamente aceptado, por falta de RUT, desarrolla un ataque de pánico en la locomoción pública:

Cuando veníamos bajando en la micro ella se empezó a sentir muy mal, se puso a llorar y le dio una crisis de pánico. Yo jamás en la vida había visto eso y a ella jamás en la vida le había dado. Llegamos a la casa y estaba toda contracturada, no podía hablar, la cara como que se le paralizó en el rostro y así mismo como estaba yo tome en un brazo a la bebe y en el otro brazo la agarré a ella, era flaquita, me la monté en la espalda y me fui a un consultorio. Cuando llegamos en un consultorio la sientan en una silla de ruedas, la pasa y ahí me piden el rut de ella, doy el rut y cuando le doy el rut a la señora que ve el perfil, la ve a ella y hace "mmm" y la ve así como una cara despectiva. RMF6

En este testimonio se relaciona con el hecho que, en el consultorio, durante el control de embarazo él había declarado que consumía marihuana ocasionalmente (ella no), lo que a su parecer fue la causa de la respuesta que surge a continuación en la atención de la crisis de pánico.

Cuando la pasan (a atención de médico) le preguntó el doctor que qué le está pasando, y me dijo "eso es culpa de ella porque consume drogas, entonces esa crisis se origina en el consumo de drogas" y yo "pero es que ella tiene mucho tiempo sin consumir ninguna droga, antes del embarazo muy de vez en cuando, son años que no" y me dice "bueno, entonces es abstinencia". RMF6

Esta experiencia negativa en temas de atención de salud mental se suma, en el mismo caso, al control al que fueron sometidos los padres en dos ocasiones durante el embarazo, por personas que se presentaron como psicólogos del CESFAM, para controlar las condiciones de vida de la menor de edad, presuntamente basados en la declaración del padre sobre consumo ocasional de marihuana:

Mientras que estuvo embarazada dos veces fueron psicólogos a la casa, sin avisar, sino como que llegaban, tocaban y llamaban: "¡hola! estamos acá abajo, que venimos por parte de no sé qué, de psicólogos, del ministerio tal" (...). Entonces venían a ver en qué estado vivíamos, como estaba la casa. Fueron dos personas distintas y las dos veces quedaron como muy agradados de la forma en que vivíamos, encontraron todo lindo, limpio, que estábamos cocinando, olía bien. (...) De hecho uno de ellos que fue como con el que conversamos más, nos dijo que lo enviaron y que él esperaba encontrarse con algo diferente. Entonces, claro yo asumo, porque nunca supimos por qué venían, no teníamos como nadie a quién preguntarle, pero supongo que fue por lo de la marihuana, porque yo fui sincero y dije que fumaba a veces. Fueron dos experiencias terribles, ni de lejos con los psicólogos. RMF6

Como se evidencia de este relato, las alianzas terapéuticas entre equipos de salud y familias migrantes pueden ser laceradas por intervenciones cuyo propósito final si bien pueden ser tutelar el bien superior del niño, es llevado a cabo por medios que presumen de antemano una falta de competencias parentales en los padres, justificada, al parecer por la declaración de uno de ellos, de consumir ocasionalmente marihuana.

• *Salud de adolescentes*

En esta temática no hubo relatos de experiencias de atención y uso del programa de salud adolescente, ya que las madres con hijos en este tramo de edad o declararon desconocer el programa o atendían a sus hijos en prestaciones privadas, por dolencias específicas, como enfermedades respiratorias, trastornos digestivos, etc. Una entrevistada estaba al tanto de las visitas del consultorio al Espacio Amigable que existe en el colegio de su hijo y evaluaba positivamente tales prestaciones.

Si, el programa de salud adolescente yo creo que es más las prevenciones sexuales y todas esas cosas. No lo he llevado, pero yo estoy al tanto que el colegio todo el año tienen esas charlas, van médicos, van ginecólogos, van especialistas de la salud a darle esas clases, esas charlas, información y todo lo a mis hijos. O sea que por esa parte yo me quedo un poco más tranquila. No es que tuve que llevarlos a un consultorio porque en la escuela los están informando todo el tiempo. RMF3

Por el contrario, entre población llegada más recientemente, existe preocupación en torno a temáticas de salud sexual y reproductiva en tanto perciben a Chile como un espacio más abierto, donde los jóvenes serían más precoces en sus relaciones sexo-afectivas y habría un discurso más tolerante en torno a las diversidades sexuales:

En realidad acá me preocupa bastante ese tema. Acá me preocupa en el sentido de que a diferencia de Venezuela acá es muy abierto todo eso de que se ven parejas de igual sexo. No es que uno sea machista ni mucho menos, pero es que son distintas culturas. Venimos de una cultura distinta. Allá si lo hay, pero son más reservados en el tema, acá lo ves besándose en la calle, en el metro. Entonces, ¿qué me preocupa? es que usted ve a las niñas en el colegio que no se han ni desarrollado y ya llevan la bufanda de colores y están de novias. Entonces a uno como que le da sustito, pero siempre le estoy hablando. Cuando fuimos a buscar los recuerdos de la primera comunión, porque ambos hicieron la primera comunión, ellos dijeron "pero mamá ¿qué es esto?" cuando veían los recuerdos de novios, era novia con novia y novio con novio, entonces para ellos es algo nuevo ese tema. Si me preguntan, me consultan este sí les tengo que conversar y me he adelantado. Me he adelantado a lo que yo tenía como que previsto, de hablarles de esas cosas más adelante, pero con ellos por la misma situación de acá tuve que hablarles un poquito también de eso. RMF2

En este sentido, al igual que se registró en el resto de las regiones, el programa de salud adolescente presenta algunos problemas de aceptabilidad en poblaciones provenientes de culturas con diversos patrones culturales en temas de sexualidad y afectividad.

3.5.2. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA XIII REGION METROPOLITANA

• *Control de niño Sano*

El control de niño sano presenta características similares en cuanto aceptabilidad y accesibilidad de cuanto antes expuesto en la Región de Tarapacá. Igualmente, cabe destacar que las participantes reconocen avances en la adherencia y valorización del enfoque preventivo, sobretudo en familias que llevan más tiempo en Chile.

Por ejemplo los controles de los niños aquí en Chile son súper rigurosos, yo igual trato de explicarles que aquí el control cuando son chiquititos es cada mes, después es cada año, y que no es solo el control con enfermera, sino que el dental. Yo creo que eso cuesta, pero no con todas, y una de repente tiene que ser más rigurosa con ciertas familias, reforzar más. Pero sí es un calendario y un esquema al que a lo mejor no están acostumbrados y que hay reforzarlos, ir reforzándolo con un hijo, con el otro hijo. No es algo como que digan "si ya, voy a venir". RMS2

Al parecer de algunas entrevistadas estas diferencias entre las familias con las que “cuesta más” radica principalmente en los niveles de escolarización de los adultos a cargo, en tanto quienes tienen niveles de escolarización más altos contarían con ciertas bases para comprender el enfoque de salud familiar:

Ahora es otro contexto ellos, pero tú me preguntas el haitiano siento que es mucho más, a pesar de la barrera idiomática (...), yo ya no me siento tan desesperada como antes por entendernos porque de una u otra forma la barrera idiomática se fue superando. Y porque también ellos son preocupados de su salud, son educados, ya es raro que llegue alguien analfabeto, de repente te miraban con cara de "no entiendo lo que me estás preguntando", pero igual tú les pedías lo exámenes, iban se hacían los exámenes, había una responsabilidad, lograron entender u asumir que es importante la salud. RMS1

De esta manera, adherir al control de niño sano se transforma en una especie de prueba de los niveles de inclusión que logran las familias, que estaría motivado también por el acceso a beneficios como la leche y los medicamentos que ofrecen los programas de atención primaria:

Lo que observo y he escuchado las haitianas y las venezolanas son las que más adhiere a los controles, la que más se controla son las haitianas. No sé si son como muy responsable o se impregnó de esto que te den muchas cosas: porque te entregan materiales y la leche RMS3

Por lo mismo, los problemas de aceptabilidad del programa estarían principalmente relacionados con el paradigma hospitalario del que provienen las culturas de origen de las familias y las dificultades para comprender la necesidad de múltiples controles de niños que, a su haber, no presentan patologías ni otros motivos para requerir asistencia médica. Es interesarse aquí interrogarse sobre si realmente lo que se ofrece en los servicios de atención primaria es percibido como prevención y promoción de la salud o si, en cambio, es igualmente percibido como atención asistencial y control biomédico de la presencia y/o ausencia de enfermedad.

- ***Embarazo, parto y puerperio***

Al igual que en las regiones ya analizadas, el EPP es la principal causa de consulta de la población migrante, población que se reporta en general como bien controlada y adherente a los controles neonatales.

Yo creo que principalmente son las gestantes que llegan porque van a tener más necesidades de salud; pero en general, los hombres no se atienden mucho en salud. Porque venir a una hora a las 9 de la mañana quizás implica que esa mañana no va a trabajar, y si no lo hace no le pagan el día, entonces generalmente recurren a los SAPU después el horario laboral. Por eso lo que más tenemos acá son mujeres embarazadas y niños y niñas y es una población que tenemos bien controlada, con mucho seguimiento. RMS1

La adherencia se logra gracias al control constante de los centros de salud y de los profesionales que tienen a cargo las prestaciones asociadas a la gestación.

Las embarazadas, bueno que una igual s súper insistente, o si no el matrón las está llamando, o yo, o la nutricionista. Con las embarazadas cuesta menos, porque la población es menor, y están súper controladas, todos los meses se hace le control de quién vino y quién no. RMS2

Esto se considera un logro de los centros de salud, debido a que en los primeros flujos migratorios las mujeres gestantes tendían a llegar a controles tardíos y ser renuentes a las múltiples prestaciones asociadas al control de embarazo.

Las embarazadas no controlaban mucho sus embarazos, llegaban con ingresos tardíos, que son sobre las 12 semanas de gestación, no venían mucho a control. RMS1

la mamá migrante, como te decía, cuando están en proceso de gestación llegan tarde a los controles de embarazo. Si alguien llega después de las catorce semanas o en el tercer trimestre de embarazo, o sea cuando ya tienen treinta y cuatro semanas, casi a puertas de tener su bebe. Eso es un gran problema. RMS4

A estas dificultades de adherencia, se suma también la percepción extendida entre las participantes, respecto a la utilización del embarazo como estrategia para asentar el proyecto migratorio, sobre todo de colectivos como el haitiano, quienes han sufrido diversos amedrentamientos en base a las expulsiones colectivas y otras expresiones xenófobas que han vivido en el país y que habrían visto en el embarazo una alternativa de regularización de su situación en Chile:

(las haitianas) dejaron de llegar también, porque también me acuerdo siempre de que cuando Piñera dijo, que algo pasó, que iban a empezar a controlar o que los iban a echar, me acuerdo que llegaron muchas haitianas a embarazarse. Había que embarazarse para anclarse al país, era la sensación que teníamos como matronas, de que era la forma de quedarse en el país, tener un hijo chileno y que no los deportaran. Después de todo eso, pasaron unos meses, hubo una baja de embarazados en mujeres haitianas (...), en ese tiempo fue, pero era casi que llegaban a embarazarse, eran más la haitiana que teníamos embarazadas. Ahí empezó a decantar un poco, y ahí yo me acuerdo de que empezó a salir en la tele, que llegaban aviones con haitianos a Chile y fiscalizaron que había aerolíneas que traían muchos extranjeros acá. RMS3

Por último, en temas de salud reproductiva existe conocimiento de situaciones de vulneración extrema de derechos de usuarias migrantes en recintos hospitalarios de la Región, en los que se han practicado histerectomías sin informar a las usuarias de las características de la intervención ni las consecuencias sobre su salud reproductiva. Esta situación se reporta en dos casos de mujeres bolivianas que por complicaciones en su embarazo fueron intervenidas quirúrgicamente sin que se dieran más explicaciones o información sobre lo sucedido:

Tenemos dos casos que son bolivianas que han tenido que hacer una histerectomía total. Una, que hace poquito me pasaron esos dos casos, porque como te digo como tenemos un grupo con la matrona y era un caso de una niña de 28 años que ya tenía un hijo y su bebe se murió, tuvo muerte fetal. El problema fue que en el hospital no le dicen: "mamita, sabes qué, te sacamos el útero, ya no vas a poder más bebés" nada, nada entonces finalmente todo eso lo tenemos que hacer nosotros, fue bien fuerte. El otro caso que tuvimos también es una mamita también que su bebito falleció y también le hicieron una histerectomía pero (...) la problemática más grande es que ellos (el hospital) no hacen, no les informan, nosotros sentimos que no les indican qué tienen que hacer, no hay el acompañamiento que ellos requieren, si no que listo, se le puso en la epicrisis netamente que lo que se le hizo, no le explican el por qué. Las mamás llegan aquí con desconocimiento, la mamá no pidió autopsia, por ejemplo, del feto, no sabía por qué había fallecido. Le dijeron "no es que tuvo- se enredó en el cordón", o sea no... yo siento que ahí algo está pasando con nuestra atención desde el hospital. RMS4

- ***Salud Dental***

En este ámbito surgen hallazgos interesantes para la región puesto que al parecer existirían problemas de aceptabilidad importantes en esta materia, especialmente por la población boliviana, que no consideraría la salud dental como parte de su salud, buscando atenciones dentales solo cuando se han producido pérdida de piezas o accidentes importantes:

Yo creo que es un dolor de cabeza para los dentistas, pero con los extranjeros especialmente. Las mamás bolivianas (...), hay que cumplir con el GES, y finalmente no vienen a sus controles. Si vienen, vienen la vez, y después no vienen más, porque se recuperan de lo que tienen, de la urgencia, pero tienen la embarrada en sus dientes.

El otro día me tocó ir donde la dentista, y la mamá que es una embarazada que tiene 36 semanas, no sé por qué llegué a hablar de la boca y me muestra y no tenía casi nada de dientes. Estaban todos carcomidos por el sarro y lo negro del daño, como le hubiesen dinamitado su boca, (...). Lo vi en ella y en un chiquito de 7 años y fue como ¡guau!. A la mamá la mandé a regularizar los papeles, porque no los tenía acá inscritos, lo regularizó y tenía los controles para mayo, pero no sé si vendrá. La parte dental sí es un problema.

RMS3

En consecuencia, respecto a los niños existen dificultades para instalar la idea que la prevención sea materia de intervención temprana, siendo difícil comunicar la importancia de promover salud bucal incluso antes de la aparición de los primeros dientes.

De hecho cuando yo le digo "mamita a los seis meses su hijo tiene que ir a hacerse los exámenes", "pero si es que no tiene dientes", responden. Yo le digo: "ya, es que lo que pasa es que ahora desde los seis meses nosotros tenemos que prevenir algunos cuidados" y de ahí lo bueno es que como es GES, pero que también son metas, entonces uno se pone más estrategias y ponemos más énfasis en algunas cosas, al tiro se va a los seis meses, se va con un sobrecupo para la primera evaluación. RMS4

• *Vacunaciones*

Respecto a las inmunizaciones, en un centro de salud instauraron la práctica que frente a familias migrantes se hace un refuerzo de información sobre vacunaciones y se acompaña directamente al NNA al vacunatorio para que no salga del centro de salud sin vacunas. Esta medida ha sido considerada exitosa, puesto que, al igual que la salud dental las vacunas son dimensiones de la salud de NNA migrantes que, al parecer de nuestros interlocutores, no serían siempre prioridad de los cuidadores, especialmente de aquellos que no cuentan con estudios para conocer la importancia de las vacunas en la infancia:

De hecho, ellos cuando traen esquema, porque casi siempre no traen nada, nada, nada, las que yo te digo, las que tienen más conocimiento, tienen alguna profesión, sí traen su carnet de vacunación de allá. Y de hecho, ¿qué se hace acá? acá se hace el esquema completamente de nuevo con las vacunas que nosotros tenemos si es que hay alguna que no es igual, ya y se actualiza. Nosotras ¿qué hacemos? se manda a vacunación y se actualiza el esquema de inmunización, eso sí. (...), en la anamnesis, va dentro también la inmunización, si está al día, si no y nosotros ¿qué hacemos? no vemos el carnet de vacunas, llamamos directamente a vacunatorio y preguntamos delante de la mamá, "mamita el rut tanto ta, ta, ta" y si no tiene rut el nombre tanto. "¿Tiene las vacunas?", "no" sabe que está- y directamente ¿qué hacemos con los extranjeros? porque no van a vacunaciones si uno los manda, los voy a dejar, mis colegas también los van a dejar, que también lo usamos como estrategias. Porque ¿qué pasaba? llegaban al otro control y no tenían las vacunas porque la mamá entre que anda rápido, que va a ir a trabajar en la tarde, que le están cuidando al niño, que es la cuidadora, no lo lleva. Entonces, ¿qué buscamos? ¿qué hicimos como estrategia? porque el tema infantil lo tenemos super ordenado (...), entonces ¿qué hacemos? tomamos al niño después de que salimos y nos vamos directamente a vacunatorio y se van con las vacunas. RMS4

Al igual que en las otras regiones, las vacunas son consideradas prioritarias en la atención de NNA y es materia en torno a la cual se hace refuerzo y seguimiento.

Entonces a esa mamá haitiana que tuvo a su hijo acá le hacemos las mismas visitas, insistimos con el tema de las vacunas, que venga, que venga a todo. RMS1

De hecho, en casos judicializados en los que se haya hecho una denuncia al Tribunal de Menores, el tema de la inmunización es parte de los datos que deben proveer como servicio de salud, demostrando que se le dieron todas las instancias a la familia para inmunizar al niño/a:

nosotros cuando vamos allegar a audiencia preparatoria nos piden antes de la audiencia los informes, ya dígame: "¿fue a los controles?" ya, "¿tiene las vacunas al día", "sí", y así uno va viendo. Y ahí vas viendo porque nos dan como una indicación. Por ejemplo, cuando hay falta de adherencia o no están inmunizados, tenemos que gestionar eso, los seguimos que vengan a inmunizarse, a hacer las vacunas y que vengan a los controles. Y les damos todas las posibilidades, todas las posibilidades. Si no vienen, no nos contestan, nos vamos a hacer la hospitalización a domicilio, si no vamos a la visita y todo eso queda en la carpeta que se entrega al tribunal. RMS3

• *Salud Adolescente*

Otro ámbito en el que surgen hallazgos para esta región se relaciona con la salud adolescente. Al igual que se registra a nivel nacional existe la percepción de parte de los trabajadores que los adolescentes no llegan a atenderse a los consultorios y que, por lo tanto, son los colegios los espacios centrales para la intervención:

En general es súper difícil acceder a los adolescentes, casi no vienen a control. ¿Cómo los tenemos cautivos? Tenemos que ir a intervenir los colegios. Y ese es un problema que detectamos hace un tiempo, no nos llegan adolescentes. Entonces ya este año estamos generando un plan de intervención para ir al liceo y estar interviniendo ahí. Porque en general, independiente de la nacionalidad no llegan. RMS1

Aún cuando el problema se plantea de manera general, independiente de las nacionalidades, las familias migrantes son consideradas más resistentes a adherir a este tipo de programas, bajo la idea que los controles de salud sean necesarios solo para los niños más pequeños, siendo incluso difícil alcanzar los tramos de 6 a 9 años:

-¿A qué edad "los pierden", a los niños migrantes?
-El control es hasta los 6 años, incluso en Chile Crece se extendió hasta los 9 años, incluso ya nos cuesta llegar a los 9 años. Yo creo que las mamás son rigurosas con los controles hasta como los 6 años
-Adolescente ¿es un poco después 12, 14?
- Claro, y en ese lapso no llegan. Entonces no tenemos mucho conocimiento. algunas que llegarán a control con matrona. RMS1

Los adolescentes migrantes, por lo tanto, "no se ven" en los consultorios y existen pocos datos respecto a la instalación de los espacios amigables en los liceos de los sectores correspondientes a los centros de salud donde se realizaron las entrevistas.

-Respecto a adolescentes hijos de haitianos o de otros migrantes ¿han surgido temas?
- Como te comentaba son súper pocos los que tenemos bajo control, no sabría decirte. RMS1

Es posible que esta falta de información se deba a que las personas entrevistadas no participan de estos programas y sería necesario ahondar en ello, pero también es posible afirmar que la falta de visibilidad e información en torno al tema habla de una falta de instalación del programa en las temáticas migratorias, reiterando la centralidad que toma la vida reproductiva de las mujeres migrantes en la atención de salud, en desmedro de la salud sexual de jóvenes y adolescentes:

- ¿Hay población de adolescentes extranjeros y chilenos de migrantes?
- Que vengan a control son muy pocos, muy poco lo que pueden ver en el control joven sano, que vengan a los CESFAM. Obviamente las chiquillas que van a los colegios ahí los ven. Yo acá en el CESFAM la que he visto son mamás jóvenes, pero no sabría decirte si adolescentes. RMS3

• ***Chagas y TBC***

Un tema nuevo que surgió en el diálogo con las entrevistadas tiene que ver con acciones en torno a Chagas y TBC, ambas enfermedades que han vuelto a aparecer en sus territorios, muchas veces asociadas a las condiciones de vida de migrantes temporeros en zonas agrícolas:

visualizamos mucho en las mamás boliviana el Chagas. Porque viven en zonas más rurales donde en su país probablemente hay más casas de adobe con paja, donde este bichito se aloja. No te salen todas, pero es la tendencia, no vemos Chagas en venezolanas, ni haitianas. RMS3

Esta percepción que el Chagas se concentre en población boliviana es reafirmada por los datos que manejan en el consultorio, donde aparece prevalencia de Chagas en población boliviana, mientras que la TBC se distribuiría de forma más homogénea entre población nacional y migrante:

Trabajo en TBC y chagas, por ende trabajo harto con ser emigrante porque hemos tenido muchos casos, o sea nuestro noventa por ciento de los casos de Chagas y que tenemos bajo control como de sesenta por ciento de casos, son bolivianos, o sea migrantes. Y de esos casos de TBC igual po' el cincuenta por ciento han sido migrantes y el otro cincuenta por ciento han sido chilenos. RMS3

Al momento de indagar en lo que significa el trabajo con esta población en diagnóstico y tratamiento del mal de Chagas, emergen dificultades vinculadas a la aceptabilidad:

Cuesta mucho más trabajar con algunas nacionalidades migrantes, no con todas, ya. Siento que hay unas que están más vulnerables que otras y que no sé si les asusta entonces también va por eso. De hecho la calidad de vida de ellos, cuando uno va a una visita domiciliaria de un venezolano, por ejemplo colombiano, a uno boliviano, haitiano, es diferente, muy diferente. Viven en condiciones diferentes, comen en condiciones diferentes, entienden de manera diferente. RMS3

Estas dificultades se traducen en un trabajo más arduo en los casos en que la enfermedad es detectada en niños:

Yo tengo mucha población bajo control que tengo que estar buscando, porque tengo que tomar examen a recién nacidos, a los dos meses, a los siete meses para poder tratar la enfermedad. Si yo no trato a esos niños de Chagas antes del año, después van a morir de Chagas. Pero si los trato antes del año, ellos se salvan y no quedan con complicaciones crónicas, por ejemplo. Entonces, ahí hay que estar super. Y a nosotros se nos pierde un usuario y lo busco en todos los CESFAM, porque yo los encuentro y si no los voy a buscar a la casa. Eh, "mamá, tenemos que tomar el examen", "mamá, tienes que iniciar tratamiento", "mamá"... todo hay que hacerlo por ellos, o sea tenemos que prácticamente ir a buscarlos a la casa y llevarlos al control a Santiago. Pero cuesta montón, cuesta mucho. RMS3

Estas experiencias fortalecen la percepción negativa que aparece entre los trabajadores respecto a la parentalidad de mujeres bolivianas, en particular, que no percibirían la gravedad de la enfermedad, dejando que ésta avance en los niños. A pesar de esta visión de las comunidades como parte del problema para avanzar en la resolución de problemas, se reconoce por los mismos trabajadores de salud, el impacto que tienen las determinantes sociales en la exposición al contagio, determinantes que observan en particular en las visitas domiciliarias:

efectivamente cuando vamos a hacer visitas, las camas... no tienen mucha ventilación, entonces claro ahí la enfermera es la que pone la alerta por el riesgo de neumonía de los niños en los más chiquititos, o de Chagas si son más rurales. Sí, hay hartos problemas de hacinamiento asociados a la salud. RMS1

También se reportan algunos casos de TBC en niños, donde la atención es dificultada por los patrones de movilidad de los trabajadores temporeros, que implican que los niños “se pierden” y discontinúan su tratamiento:

Se ve tuberculosis. De hecho, una bebe que estaba con tuberculosis que la pesqué a los nueve meses y la di de alta al año y medio. Su mamá tenía tuberculosis entonces obviamente se la contagió a la niña y tuvo otro contacto que no me terminó el tratamiento y que se fue po porque ya no está, pero sí. RMS4

• ***Nutrición y lactancia***

Respecto a las pautas de nutrición de NNA migrantes, entre las entrevistadas existe conciencia respecto a las contradicciones y conflictos que pueden surgir en torno a patrones de crianza diversos y su impacto en la alimentación. Uno de los principales problemas reportados es la edad de introducción de alimentos sólidos que en el caso de niños haitianos se reporta como excesivamente temprano:

Tenemos casos en que le están dando alimentos sólidos, a los dos meses, imagínate, ¡a los dos meses! RMS1

A pesar de esta contradicción entre los sistemas alimentarios de los contextos de origen y llegada, entre las entrevistadas existe conciencia respecto a la importancia de adaptar las pautas alimentarias, introduciendo indicaciones que acojan la pertinencia cultural y los significados asociados a la alimentación:

En el tema de la comida es real que les dan comida antes, mucho antes de lo que uno recomienda. Pero uno también entiende y tiene que ir adaptándose también a las diferencias culturales que tenemos. Si yo les doy una pauta de alimentación, no les dije que coman papas y arroz como lo hacemos en Chile. Ellos incorporan y hay que ser flexible también, porque además el alimento es demasiado importante, porque es casi lo único que los hace arraigarse a su cultura. Seguir comiendo lo que comían en su país, seguir haciendo esas preparaciones, que sus hijos conozcan esas comidas es significativos para ellos. RMS1

Es, justamente, en las conversaciones más abiertas con la población migrante en que surgen temas que se transforman en verdaderas formas de sensibilización del personal de salud, que comprende gracias a casos concretos, los vínculos que las personas establecen entre la alimentación de los niños y sus pertenencias culturales. En el caso de la entrevistada recién citada, es en conversación con una mujer chilena casada con un migrante haitiano, que se profundiza en las elecciones alimentarias que han hecho como padres frente a un niño hijo de pareja mixta:

tengo una usuaria chilena y tuvo un hijo con una persona haitiana, y ella decidió desde la primera comida darle comida haitiana, porque me decía que quizás era la única forma que iba a tener de conocer sus orígenes haitianos. Yo considero que es muy importante, nos hemos ido adaptando, una tiene que ceder, pero también una sabe que darles alimentación a los niños desde muy chiquitito genera alergias alimentarias a largo plazo, u otro tipo de cosas, entonces uno también trata de llegar acuerdo. RMS1

Esta posibilidad de “llegar a acuerdo” depende en buena parte de la flexibilidad con que puedan contar los equipos de salud respecto al uso de las pautas de alimentación y los

sistemas de medición nutricional que existen en el país. De hecho, a diferencia de lo que menciona la entrevistada anterior, otras participantes reportaron que niños y niñas migrantes se estarían adaptando al sistema alimentario chileno, adquiriendo también sus problemas de desnutrición por exceso.

El aspecto nutricional me ha tocado ver pocos niños- al principio sí había muchos niños, porque se evalúan con nuestras tablas, que son bien distintas a cómo se evalúan quizás en sus países, y había muchos niños en riesgo. Pero lo que se ha visto en estos últimos años es que muchos están con sobrepeso, como que se adaptan a la alimentación que tenemos en Chile, ya están en nuestro grupo de niños con riesgos de obesidad. Pero sí me tocó chiquititos bajo peso, casi con desnutrición y ahora pasaron al otro lado, a estar con sobrepeso. RMS2

Por último, en temas de lactancia se reconoce que existe un prejuicio respecto la supuesta falta de apego y resistencia a la lactancia por parte de mujeres haitianas, lo que ha sido desmentido a partir del contacto y la experiencia de trabajo con esta población:

Pasaba también por ejemplo de que estaba este mito de las mamás haitianas no daban pecho, que no había apego. Pero se ha notado en el tiempo que no es tan así, es más de las que tengo bajo control, las mamás que más están dando pecho son las mamás haitianas, versus las chilenas. RMS2

Si bien no existe registro de esta supuesta tendencia a evitar la lactancia en mujeres migrantes, las entrevistadas coinciden en el interés que este grupo presenta en torno al acceso a la leche que se ofrece en el consultorio, motivadas en parte por la posibilidad de transitar tempranamente a la lactancia artificial, de modo de poder favorecer su reinserción temprana en el trabajo remunerado:

Además, muchas vienen exigiendo el tema de la leche, eso no se difunde tanto, pero ellas exigen que ellas saben que ahora se da leche en tarro, y quieren que su hijo tenga leche en tarro. RMS1

Esta libre disponibilidad de leche artificial en los consultorios sería un problema para la continuación de la lactancia materna, ya que cruzado con el hecho que son mujeres que priorizan su rol como trabajadoras, al dar acceso al recurso gratis, se incentiva su reinserción laboral en trabajos de tiempo completo:

No sé, tuvieron la guagua y a la semana ya se fueron a trabajar. Entonces igual es complicado, y se pasan el dato, saben que hay leche para ellas. Entonces dejan de darle pecho porque tienen una prioridad, y piden el tarro de leche que el gobierno les da, porque antes no había, y ahora sí saben que está la leche, y se pasan el dato, y llegan casi como que las voy a demandar si no me pasan la leche que el gobierno la manda. Entonces adiós lactancia materna en algunos casos. RMS4

Estos temas, al estar altamente influenciados por cuestiones de género y trabajo, se manifiestan de forma distinta entre los colectivos, siendo las mujeres temporeras quienes más a menudo son identificadas como quienes evitan la lactancia materna.

• ***Lenguaje y otros trastornos del desarrollo***

Respecto a temáticas de estimulación temprana, las entrevistadas reconocen el impacto que las determinantes sociales de la salud tienen sobre la posibilidad de estimular tempranamente a los niños en temas de lenguaje y movimiento. El hacinamiento y el acceso a espacios de recreación se conjugan negativamente con los tiempos de crianza de los que disponen los cuidadores principales. Al respecto:

Nosotros lo que vemos es el tema del hacinamiento, por lo mismos el tema de la estimulación. Es difícil que una mamá en una pieza de 3x2 pueda estimular de una manera adecuada a un niño. A veces nosotros somos súper majaderos "pero trate de salir a la plaza", "llévelos a esto, a esto otro", pero también entendemos que son mujeres que trabajan todo el día, papás que trabajan todo el día, y que al momento que llegan a la casa no quieren salir con el niño a la plaza o simplemente no hay plaza. RMS2

También el hecho que queden al cuidado de otros, la falta de acceso a jardines infantiles y los efectos a nivel general que la pandemia dejó sobre los niños en el tramo 0-6 son mencionados como determinantes de rezago lingüístico y psicomotor:

necesitamos desarrollo psicomotor, que la mayoría también tienen retraso en el desarrollo psicomotor porque no los estimulan ni las mamás ni las cuidadoras, como cuidan tanto niño en qué tiempo van a ver, van a estimular a estos bebés. No los estimulan, entonces están con riesgo y con retraso y con rezago, lenguaje. Lo que más ha sido ha sido el lenguaje más que nada por el tema pandémico, pero eso en general. No es tan solo migrante sino que a nivel nacional. RMS4

Por otra parte, en los testimonios se reitera la idea que los TEPSI tiendan a dar registro de niveles más bajos de desarrollo en niños migrantes, aún cuando existe conciencia de la falta de instrumentos para poder considerar la influencia que la cultura puede tener en los resultados de los test:

El otro día hablábamos [...] sobre el tema de mal diagnóstico de patologías, no sé TEA o algún problema de esa índole que tiene que ver con el TEPSI alterado, o desarrollo psicomotor alterado en los niños, pero que tenía que ver con la falta de conocimiento de la cultura. O que las mamás no estimulan mucho a sus hijos porque hablan más creole en vez de español, entonces ahí la barrera puede dar con las educadoras, las enfermeras, o nutricionales. Porque tienen otra cultura de estimulación que quizás no conocemos. RMS3

En fin, se reportó un caso de un niño haitiano con Síndrome de Down en el que el equipo de salud encontró una resistencia importante de parte de la madre a aceptar el diagnóstico, probablemente basada en temas culturales de significación de los comportamientos del niño:

Tenemos un solo síndrome de Down que es haitiano y que en la vida yo había visto, un caso tengo. Un caso de síndrome de Down, que su mamá no sabía que hacer, no maneja nada el idioma porque la vi yo, no manejaba nada el idioma. Se le pedía que viniera acompañada. Cuando venía la traductora, porque en ese tiempo estaba la traductora, porque él ya tiene dos años. Cuando venía la traductora tampoco- me decía la traductora que se enojaba porque ella decía: "no, mi hijo no tiene síndrome de Down". Entonces, ya logramos un poco encuadrar a esta mamita, la insertamos a un programa que nosotros tenemos un programa ANIDE, (...)Al principio nos costó mucho trabajar con ella. RMS4

• *Salud Mental y Violencia Intrafamiliar*

En salud mental, al igual que en la Región de Tarapacá, no aparecen registro de atenciones ni derivaciones de salud mental en niños, niñas y adolescentes.

Recuerdo un caso, no varios casos de algo. Por ejemplo, un niño ingresó a salud mental porque quedó con estrés postraumático después de haber pasado por Colchane entre 8 y 10 años yo creo, pero fue como excepcional. RMS2

Sin embargo, sí existe conciencia y preocupación en torno a los temas de violencia intrafamiliar que sufren tanto mujeres migrantes como sus hijos. Una de las entrevistadas menciona las dificultades para hablar este tema con las usuarias debido a la falta de confianza con los sistemas de salud y al hecho que la violencia de género pueda estar más normalizada en los lugares de origen:

- cuesta que la gente se abra y te digan "él es como agresivo", son prácticas más validadas en otros países, no sé si validadas, pero más normalizadas. Cosa que acá en último tiempo se ha intentado que se visibilice y que deje de ser algo normalizado.
-¿Esto se daría en todas las nacionalidades?
- Yo siento que sí, lo veo en la población venezolana, haitiana y peruana, que son las más grandes que trabajamos. Todo el tema de la precarización, de que las mujeres quedan en la casa, dependen económicamente. Yo no sé si a veces, yo creo que la gente a lo mejor me mira y dicen así "ah, esta cabra está hablando puras tonteras" como que cuesta, pero uno lo ve. A veces te dan como respuestas aprendidas, "si todo bien, todo bien" RMS2.

Estas dificultades de comunicación en torno al tema también pasan por las denuncias que necesariamente los equipos de salud deben poner una vez que se constatan lesiones como producto de violencia. En el caso de una mujer boliviana, por ejemplo, que llega al centro de salud buscando atención dental, se revela emblemático en la medida en que ella "huye" del centro una vez que se levanta el tema de la denuncia:

La población boliviana se visualiza mucho y lo ocultan. Tú les hablas y hay muchas que te dicen "vengo a ingresar el embarazo y...[baja la voz al final de la frase]", "¿qué dice", y te dicen para adentro, son más calladas, vergüenza, timidez quizás. "Hemos vivido violencia", le alcanzas a entender. En diciembre una chica, le fue a pedir la pensión de alimento, pum, golpe; llegó acá, preguntó por dentista, y la chica que le iba a entregar los exámenes nos avisa de que tenía esta mamá y tuvimos que articular un tema, mandarla a constatar y cuando la buscamos o ya se había ido, había sido hace unos días atrás, no estaba en la dirección que dio. Y era grave, le botó todas las piezas dentales. RMS3

E

stas dificultades de comunicación en torno al tema también pasan por las denuncias que necesariamente los equipos de salud deben poner una vez que se constatan lesiones como producto de violencia. En el caso de una mujer boliviana, por ejemplo, que llega al centro de salud buscando atención dental, se revela emblemático en la medida en que ella "huye" del centro una vez que se levanta el tema de la denuncia:

En el último tiempo me han tocado algunos casos de VIF, con niños testigos de violencia en la pareja. Y obviamente en estos espacios de hacinamiento ellos son testigos... RMS3

En estos casos, muchas veces los niños también son golpeados y/o son testigos de la violencia que se ejerce contra sus madres, a menudo en espacios de hacinamiento, situación que no es exclusiva de la población migrante, pero que la afecta particularmente cuando se entrecruzan dinámicas de género, precariedad habitacional y dependencia económica.

Respecto a la salud mental de NNA existe preocupación debido al tema de los castigos físicos y los mecanismos de disciplinamiento de los niños, en los que estaría validado el uso de la violencia:

El otro día hacíamos la comparación de que hace 10 o 15 años atrás era impensable que te iban a llamar a los carabineros porque le pegaste a tus hijos, entonces es una barrera cultural, sobre todo con la población peruana y haitiana que el castigo físico todavía está normalizado. Lo que nos pasaba a nosotros 20 años atrás les está pasando a ellos ahora, no entienden que el golpe no puede ser la forma de enseñarle a tu hijo y no entienden que uno tenga que levantar una denuncia por eso. RMS3

En estos temas la obligación de denunciar pasa de ser un mecanismo de protección a un mecanismo de resistencia por parte de las familias que en ocasiones tratan de evitar la intervención del personal de salud en los conflictos familiares. En este caso la enfermera percibe maltrato en el examen físico del niño que es explicado parcialmente por la cuidadora que lo lleva al control:

"¿mamá que le pasó a este bebe acá que tiene? - tenía, me acuerdo que llegó con el diente con sangre, este bebe que es migrante es boliviano, que yo hice la alerta pero primero necesitaba ir a visitas domiciliarias para saber si era verdad lo que me decía la cuidadora, porque como no me contacté en ese momento con la mamá y le di-, porque la cuidadora me dijo: "no, es que se cayó recién"... ya... "¿cómo se cayó?", "no es que estaba - porque ellos duermen en colchonetas y cuando los dejan con cuidadores una colchoneta o en el coche no más, todo el día en el coche - no es que iba bajando del coche y se cayó", ya... "¿qué le pasó acá en la rodilla?", "no, es que él todo el rato salta con las rodillas" hay niño sí que saltan con las rodillas, el niño salta con la rodilla, entonces dije "ya, perfecto" y tenía una lesión en el pie, "no, es que la mamá me dijo que ahí pisó una piedra y se pegó", ya... yo sospechaba de otras cosas, pero mientras ellos te dan una respuesta y tú no puedes verificar... Qué hice yo, le dije "ya, deme el teléfono de la mamá. RMS3

Contactar a las mujeres bolivianas, en particular, suele ser difícil por la poca conectividad que tienen en los campos donde trabajan, por lo que el seguimiento del caso implica un esfuerzo mayor:

¿Qué hice? como no era de mi sector(...)hablé con la asistente social del sector, derivé el caso vía correo a la enfermera y a la asistente social para que dejara como priorización para visita domiciliaria. Ella me dijo “nosotros la otra semana el martes vamos a ir a visita domiciliaria” fueron, para evaluar los riesgos y ver efectivamente cómo es la dinámica en la casa y preguntarle a la mamá qué había pasado. Y no las encuentran porque se asustan, pero ya cuando uno ve algo acá y que la mamá te dice “no es que el papá le pega a la hija y me pega a mí”, uno judicializa al tiro por VIF. Pero en estos casos, cuando ve y no tenemos respuesta inmediata tenemos que hacer visita. Y ahí es cuando no las encontramos, cuando se nos van, a ella todavía no la encuentran. RMS3

Por último, estos casos permiten mencionar la tensión que existe en torno a la judicialización de los casos de niños que han sufrido vulneraciones y las dificultades para realizar intervenciones con pertinencia cultural que vayan a proteger tanto el bienestar de los niños, como de las familias:

Con la población boliviana es difícil. Ellos prácticamente cuando la guagua se está muriendo, convulsionando los llevan a médico. Que nos han llegado niños así, convulsionando y que no y que tenemos casos judicializados y que llegan convulsionando pero era porque el papá le había pegado porque se había hecho pipi. Entonces, hay situaciones que son para judicializar en el momento y hay situaciones que uno tiene que investigar también cuando no tenemos la información, porque vienen con cuidadoras. Y eso pasa mucho, o vienen con la tía que viven con la tía pero no sabe cuánta leche le echan o cuánta agua la mamá le echa. Entonces, es complejo trabajar con la población boliviana porque ellos son los que tienen más falencias en el tema de los cuidados personales y una tiene que ponderar ahí si es para tribunales o no. RMS3

La posibilidad de perder de la tutela de los niños, así como la judicialización de casos en base a VIF son dimensiones que hemos visto presentes entre los temores que existe en la población migrante respecto al funcionamiento del sistema de salud chileno. La posibilidad de crear lazos de confianza y diálogo en torno al bienestar de los niños, también pasa por un fortalecimiento de las capacidades parentales de estas familias y un cuestionamiento de parte de las instituciones públicas respecto a las condiciones en las que la parentalidad se ejerce entre las comunidades migrantes más desventajadas.

RESUMEN

RESUMEN ACEPTABILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, XIII REGIÓN METROPOLITANA

RESUMEN ACEPTABILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES		
PROGRAMA	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
Atención de Embarazo, Parto y Puerperio	Valoración positiva de prestaciones locales en comparación con país de origen. Emergen algunos problemas de aceptabilidad en torno a exámenes como PAP y anticoncepción.	Preocupación por controles prenatales tardíos y aceptabilidad de enfoque preventivo en gestaciones de colectivos específicos, p.e. madres bolivianas.
Vacunación	Valorización positiva de la articulación con sector educación para vacunación escolar.	Preocupación por el registro, desconocimiento del PNI, falta de información general sobre el sistema. Integración de la inmunización con control de niño sano, “se van vacunados”.
Chagas y TBC	Presencia en asentamientos rurales, trabajadoras temporeras. Dificultades de aceptabilidad por movilidad y estacionalidad de los trabajos Falta de pertinencia cultural en la comunicación de riesgo y adherencia a tratamiento	
Salud Mental	Programa desconocido en APS. Emerge como necesidad el apoyo a la salud mental de cuidadores: soledad y precariedad laboral	Poca aceptabilidad de programas, presencia de VIF no reconocida/denunciada

RESULTADOS CUALITATIVOS PARA LA VI REGIÓN DE O'HIGGINS

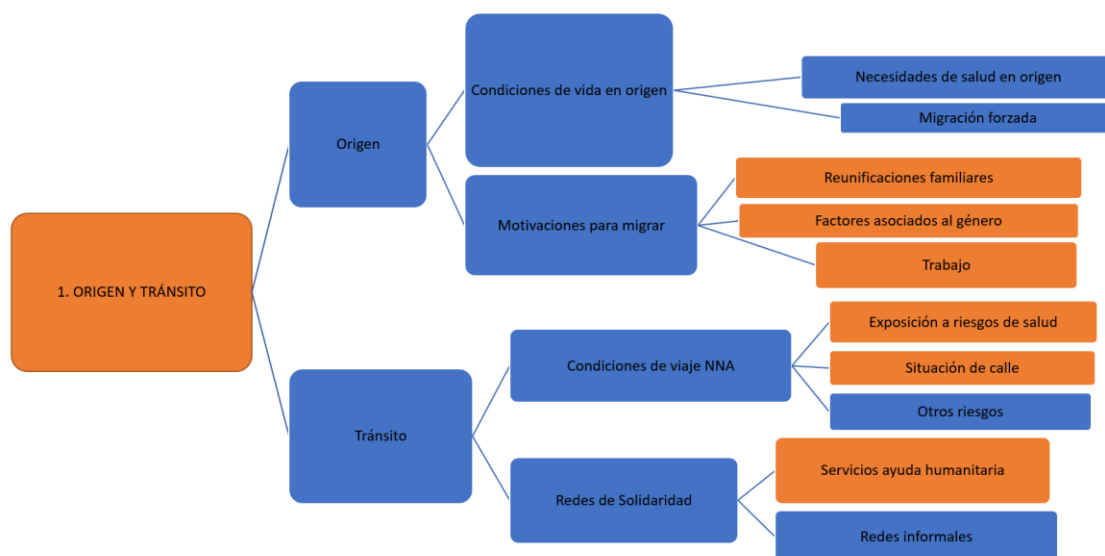
Contexto y codificación

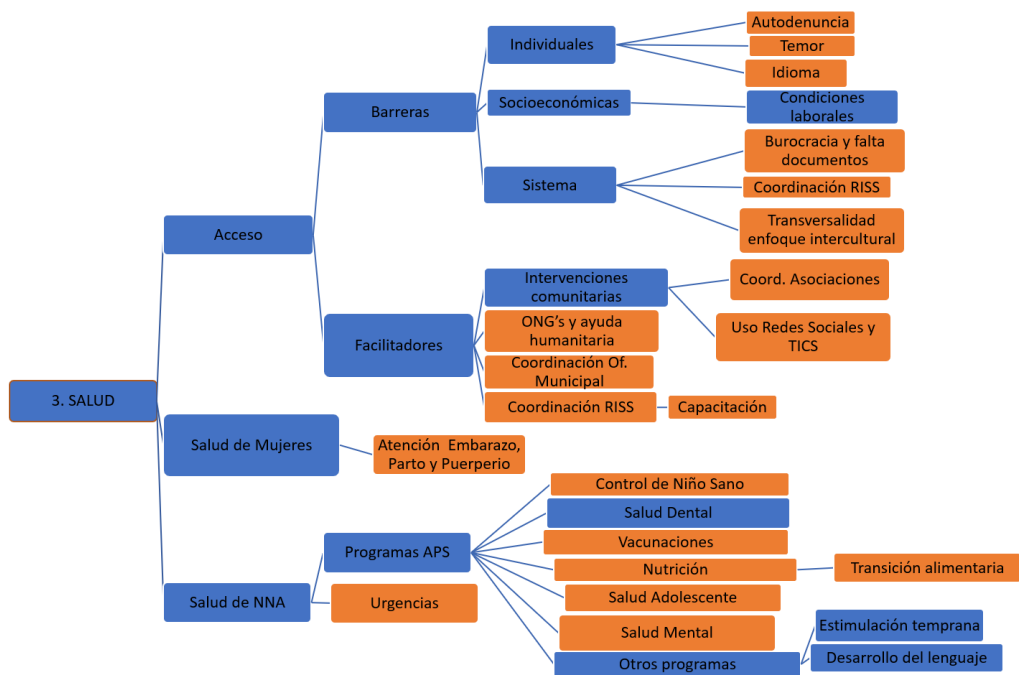
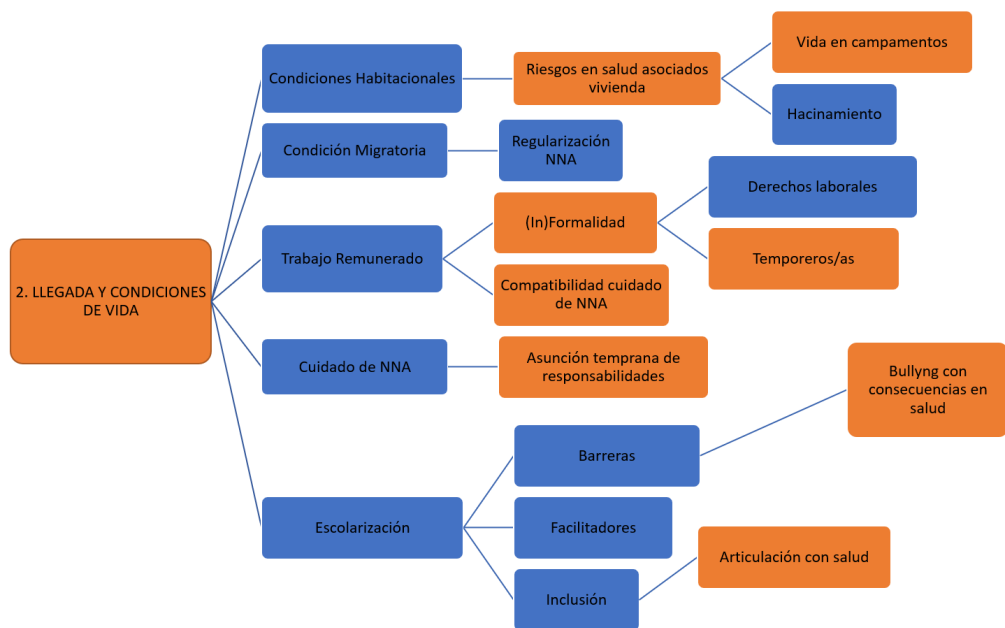
La Región de O'Higgins hasta hace pocos años no era considerada como territorio en el que la cuestión migratoria se hubiese transformado en temática prevalente. Es por ello que respecto a esta región existen menos datos y menos investigaciones que permitan cuantificar y caracterizar las dinámicas que caracterizan los flujos migratorios. De hecho, en el periodo 2011-2015 la Región representaba solo el 0,4% de solicitudes de visa de peruanos, frente al 77% que concentraba la Región Metropolitana de Santiago y el 1,4% de colombianos, frente al 54,1% que solicitaba visa en Santiago, siendo ambas las nacionalidades que más solicitaban visa en dicho periodo (Biblioteca Congreso Nacional s/f). En un informe del 2014, la Región aparecía representando solo un 1,4% de la población migrante a nivel nacional, situación que ha cambiado y hoy representa un 2,9% de la población migrante a nivel nacional (INE 2021). La información con que contamos hoy muestra que este aumento se debe en parte, al aumento a nivel nacional que sufre el número de migrantes presentes en Chile y también a su redistribución regional, motivada principalmente por las diversas actividades económicas que se concentran en las zonas centro y sur del país. De hecho, junto con otras regiones caracterizadas por el trabajo agrícola, como Maule y Ñuble, son las que concentran mayores índices de masculinidad. Según las proyecciones del CENSO 2017, unos 45 mil migrantes residirían en la Región de O'Higgins, siendo el colectivo venezolano el más numeroso (33,7%), seguido por las poblaciones provenientes de Haití (29,3%) y Colombia (8,2%).

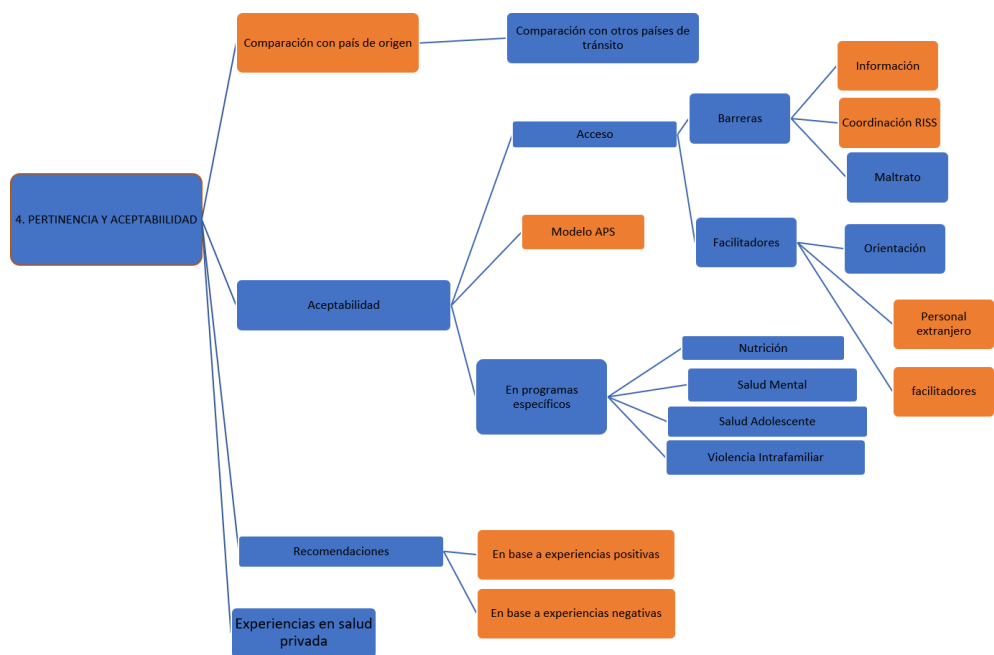
Aún cuando no existen estudios sistemáticos sobre la presencia de población migrante en sectores productivos específicos, la evidencia es en general demuestra que los migrantes estarían contribuyendo de manera positiva al crecimiento del país dada su alta participación laboral en sectores asociados a la creación de nuevo conocimiento e innovación, su concentración geográfica en zonas más productivas en el país, y su nivel de capital humano (CNEP 2020). En el caso de la inserción en el sector rural, un reciente informe de la OIT demuestra que el crecimiento en el número de migrantes en regiones cuya productividad se asocia al trabajo rural, se debe a una redistribución regional de la migración que ha generado aumento de su presencia en regiones centro-sur asociada a la industria agrícola-ganadera. De hecho, es posible constatar que los cambios porcentuales de mayor magnitud de la población inmigrante (desde alrededor de un 50% y más) se

concentran en cinco comunas: Curicó (Maule), Melipilla (Metropolitana), Talca (Maule), Rancagua (O'Higgins) y Valparaíso, (Valparaíso), todas con una participación importante en dichos sectores productivos. Para el caso de la VI Región, la compilación del estudio logró obtener el número de inmigrantes que se desempeñan en actividades de la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca según regiones y comunas del país, evidenciando que O'Higgins es una de las cuatro regiones que concentra mayor trabajo migrante en este sector, llegando a identificar casos como el de la comuna de Rengo en el que casi el 20% de la población migrante se desempeña en esa área. Por último, cabe destacar la incorporación de población migrante en la conurbación Rancagua-Machalí, que han presentado gran crecimiento urbano y restablecido dinámicas de conmutación entre ciudades intermedias (Arenas et. Al 2009).

Figura 14. Códigos centrales análisis VI Región de O'Higgins. Marcado en naranja mayor nivel de saturación







OBJETIVO 3

Describir barreras y facilitadores del acceso y atención de salud con pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, de los profesionales, funcionarios y de los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en la región de O'Higgins

3.6.1. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA XIII REGIÓN METROPOLITANA

- ***Información. barreras discrecionales y cobros indebidos***

En esta región, al igual que en las anteriores existe falta de información respecto al derecho a atención con que cuentan las familias migrantes. De hecho, muchas de ellas recibieron información errada o requisitos que no corresponden y que se transforman en barreras discrecionales para la atención, especialmente de familias de arribo reciente que entraron por paso no habilitado:

este yo le comenté que yo fui a sacarle el carnet de salud en el cesfam y me dijeron que yo no podía porque no tenía el papel de la PDI, pero yo tengo un papel de la PDI cuando recién nosotros entramos acá a Chile y me dijo que con ese no me servía. Y por esa cuestión yo no pude anotar al niño al jardín, por eso él no está en el jardín. Y nunca pude ponerlo en control allí con el pediatra, bueno a ninguno de los dos RVIF6

La autodenuncia es, en nuestro registro el documento más común entre los requisitos discrecionales que se ponen, a pesar de los cuales algunas personas logran inscripción:

Bueno, me habían comentado de aquí mismo de la población, me habían dicho como siempre hay gente que habla que dice: "mira debes inscribirlos en salud" y yo decía: "¿pero cómo si yo no tengo papeles". Entonces fui al Cecosf y me dijeron: "mira, tienes que traer la autodenuncia, tienes que traer tu pasaporte, la parte de nacimiento del niño y tal entonces yo te tramito aquí" me dijo, fueron ahí en la oficina. Entonces ya, yo hice todo llevé todos mis documentos y los inscribí en el cecosf. Nos dieron un rut provisorio y o sea ellos me dijeron venga la semana siguiente y ahí le vamos a tener el rut. RVIF5

A la información errada se unen experiencias de temor por cobros indebidos, relevando falta de información sobre la gratuidad de las prestaciones para migrantes que se encuentran en FONASA A, lo que a su vez genera confusión dentro de la comunidad

migrante, entre quienes empieza a circular información imprecisa respecto a los costos de las atenciones.

Él se me enfermó de una otitis que tenía y yo lo llevé al cesfam y no me lo quisieron ver porque no tenía el carnet de salud y entonces me estaban cobrando 40 mil pesos y yo en verdad yo no los tenía en el momento. Entonces me vine acá a la casa y ya el niño ya la fiebre le subía ya a 40 y yo estaba preocupa porque con un niño con la fiebre a 40 tan pequeño RVIF6

La percepción que los servicios de salud tengan un costo alto asociado, genera obstáculos al momento de acercarse a los centros de salud. De hecho, en el relato de esta persona, ella declara que desde esa experiencia prefiere evitar acercarse a buscar atenciones por el temor a que le cobren, por lo que prefiere mantener la automedicación en caso de fiebres y otras dolencias de los niños. Parte de estas percepciones se deben también a la falta de información y orientación que reciben al momento de la atención, donde las personas declaran que se les pide que “esperen un pagaré”, que la deuda “queda registrada en el sistema y se judicializa”, sin darles más explicaciones sobre los procesos de cobro, lo que genera incertidumbre y temor para futuras prestaciones:

No, el chico solamente me dijo esto tiene que pagarlo porque eso se va a judicial, me dijo todas esas cosas y yo le dije ay pero es que sí, me dijo ay no que es por un corto plazo que le dan a uno para poder pagar pues, que eso queda en el sistema. Pero no me explicó nada, o sea me dijo que no, me dijo siéntate ahí y espera que te llamen. (...) pasaron 4 horas sin que me llamaran, al niño le volvió la fiebre y ahí si me atendieron. RVIF6

Al recibir la atención, la persona no es orientada sobre la posibilidad de inscribir al niño en el CESFAM y la gratuidad del tratamiento. Al contrario, además del temor por el cobro y la judicialización de la deuda, se generan prescripción de medicamentos a comprar en el comercio local, que luego son cuestionados por el/la químico farmacéutico a cargo de la farmacia a la que se dirige la mujer:

Le tomaron la fiebre, la temperatura este y le dieron, (...), un supositorio para la fiebre y me lo revisaron, le mandaron el tratamiento. Quedó con el tratamiento y le hice el tratamiento como se lo mandaron y todo, pero no lo pude volver a llevar porque si lo llevaba a mí me iban a cobrar los 30.000 pesos más que no los tenía al momento tampoco. Porque el tratamiento me salió caro, me salió caro y cuando fui a la farmacia a comprar el tratamiento, me dijeron que ese tratamiento no era para un niño de 2 años, era pa niños de 11 años, que le iba a dar una diarrea terrible. Los remedios eran carísimos y la doctora ella me dijo que la infección era fuerte, que tenía que darle ese tratamiento. Pero la farmacéutica me dice: "dele este otro tratamiento porque yo se lo voy a cambiar". Entonces, este ya me lo cambiaron el tratamiento y yo se lo dí, no como me lo puso la doctora sino como me dijo la farmacéutica. Y así fue que ya el niño cumplió con el tratamiento y se curó, pero nunca lo pude llevar al médico porque como le conté anteriormente no tenía los 30.000 pesos que me iban a cobrar. De ahí que no quiero ir más al hospital, porque no sé si después va a salir el registro y me vayan a cobrar y sea más. Y la verdad ahorita la verdad ahorita, ahora pa pagar una consulta tan cara no tenemos. RVIF6

• *Coordinación entre Redes Asistenciales*

Como se mencionó antes en la población migrante prevalecen patrones de uso de los servicios de salud en el que el conocimiento de la red de atención primaria es escaso, por lo que los primeros contactos con servicios de salud se dan a nivel hospitalario. La falta de coordinación entre ambos niveles se traduce en dificultades para acceder a inscripción y atenciones preventiva, tal como reportan varias entrevistadas que por necesidades de salud de sus hijos se dirigen a hospitales, donde se generan largas esperas, debido a la falta de urgencia de la prestación, y malentendidos respecto a los niveles de atención. Una participante, por ejemplo, reporta que llevó a su hijo al hospital debido a una

mordedura de perro que no había dejado señales, pero que sucedió en el contexto de la salida de clase, por lo que en el colegio le indicaron que “fuera al hospital”:

Cuando lo mordió el perro también me hicieron esperar como cuatro horas, yo le digo pero es que es para que lo revisen a él porque creo que no es fuerte, pero para que lo revisen. Esperé como cuatro horas que lo atendieran en el Cesfam para que cuando entro el doctor me dice: "ah, pero lo pudieses haber podido limpiar en tu casa, toma no, nada más le voy a poner alcohol y llévatelo, ya" eso fue todo. También cuando lo mordió el perro hace como dos años y fue que el perro lo mordió, estaban jugando y lo mordió, lo agarró. Pero yo lo llevé por si acaso porque igual él tenía todas sus vacunas, estaba chiquito, estaba recién llegado prácticamente. Pero no, lo limpiaron "lo hubieses podido hacer en tu casa", lo limpiaron, entonces uno ahí se viene como con impotencia un poquito, porque nadie te explica nada, uno va al hospital porque es lo que conoce. RVIF2

Estas experiencias se repiten en cuanto la atención hospitalaria y de urgencia tiende a ser el espacio de contacto con el sector salud por parte de las entrevistadas, por lo que comprender el funcionamiento del sistema, pasa también por la posibilidad de encontrar una acción mancomunada entre las redes asistenciales presentes en el territorio. Esto, en ocasiones genera que las personas renuncien a integrarse al sistema de salud público e incurran en gastos de bolsillo que debilitan aún más su situación económica:

Me sucedió la primera vez, más nunca fui a un hospital regional por eso, tal vez era diferente, hace como cuatro años con una fiebre, también llegamos al hospital regional el niño tenía fiebre, le tomaron la temperatura, el nombre, duramos cinco horas no lo llamaron para atenderlo. Cinco horas, no, lo único que hicieron fue meterle el termómetro aquí debajo de la axila y eso fue lo único, más nunca fui al hospital regional. ¡Cinco horas duramos! desde que llegamos a las 7 y creo que hasta la madrugada y no lo atendieron. No lo, no lo y ya tenía todo su trámite porque estaba con papeles y no lo atendieron. Y esperamos y esperamos y esperamos que nos llamaran, eso si estaba full el regional en ese momento, pero nadie te dice llévelo a un consultorio mañana o te explica qué se puede hacer. Y esperamos y no lo llamaron, al final me lo llevé. Al día siguiente fui a una clínica también a llevarlo con una pediatra para que lo revisara y eso fueron 40 mil pesos una consulta. RVIF2

- ***Pertinencia cultural de la atención administrativa***

Por último, otra barrera identificable en esta población tiene que ver con la posibilidad de comprender y establecer comunicación efectiva entre el personal administrativo y las familias usuarias. A pesar de compartir el idioma español, entre las usuarias aparece la sensación de no entender cómo son los procedimientos de inscripción, toma de horas, asignación de especialistas, derivación, acceso a medicamentos, etc. Toda esta información se genera en intercambio comunicacionales que a menudo son rápidos y escuetos, por lo que la gente reporta sentir que “no entiende” a pesar de manejar el mismo idioma, para el caso de las poblaciones de habla hispana:

En un principio era un poco difícil para mí, a pesar de que tenemos el mismo idioma, hay términos que son distintos, entonces en un principio me costaba por ejemplo, había una palabra cuando yo le decía "no, es que yo me vengo a inscribir", entonces la señora me decía como que ella no entendía a lo que yo venía, entonces yo le decía "bueno a inscribir en el sistema", yo le decía "yo vengo a registrarme" jajaja entonces ella se me quedaba viendo así como que ¿cómo?, este "a inscribirme", "ah, ya ok a inscribirse". Entonces al principio fue un poquito este me parece más que una barrera era gracioso para mí y era un poco difícil buscar las palabras que me fueran a entender este que era lo que yo estaba solicitando en aquel momento. Eso en un principio, lo que es como el idioma a pesar de que es el mismo idioma, pero quizá los términos que se emplean que a veces no entendían lo que estaban solicitando no, "yo vengo a registrarme", "¿Qué?", "no, vengo a inscribirme", cosas así. RVIF3

Esta sensación de no entender se conjuga además con la percepción que se está usando el tiempo de trabajadores que están agobiados y que no tienen paciencia para repetir o comunicar con más claridad los contenidos:

A veces los términos para nosotros son un poco más diferente. Es diferente en términos, entonces a veces como que volver a preguntar para volver a entender, quizá la gente cuando ya tiene rato allí atendiendo muchas personas, como que no tienen esa paciencia. Pero, sí te terminan diciendo porque si no te quedas ahí esperando la información. Pero sí, sí, de alguna manera hay términos que son bastante difícil y es más cuando son de medicina y uno no está en el área no entiendes nada, no solo por el país sino es un área totalmente diferente. RVIF4

En ocasiones, esta sensación de no entender ni lograr comunicar con el personal administrativo se traduce en sensaciones de abuso y "maldad" como la que relata esta usuaria quien concurrió en tres ocasiones, en distintos horarios al centro de salud. Luego

de lograr la inscripción, se dirigió en una ocasión para buscar horas para los controles de sus dos hijos, por lo que se dirigió al SOME:

Pero lo cierto fue que cuando yo llego al lugar donde voy a pedir la cita, yo no sabía pues era nueva en ese cesfam y digo que necesito cita en Some, me dicen: "no, agarra número en Some para pedir la cita", yo agarro mi número y espero que llegue mi número y paso, me llaman. Y cuando llego y digo: "no, es para pedir cita para el niño", "ah, bueno sí está bien", me dan la cita para el niño y le digo: "pero tengo el mío y el de mi otro hijo", "tiene que agarrar 2 números más porque es un número por persona", yo le digo: "pero si ya estoy aquí y ya agarré número y por qué cuando pregunté no me dijeron que tenía que agarrar 3 números seguidos", "no, es así, haga la colita de nuevo" y tuve que agarrar 2 números más y esperar la cola y volver a esperar para que me pasaran. Luego le pregunté, tiempo después donde yo trabajaba, que ella tiene una niña y le dije: "mira, me pasó esto" y me dice: "no, te lo hicieron por maldad porque ahí tú llegas y si tienes que hacer 2 o 3 cosas te las hacen de una vez, porque para que te hacen devolvete a agarrar número si ya estás ahí". No tiene sentido. Pero así de pesados son. RVIF7

Por último, cabe mencionar barreras estructurales que se relacionan con la disponibilidad de horas y especialistas que, como en las regiones anteriores, se han repetido en los hallazgos de las entrevistas:

Es que no hay casi hora. Que para tomar horas médicas aquí nos cuesta pero muchísimo, muchísimo. (...) pero por lo menos yo este me ha costado muchísimo tomar una hora, o para el niño chico que a veces él por decir algo ay sí se sintió mal, entonces yo voy: "mire que necesito una hora", "no, no hay hora tienes que pedirla por teléfono", entonces uno llama y llama: "no, no hay hora, no hay hora, no hay hora". Entonces, de repente claro no son urgencias pero uno sí debe atenderse pues, para no llegar hasta ese nivel de las urgencias. RVIF5

3.6.2. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LAS FAMILIAS DE LA VI REGION DE O'HIGGINS

• *Facilitadores asociados a la dimensión del territorio*

En la VI Región de Rancagua, existe la percepción entre las familias que al tratarse de una región menos poblada que la Región Metropolitana, exista una dimensión más acogedora en los servicios de salud, más seguimiento y menos dificultades en la búsqueda de cupos, tanto de colegios como en atenciones sanitarias:

Mira, cuando llegué aquí al cesfam (de Rancagua) fui con la carta de residencia, porque yo imaginé que era lo mismo que tengo que hacer carta de residencia nueva aquí porque estoy viviendo ahora acá. Saqué la carta de residencia de los niños y la mía y me fui al cesfam con mi cédula. Y automáticamente con mi cédula y yo le dije "ay, pero me va a buscar con mi rut provisorio de Fonasa", y me dice: "no se preocupe, que aquí sale con su cédula", de una vez. Incluso me lo imprimió y me actualizó los 3 rut de Fonasa que nunca me los habían actualizado. Me dijo: "esto hay que actualizarlo cada 2 meses, cada 3 meses" y yo "ay, en Santiago nunca me lo hicieron" y el: "no pues aquí se hace". De una vez este hicieron el cambio de residencia y de una vez me, yo le pregunté al chico que me atendió, al doctor, no sé qué si estaba atendiendo y me dijo: "tiene que pedir la cita en el pasillo de la parte azul". Llegué, de una vez le mostré el rut del niño, le dije que quería una cita para el niño pequeño y me la dio para una semana después. Fue todo mucho más fácil que Santiago, que es como colapsado. RVIF7

Esta sensación fortalece la elección de quienes han dejado la Región Metropolitana o Iquique para buscar oportunidades laborales en centros urbanos más pequeños como Rancagua, Machalí, San Fernando, etc.:

La cita me la dieron cuando me vine para Santiago y todavía no me la dieron, me vinieron a atender en septiembre ya casi cuando iba a parir. En realidad en Santiago, o sea nunca me atendí. Estuve muy bajo de peso, si me dieron vitaminas en el Cesfam de Iquique, todas mis cosas, pero en Santiago no, por eso también nos vinimos aquí. RVIF6

El tiempo que otorgan los especialistas también son valorados positivamente, así como la posibilidad de integrar distintas horas en una misma visita médica, lo que evita viajes y dificultades de compatibilizar el cuidado con el trabajo:

(En Rancagua) fue mucho más rápido. Llegué, esperé que me llamaran y sale el doctor, llama a (nombre del hijo), salió yo entré y cuando me lo revisaron fue totalmente distinto a cómo me lo revisaron en Santiago. O sea aquí el doctor que me lo vio que fue control del niño sano nuevamente, porque está en nuevo lugar no, le revisaron todo. Le revisaron los oídos, eh sus partes, el pechito, la garganta, todo, todo. O sea, no sé qué no le miró, le miró las uñas de las manos, las uñas de los pies, si tenía un golpe, o sea todo, le miró absolutamente todo el doctor. Algo contrario allá (en Santiago) allá cuando me lo revisaron: "ah, está bien, ya", fue totalmente diferente. Aquí también el doctor notó, notó que el niño es muy hiperactivo, me dijo: "¿el niño utiliza mucho el teléfono?" yo le dije: "sí, sí lo usa", me dijo: "quíteselo". Y de una vez me lo derivó al nutricionista, dentista y visual, al oftalmólogo. Me lo derivó para 3 partes, o sea en Santiago no hicieron eso RVIF7

• *Coordinación con ONGs y otras instituciones de ayuda humanitaria*

Otro de los espacios donde se genera acceso a información sobre el ejercicio del derecho a la salud son los espacios de atención de ONG's y otras instituciones de ayuda humanitaria, con las que las familias que ingresaron durante los años de la pandemia tuvieron contacto ya sea esporádico, por atenciones puntuales, como más sistemático en el caso de haber pasado periodos en albergues y residencias sanitarias. En los testimonios se reconoce que la información que se ofrece en estos espacios es considerada certera y completa, que les ayuda a orientarse en las redes y en la solución de problemas específicos asociados a los riesgos que corren en el tránsito migratorio o por enfermedades de base:

Una de las señoras que estaba en el albergue que nos vio con niños, se movilizó en eso y me dijo que tenía que ir al CESFAM para que me dieran el RUT provisorio. Tenía que llevarlos a ellos para que le tomen huella, fotos, no sé qué, por eso yo supe de salud. RVIF1

El apoyo que reciben en albergues y casa de acogida les permite también realizar las inscripciones con menos dificultades debido a que se presentan en los centros de salud con los documentos requeridos y sabiendo en términos generales a qué prestaciones

pueden acceder en el caso de tener niños a cargo, lo que a su vez facilita el trabajo del personal administrativo que realiza gestiones más ágiles con personas más informadas:

“En el refugio donde estaba llegaron una vez, no sé si eran de iglesia, no sé, me hicieron unos trámites de una vez hay que ponerlos, ellos tienen la facilidad de darles su rut de la salud, no sé qué, tienes que ir a tal lado, yo fui, los inscribí en el Cesfam, en el Fonasa, no sé qué, me dieron todo para que yo llegara con todo listo. También me ayudaron con el rut del colegio de ellos. Yo movilicé todo allá. Cuando yo llegué al CESFAM lo que hice fue inscribirlos”. RVIF1

- ***Apoyo de oficinas municipales***

Otro de los espacios considerado un facilitador de acceso son las oficinas municipales que mantienen contacto directo con la población migrante, en especial quienes están con más

Cómo conocí a la señora (mención al nombre) en migración, me habían dicho que yo tenía que ir a migración a averiguar sobre respecto a los papeles, como podríamos hacerlo una orientación pues, que me orientaran allí y allí fue donde yo la conocí a ella. Y después ella quedó en contacto conmigo, me dijo: "mira tienes que hacer esto, aquello, lo otro". Entonces ya me dio su número, me dijo: "cualquier cosita mire estamos a la orden" y toda la cuestión y de verdad que a uno con la señora de la oficina municipal, de 10, 1000, de un 10 le doy 1000. RVIF5

dificultades económicas, en situación de calle, viviendo en albergues y/o con niños a cargo. En este caso, las familias reconocen la importancia de la ayuda personalizada que encuentran en el municipio, que se despliega de manera integral en distintas materias, ayudándolas no solo con la información para acceder a los centros de salud, sino también en la resolución de temáticas atinentes a las determinantes sociales de la salud, como es el acceso a viviendas dignas, la resolución de necesidades urgentes, acceso a comedores y cajas de mercaderías en caso de falta de alimentación, búsqueda de cupos escolares, etc.

Las iglesias son también espacios de articulación con las oficinas municipales, lo que permite no solo resolución de problemas relativos al acceso a salud, sino temáticas clave para la población migrante como es el acceso a vivienda. En la siguiente entrevista se relata el acceso al terreno de una toma, donde la familia logra tener un espacio propio gracias a la construcción de una mediagua con materiales proveídos por personal municipal dedicado al tema migratorio:

Este, eh yo estaba asistiendo a una iglesia cristiana y por medio de una hermana ella tenía contacto con una persona de, no sé, la presidenta de un campamento puedo decirlo y ella me dijo que si yo estaba dispuesta a que me dieran un pedacito de terreno y yo pudiera estar allí, yo le dije que todo lo que o sea lo que sea con tal de no estar en la calle, volver a poner a sufrir a mis hijos, porque el pensar nada más el hecho de estar en una carpa en la calle con mis hijos, o sea todo eso desmoraliza y todo eso no es lo único quiere para sus hijos. Claro, tampoco un campamento es estar en las condiciones que uno quiere, pero en estas circunstancias no me quedaba de otra. Este y bueno llegamos al campamento, me dieron un pedacito de terreno y bueno me gestionaron por medio de la municipalidad media agua y ahí estamos. RVIF5

• *Redes informales y vínculos con la comunidad*

Por último, las redes informales también juegan un rol importante en el acceso a salud y en la resolución de necesidades sociales, tal como se evidenció en la cita anterior que muestra la articulación entre comunidades de iglesia y población migrante. Respecto a cómo se informaron sobre su acceso a salud y cómo se orientan en la toma de decisiones sobre dónde y cómo buscar atención para la atención de salud de sus hijos, varias familias nombraron a amigos, conocidos y parientes, quienes les refirieron tal información:

He escuchado, porque de hecho una amiga de la iglesia me comentó que a su niña la operaron en el hospital, en el hospital regional precisamente de eso, de las adenoides. Y fue por el programa de control del, o sea fue por este programa que tú me estás mencionando, pues a ella en el control del niño sano le hicieron su seguimiento y de allí la anotaron, tengo entendido que la anotan como en una lista y entonces allí cuando surge, cuando tienen el espacio abierto, la llaman me imagino y hacen todo el trámite pues. Yo por eso fue que fui al consultorio, por lo que me contó mi amiga. RVIF1

Como se ve, las relaciones de confianza con amigas y redes de apoyo son relevantes tanto para conocer prestaciones específicas como la del Chile Crece contigo que refiere esta entrevistada, como para ejercer el derecho a salud en términos básicos, como es la inscripción y acercamiento a los centros de salud.

“Yo de salud no sabía que tenía derecho, no sabía. No más averiguando con amigas, gente que uno habla ahí supe que sí, que podía llevar al niño al consultorio aunque no estamos legal” RVIF6

Estas redes son importantes también para resolver dudas específicas que surgen en la contradicción entre intervenciones puntuales, como pueden ser el lugar en el que se colocan las vacunas:

Al niño me lo vacunaron en el brazo izquierdo. Esa es la que normal la VCG que es la primera que le colocan. Nosotros no las colocan en el brazo derecho y a él se la colocaron en el brazo izquierdo, yo no sabía por qué, le pregunté a una amiga y al hijo de mi amiga se la pusieron en la espalda porque no sé, ella me dijo que su hijo nació en Iquique, quizás es eso que cambia. RVIF8

• *Coordinación entre niveles asistenciales*

Al igual que se reportaba antes como barrera, la existencia de coordinación entre niveles asistenciales facilita la inscripción, acceso y adherencia de las familias migrantes a los servicios de salud en Chile. En un caso similar en que la familia recién llegada por paso no habilitado llega con una hija convulsionando por fiebre a un recinto de urgencia, se ve cómo la acción de una primera acogida hospitalaria facilita el acceso a salud no sólo de la menor sino de todo el grupo familiar:

nosotros llegamos y ella estaba normal, normal, le empezaron a dar unas fiebres, unas fiebres, unas fiebres, le dieron dos días. Todo el mundo me decía "mira no te asustes porque eso es normal aquí", cuando llegábamos estaba el frío fuerte, "es normal porque estás cambiando de clima vienes de todo lo que estás pasando". Yo decido llevarla al médico porque ya eran 4 días y eran unas fiebres que de pronto se le quitaban, pero de pronto le daban y eran fiebres de 39, el paracetamol ya no la calmaba y ella me decía "me duele mucho la cabeza, mami me duelen los ojos, todo". Yo la llevo al hospital convulsionando, cuando yo la llevo automáticamente me dicen: "tiene que tener un rut de salud para las niñas" y yo "¿y dónde saco eso, cómo hago?", me dice una enfermera que estaba: "pero ¿usted no lo tiene?" y yo "no, porque nosotros estamos- o sea le explique pues- estamos recién llegados", "¿por dónde pasaron?" fue lo primero que me preguntaron, le expliqué el proceso, a ella la aislaron y a mí me pasaron a hablar con la asistente social. RVIF2

En esta derivación, la asistente social del recinto actúa levantando información sobre la situación de la familia y la orienta sobre el proceso de inscripción correspondiente. Refuerza la necesidad de inscripción de la niña para que la atención sea gratuita y motiva a inscribir a toda la familia para insertarlos en los distintos programas que les corresponden.

La misma chica me indicó lo que tenía que hacer para obtener el rut, yo fui ellos me dieron unas hojas, me dieron un informe, fui hice todo el papeleo para que me dieran el rut provisorio de salud. Efectivamente no se tardaron nada, la chica que me atendió me dijo: "mira este espérame allí que por tu caso te lo vamos a dar de una vez". Me lo dieron este el de ella primero, el de ella fue el primero que me dieron, ya el de mi esposo y el de mis otras hijas ya se tardaron una semana aproximadamente en dármelo. Pero el de ella por la situación para que me pudieran atender, nunca me negaron la atención en el hospital, la tendieron, desde el principio la atendieron. RVIF2

3.6.3. BARRERAS DE ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA VI REGIÓN DE O'HIGGINS

Al igual que en las secciones anteriores, precisaremos distintos niveles de barreras percibidas por los trabajadores de salud de la VI Región:

- ***Barreras individuales***

Una de las primeras barreras reportadas por los participantes se relaciona con la idea que existe temor entre las personas especialmente irregulares a acercarse a los centros de salud, por lo que el primer contacto puede dilatarse por mucho tiempo:

la población migrante se aleja de las instituciones, sigo hablando de las personas que están de forma irregular, porque tienen mucho miedo y desconfianza con respecto a la supuesta devuelta a su país de origen. Entonces piensan que cualquier institución pública, puede que nosotros al o mejor los vamos a denunciar a la policía, y no se acercan a los establecimientos de salud. Ahí hay una brecha y los más vulnerables nuevamente son los NNA que están con sus familias y sus comunidades. RVIS2

Este miedo y desconfianza de los sistemas de salud se exagera en contextos de tomas de sitios irregulares y campamentos donde el personal de salud trata, sin éxito, de realizar intervenciones comunitarias con grupos que no están inscritos en los servicios y que temen que cualquier interacción con agentes del Estado implique expulsión o algún tipo de persecución:

Esos niños o niñas no están llegando a ningún control. Hay muchos de ellos que quedan sin las vacunas, por ejemplo, hoy día mismos estábamos conversando en Coltauco que por ejemplo hay campamentos- Me acuerdo de que hace dos años fuimos a ver un campamento en Requínoa con 400 personas ahí, haitianos, peruanos, colombianos básicamente. Pero por la desconfianza que te comentaba no dejan entrar, en este caso no nos dejaron entrar a las personas de salud. Eso es otra limitante también, el mismo miedo a la deportación, que lamentablemente afecta a NNA, que no tienen acceso a todos los servicios que pudiesen tener. RVIS2

Si bien según los entrevistados este miedo se basa en falta de información y de conocimiento de sus derechos, en las entrevistas emergió que se reconoce poner barreras discrecionales como la solicitud de autodenuncia como requisito para la inscripción, lo que genera resistencia de parte de las familias migrantes que temen que la autodenuncia acelere los procesos de expulsión:

Lamentablemente nosotros para el acceso tenemos que solicitar la autodenuncia a la PDI, eso para algunas familias es algo súper complejo. Para nosotros acceder más rápido yo tengo que tener 4 cosas: certificado de residencia, que también es una barrera, porque las JJVV no quieren entregarlas, porque piden generalmente residencia 6 meses en el lugar; la autodenuncia en PDI, y obviamente por esta visión sociocultural que tiene que ver con el miedo a la expulsión inmediata; y también tenemos que en varias ocasiones las personas no tienen los documentos a la mano por haberlos perdido en el tránsito. RVIS1

La exigencia de autodenuncia se hace en base a la idea que, al no tenerla, se genera un proceso más complejo que es la constatación de domicilio y un informe social, lo que dilata la inscripción y la hace más estresante para la familia:

Entonces, si no se hace la autodenuncia igual tengo la otra opción de hacer un informe social. Entonces el proceso de acceso es súper arduo, no es llegar e inscribirse. La documentación que se pide para algunas personas es muy estresante, pero la familia al fin y al cabo se inscribe sin problema. RVIS1

La extensión del temor como barrera afecta particularmente la atención de niños y niñas, como relata un facilitador intercultural que identifica en estos grupos a las principales víctimas de la falta de confianza entre servicios de salud y comunidad migrante:

Hay muchos extranjeros que tienen miedo "yo soy irregular, no voy al CESFAM, no voy a la escuela", tienen esa percepción, pero más que nada es hacer publicaciones para que ellos conozcan. Llego a Chile, puedo ir a un CESFAM; llego a Chile, puedo inscribir a mi hijo en una escuela, puedo hacerlo. Yo conozco a una familia que lleva 2 años en Chile y el niño nunca fue al jardín porque tenían miedo de que los deporten, y el niño pasa dos años sin ir al jardín. RVIS3

También en el ámbito de las barreras individuales percibidas por los equipos de salud, emerge que los colectivos migrantes están más acostumbrados a un paradigma asistencialista, evitando las acciones de prevención y promoción, tal como se ha registrado en todas las comunas. Esto dificulta el acercamiento preventivo, pues las familias priorizan la inserción escolar de los niños y laboral de los adultos por sobre cualquier prestación médica que no sea de urgencia:

principalmente esta situación de recurrir cuando hay enfermedad, no así de recurrir a un proceso de prevención o promoción de la salud, eso es lo que hemos tenido que integrar como parte de nuestra estrategia local. Lamentablemente la mayoría de los migrantes internacionales tienen este concepto más curativo que preventivo. Porque lamentablemente así es su educación o la cultura de su país. RVIS1

- ***Barreras socioeconómicas***

Las condiciones laborales en que se desempeñan los migrantes son reconocidas como barreras para acceder a la atención, sobretodo en el caso de quienes se encuentran sin contratos formales y dependen de ingresos diarios que priorizan sobre prestaciones relativas al cuidado. En particular los colectivos bolivianos y haitianos son los considerados más susceptibles a sufrir este tipo de barrera, debido al tipo de trabajo que desempeñan, muchas veces temporeros del sector agrícola en el caso boliviano y de baja remuneración en el caso de mujeres haitianas:

El acceso que tienen las personas que vienen a trabajar básicamente son temporadas, acá se ve mucho a personas bolivianas que son trabajadores temporales, peruanas, también han llegado últimamente venezolanos y colombianos. Pero los venezolanos y colombianos básicamente se van a trabajar en otro tipo de industria como el comercio, pero lo que es la población boliviana es básicamente toda la temporada de la fruticultura. Esto también incide en que no lleguen. RVIS2

El trabajo temporal, implica que las personas se mueven entre regiones, perdiendo la posibilidad de dar continuidad a sus cuidados en atención primaria.

Sí, hay grupos más establecidos, pero andan buscando dónde trabajar, me he topado con grupos de personas bolivianas que han estado en varias regiones trabajando cada cierto tiempo porque ya saben la dinámica de cada cuanto tienen que cambiarse. RVIS4

En el caso de las mujeres haitianas, el tipo de trabajo que logran desempeñar en Chile muchas veces es incompatible con los controles de salud que establece el sistema sanitario chileno:

hay muchas personas que trabajan, y ellos no tienen situaciones regulares, por decir, no tienen n trabajo estable, ellos tienen un trabajo diario, es cuando hay trabajo. Entonces el tema de los controles de la gestación también a ellos les cuesta 2 o 3 días en un mes para venir hasta acá. Eso dado porque ellos no tienen un trabajo fijo, porque trabajan a diario, si pierdes 2 o 3 días, pierdes una suma muy importante. Entonces también al nacer los niños, eso también suele pasar lo niños también tienen controles - depende de la situación- 2 o 3 veces al mes, hasta 4 veces al mes, también cuesta traerlos a los controles. Es una negligencia que existe por parte de los padres, sin embargo, es por el tema económico. RVIS3

Por último, en el caso de las mujeres haitianas el idioma sigue siendo una barrera importante en términos de autonomía y acceso a los servicios, no obstante la mayor parte de las mujeres de esta nacionalidad que se encuentran en Chile tienen un tiempo de permanencia mayor a dos años:

Sí, las mujeres suelen no hablar español, a diferencia de los hombres. Siempre, hasta el día de hoy vienen mujeres que vienen con alguien acompañada porque no manejan el español. Pero también me he dado cuenta de que los haitianos en el último tiempo vienen con un acompañante para poder quizás facilitar este acceso. Igual lo encuentro fome, porque siento que tampoco son autónomos, no pueden hacer cosas solos, siempre tienen que andar con alguien como para poder ayudarse. Entonces encuentro bueno por un lado que se apoyen dentro de la misma población, pero mal que no puedan hacer un trámite solos por esta barrera. [...] nuestra población haitiana es muy alta, muy alta, entonces es importante. RVIS4

- ***Barreras del sistema***

Una de las barreras que reconocen los entrevistados se refiere a la sensación de que existan demasiados requisitos para poder generar la inscripción de las personas migrantes, lo que menoscaba la resolutividad de los servicios:

FONASA nos pide hartos documentos y acreditar la dirección, entonces en eso, obviamente es entendible que una persona no tenga dinero para comprar el certificado de residencia, (...) también tenemos que en varias ocasiones las personas no tienen los documentos a la mano por haberlos perdido en el tránsito. RVIS1

Los entrevistados son conscientes del hecho que las trayectorias migratorias de estas personas muchas veces dificultan el porte de documentos adecuados, lo que complica los procesos de inscripción:

Un tema muy grave es el ingreso de personas de forma irregular por PNH y que llegan a esta región y que no tienen mayormente documentos de identificación, y obviamente están de forma irregular en el país. RVIS2

Por lo mismo, valoran positivamente la agilización del trámite a través de la circular cinco, aunque existe cierta preocupación por la incorporación de un nuevo ente, el Registro Civil, en el proceso:

Que ahora apareció la circular n° 5 que viene a establecer otro tipo de trámite administrativo y que no solamente está involucrado FONASA y los establecimientos, sino que ahora se suma el Registro Civil, y que este decreto básicamente el Estado de Chile tiene que otorgar, en la condición que estén las personas, el Servicio y el Acceso a la salud. RVIS2

De hecho, uno de los problemas asociados a la identificación de los usuarios se relaciona con los múltiples RUT que manejan en particular los niños y que los identifican como niños migrantes irregulares, situación que se presta para temas discriminatorios especialmente en escuelas:

el no tener tantos RUT, porque es uno para educación 100 millones, y para salud otro, 40 millones, es mucho. Ojalá poder articular éstos en uno. Encuentro que eso es demasiado, ahí hay un tema que deberíamos facilitarle a los NNA para tener mayor acceso. Y para no generar tanta discriminación en los colegios porque los niños se dan cuenta de que el RUT 27millones, 25millones es muy diferente a un número 40millones, o de 100millones. Y obviamente por temas logísticos se hace, pero es muy extenuante. RVIS1

Al respecto, es preciso indicar que existe interés por parte de los equipos entrevistados de recibir capacitación en el funcionamiento de dicha circular, ya que existen varias dudas al respecto.

De hecho, hoy nos cambió el acceso al NIP que entrega FONASA y hay varios cambios, entonces varias personas nos estaban preguntando qué viene ahora con la circular n°5, ¿qué es lo que cambia? Y yo como "ya, espérenme, vamos a hacer una capacitación respecto a esto", igual siento que andan interesados en saber y actualizarse. RVIS4

También en referencia a las barreras que pone el sistema, los equipos reconocen que, si bien a nivel de atención primaria existe más conocimiento del acceso universal a la salud, igualmente algunos de sus miembros ponen limitaciones:

Esta

Muchas veces hay limitaciones y problemas en el acceso por el desconocimiento de los equipos. Y que muchas toman el rol de "policía" -por así decirlo-, y nosotros como instituciones de salud estamos "obligados" -entre comillas- a otorgar el acceso al servicio de salud. Independiente de que no tengan los documentos, paralelamente se harán todos los trámites administrativos que tengan que hacer lo equipos, pero sí se debe entregar, especialmente a mujeres embarazadas y NNA. RVIS2

sensación de desinformación o arbitrariedad en otorgar el acceso se traduce en el hecho que existe la idea que ciertos centros que sean más propensos a poner barreras discrecionales a los migrantes, por lo que se ha generado la sensación a nivel comunal que hay algunos CESFAM más proclives a la inscripción de migrantes y otros menos, produciendo contradicciones en la afiliación territorial que se espera tengan los centros de APS:

lamentablemente yo desde este rol me he dado cuenta de que en los otros CESFAM les ponen muchas barreras a los migrantes para poder inscribirse. Entonces lo que hago acá es de garante de derechos como "no chiquillos, tienen que pelear, los tienen que inscribir" para en realidad darle las facilidades de que puedan acceder a la salud, que es algo básico (...). (En otros centros) les dicen "vaya al CESFAM 6". Llegan personas del otro extremo de Rancagua, donde yo les digo "¿y por qué no se inscribe en el CESFAM cerca de su casa?", "no, es que como estoy irregular me dijeron que no, que viniera para acá", yo así como "pucha, no, no depende de nosotros, hay una ley que los colegas no están cumpliendo". RVIS4

Muchas veces, las personas encargadas de los programas de salud migrante, son los mismos encargados de muchos otros programas relacionados con la inclusión, el trato a usuario, los pueblos originarios, etc. lo que genera sobrecarga y la sensación de que tienen que hacerse cargo de aplicar todos los programas dirigido a las "minorías", sin contar con los recursos necesarios para ello:

Obviamente también hay una propuesta que es una debilidad, que muchas veces sabemos todo o hacemos mucho, pero... se nos genera un estrés. Porque el Ministerio manda programas manda programas manda programas, muchos programas para poder cubrir todas estas necesidades, pero con poco personal y pocos recursos. Yo soy encargado del PESPI, del PRAPS, de inclusión... entonces obviamente que las metas siempre son inalcanzables. RVIS2

Esta sobrecarga, se dificulta además por la cultura organizacional del sector público que tiende a ser de trabajo sectorializado, siendo los migrantes quienes han obligado al sistema a poner más recursos en la coordinación de sectores que habitualmente funcionan aisladamente:

La política de acceso a la atención de personas migrantes en salud |[PRAPS] uno de sus principios es ese, la intersectorialidad. Cuesta mucho trabajar en todo caso porque la cultura organizacional en Chile por lo menos, la mayoría de las instituciones públicas, los servicios públicos funcionan casi como islas. Entonces han ido también desde un punto vista forzándose el trabajo intersectorial. RVIS2

A esta cultura organizacional se suma la carencia estructural de recursos que se denuncia en el sistema público, donde la población usuaria ha aumentado, así como las exigencias de metas que se ponen al personal de salud:

Por parte del CESFAM sí existe extensión horaria donde se pueden atender, pero el CESFAM donde estoy en este momento no tiene la capacidad para atender a toda la población que tenemos, porque era un CESFAM que fue por 20mil, ahora tenemos más de 50mil usuarios, entonces no da abasto la extensión horaria para cubrir toda la población que tenemos con enfermera, médico o matrona. RVIS3

Por último, los entrevistados reconocen que la generación de centros “más o menos” amigables con los migrantes, genera también resistencia en la población usuaria chilena que siente que le dan prioridad a los migrantes o que estas prestaciones y facilidades estimulan la llegada de extranjeros.

porque también llegó un paciente-
porque como acá yo suelo atender
primero a los migrantes, un
paciente [chileno] vino a decirme
¡Usted está trayendo a los
venezolanos acá a Rancagua!” y yo
así “no, ¡caballero no tienen nada
que ver!”. RVIS4

3.6.4. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA VI REGION DE O'HIGGINS

- ***Coordinación con las redes asistenciales***

En esta región se identifican iniciativas específicas para que las personas migrantes que se acercan a hospital, SOME o SAPU sean referidas inmediatamente a los encargados de PRAPS en cada consultorio, de manera que puedan hacer seguimiento a la inscripción, aún si el contacto se ha generado en atención de urgencia o fuera del horario de funcionamiento del consultorio.

Existe una dinámica de trabajo que tenemos, al principio no saben, cuando vienen entrando al CESFAM no pueden hacer la diferencia entre la salud primaria, secundaria y urgencias. Suelen acudir a urgencias- también por el tema del trabajo porque vienen el as tardes al SAPU en el CESFAM. Ahí las administrativas de SAPU deja registrado el número de teléfono o los datos y me lo pasan a mí "mira, Eder, ayer vinieron 3 o 4 personas extranjeros que no están inscritas, que vienen solamente al SAPU". Ahí logramos comunicarnos y que vengan al CESFAM en tal horario, traigan los documentos para poder inscribirse. RVIS3

Esta dinámica permite que las primeras entrevistas con asistente social y/o facilitador/a sean rápidas y estén orientadas a una atención integral, a visibilizar necesidades, educar en torno a derechos y deberes, orientar sobre el funcionamiento del sistema de salud y apoyar en resolución de temáticas como el acceso a educación de los niños, temas de vivienda, situación de calle, etc.

Porque le preguntamos a la familia, sobre todo en la comunidad haitiana, ellos se comunican entre ellos. Si llega una familia en la zona, o en la ciudad, los que ya están en el grupo de WhatsApp nos comunican, o nos contactan: "¿sabes qué? Llegó una familia recién a la ciudad, vienen con un niño, dos niños, es un amigo mío, ¿cómo podemos hacerlo?". Ahí hacemos el contacto, detectamos a esa familia y los ingresamos al sistema. RVIS3

En el caso de la asistente social ella inicia el proceso de solicitud de RUT y al mismo tiempo agenda las primeras prestaciones:

yo hago una entrevista un poco extensa en realidad para saber cómo llegó, de qué manera llegó, ver la nacionalidad, si hay algún problema de salud que nosotros podamos abordar oportunamente; también consulto si están trabajando, de qué manera lo están haciendo; y también consulto sobre el estado habitacional, porque en general viven en condiciones de hacinamiento, entonces como para ver si podemos abordar algo en ese tema. Luego de eso evalúo obviamente las necesidades de la persona y hago las derivaciones correspondientes, al menos acá en el CESFAM directamente, y en el caso de que necesite alguna orientación con respecto a otro tema también lo hago y lo derivo a las instituciones correspondientes. RVIS4

Dentro de esta medida, se reconoce que la relación con la extensión horaria de los consultorios y el SAPU es más fluida, mientras que con el hospital sigue siendo más complicada la coordinación:

cuando necesitamos hacer una derivación al hospital, el hospital simplemente nos dice que no, nos bloquea un poco el acceso a la atención, igual yo siempre dejo abierto, así como "si tiene alguna duda, venga a verme, lo resolvemos acá, yo le vuelvo a explicar 'como es". Y generalmente vuelven porque no comprendieron equis cosa, o cómo acceder a tal prestación, o en el hospital los rebotan. RVIS4

- ***Uso de redes sociales y liderazgo migrante***

Uno de los facilitadores que emergen para esta región tiene que ver con el uso de redes sociales (página Facebook y grupos whatsapp) por parte del facilitador intercultural de una de las comunas implicadas. En particular para la comunidad haitiana, esta estrategia parece particularmente pertinente en tanto permite que las personas se pongan en contacto con el facilitador por medio de mensajes instantáneos, apenas llegan al país:

Como colaboración espontánea, además, el centro hace transmisiones en vivo sobre temáticas de salud en las que profesionales como matronas y nutricionistas hablan con el facilitador, quien se dirige a la comunidad haitiana en creole, explicando prestaciones y recomendaciones en salud desde los profesionales del consultorio:

yo tengo una página de Facebook a mi nombre, no siempre, pero una vez al mes, 2 veces al mes, cuando hay tiempo hacemos videos en vivo con profesionales en 2 idiomas: español y creole para ir contando a usuarios cómo va funcionando el sistema. RVIS3

• ***Facilitadores interculturales y organizaciones migrantes***

Al igual que en las regiones anteriores los facilitadores son reconocidos por los equipos de salud como figuras claves en la relación con la población migrante, puesto que no solo traducen sino que orientan y cuentan con redes de confianza que son importantes para el fortalecimiento de la alianza terapéutica con los usuarios:

Ellos cumplen el rol de facilitador intercultural con el fin de poder traducir en creole a los pacientes de nacionalidad haitiana. Y a su vez, hoy, después de la pandemia cumplen el rol del apoyo en la mampara de ingreso a las personas, facilitar el ingreso a todos los usuarios que llegan al CESFAM. En la medida que uno los necesite, y ellos siempre están súper dispuestos a participar de actividades comunitarias, y facilitar el acceso a la población migrante a las actividades comunitarias que tiene el CESFAM. RVIS4

Además de orientar a las personas que se encuentran en los centros de salud, los facilitadores cumplen un rol importante en la configuración de mesas de trabajo en las que los trabajadores de la salud puedan incorporar la experiencia de estas figuras y de otros líderes de asociaciones migrantes:

hay facilitadores interculturales, en CESFAM, en el Hospital de Rengo, en el Hospital Santa Cruz, y había también en el Hospital regional; ahora no hay lamentablemente, espero que se vuelva a recuperar ese rol de ahí porque son importantes ellos. Con ellos trabajamos también en la mesa, bueno ellos son, es nuestra riqueza de cómo ven ellos la función que estamos haciendo como sector salud, y cuáles son las necesidades que tienen las comunidades, ellos tienen la confianza de la comunidad y la información de las diferentes necesidades que tienen. Así que por ese lado nos hemos estado conectando con las personas migrantes de forma directa, nos gustaría tener más

Desde una mirada mas analítica, uno de los entrevistados menciona la importancia que tienen los facilitadores en un modelo de atención primaria que va más allá de la relación con comunidades migrantes, sino que se relaciona con las comunidades en general, incluyendo toda la diversidad cultural presente en ella:

Facilitadores debería haber en todos los hospitales en Chile que ayuden en la conexión, articulación con respecto a las diferentes comunidades de personas migrantes. Y no sólo en los hospitales, en los establecimientos como CESFAM y toda la red de APS. RVIS2

Este conocimiento de la comunidad permite también establecer relaciones más cercanas con las familias y hacer seguimientos en particular a casos de NNA que puedan estar perdiendo adherencia a programas. Para el siguiente entrevistado, la adherencia que se logra en su centro con las familias migrantes es producto de un esfuerzo mancomunado con familia, facilitador y equipo de salud:

La encargada de Infantil me da los nombres de aquellos niños que están en riesgo. Que al fin y al cabo por Chile Crece todos los niños migrantes salen en riesgo, y os adolescentes. Entonces vamos haciendo rescates, y la adherencia es muy alta, si se nos pierde una familia salimos a buscarla con el facilitador, y así. RVIS1

• *Coordinación con oficinas municipales y acciones comunitarias*

Otro de los facilitadores para acceso y uso de servicios de salud para las familias migrantes se identificó en el establecimiento de mesas intersectoriales y la coordinación con oficinas municipales de migración:

llega muchas veces gente de Rancagua a atender a Machalí porque saben que aquí no les van a pedir documentación, no les van a pedir, y los van a atender no más, con su identificación y los inscribimos en el sistema, y si se requiere, sacan el RUT provisorio y en la oficina. Y eso ¿por qué? Porque en los CESFAM de Rancagua no tienen oficina de migración en salud, eso lo tiene Machalí. Entonces la gente a visualiza "oye, sabes que, en Machalí hay una oficina de migración, en salud". Ahora, igual existe esta migración de que piensan de que en la oficina de migración en salud les vamos a ayudar también con el proceso migratorio, que eso no tiene nada que ver, para eso los derivo a la oficina de Migración de Rancagua. RVIS1

En particular, la articulación con oficinas municipales ha permitido actuar en territorios y temas inaccesibles para los equipos de salud, como es la situación de migrantes viviendo en calle y/o en tomas:

hay muchos NNA que lamentablemente son los más vulnerables en este fenómeno migratorio y que están en situación de calle. Eso nos preocupa bastante y ahí trabajamos mancomunadamente con el Chile Crece Contigo que es un programa intersectorial y con los municipios. Hay muchas municipalidades que coordinan su sistema escolar, sistema social, incluso hay algunos que les ayudan con el apoyo del arriendo, por ejemplo; el poder fomentar u otorgarles trabajo a las personas, etc. Ahí hay un tema que por un lado se está apoyando, pero otro lado hay otras instituciones y otras municipalidades que son reacias a poder apoyar de diferentes formas a las personas migrantes, especialmente cuando se trata de NNA. RVIS2

• *Capacitaciones*

Por último, una de las dimensiones que más se repite como facilitador de acceso a salud es la capacitación de los equipos y su sensibilización frente a la temática migratoria. Al respecto, si bien el PRAPS tiene indicadores asociados a capacitación, diversas dificultades vinculadas a la pandemia, principalmente, han impedido realizar estas capacitaciones de forma masiva al momento de las entrevistas¹. Sin embargo, las dificultades de realizar

Uno de los indicadores que tengo en el PRAPS es la capacitación. Si bien es cierto las capacitaciones grupales no han podido realizarse por el tema del COVID en los 2 años anteriores. Mi forma s capacitarlos 1 a 1, sentarme a conversar con ellos, a cada uno es entrego el protocolo de acceso y de atención. Y también lo positivo ha sido poder reforzar desde los programas del Minsal esta integración y el acceso al usuario: no distinguir o no discriminar, realizar obviamente una atención equitativa e igual a todos, independiente de su condición, raza, color, religión, cultura. Y eso, lo bueno es que en la cultura local se ha ido impregnando de eso. Preguntan, siempre preguntan antes. Entonces estas capacitaciones individuales han sido bastante factibles, y si bien han sido más para el CESFAM, me falta obviamente cumplir más a los choferes, a los más de servicios. Pero hay un tema de buna adherencia cuando: cuando tienen que decir y les dicen "vaya a la oficina de migración, ahí le van a referir toda la información". RVIS1

¹ Durante el mes de Mayo se realizaron reuniones en el Servicio de Salud referidas al tema.

capacitaciones colectivas van siendo contrarrestadas con iniciativas espontáneas de los referentes o encargados de salud migrante, quienes realizan capacitaciones personalizadas con partes de los equipos para instalar la óptica de derecho en todos los integrantes de los centros de salud:

Si bien estas capacitaciones son altamente valoradas, existe la percepción que la rotación en puestos clave como personal SOME o administrativos, dificultan la mantención de una cultura organizacional en torno a la temática migratoria, arriesgándose nuevamente a repetir barreras en los primeros puntos de contacto entre familias migrantes y sector sanitario.

Otra barrera son las personas nuevas que están entrando al CESFAM y que no alcanzaron a ser educadas a entender este contexto migratorio. Entonces hay que presentarle nuevamente los protocolos, hay que generar educación del buen trato al usuario. Y eso también es una barrera que es normal. O, por ejemplo, algunas personas refieren en los SOME o a los administrativos "¿y de qué país es usted? ¿Y por qué viene?" Preguntan más de lo necesario, entonces eso obviamente incomoda. RVIS1

Todas estas iniciativas son valoradas positivamente por los trabajadores quienes reconocen que la acción coordinada y el acercamiento con las comunidades ha permitido superar obstáculos con el fin de garantizar el bienestar de niños, niñas y adolescentes.

RESUMEN

BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN, REGIÓN DE O'HIGGINS

	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
PROXIMAL	Falta de información respecto a derecho de atención	Temor a la denuncia por parte de los sistemas de salud. Inaccessibilidad a sitios donde se concentra población en condición irregular
	Imposición de requisitos discrecionales: autodenuncia en PDI	Reconocimiento de requisito de autodenuncia como práctica de los servicios
	Miedo a cobros indebidos e información errada.	Idioma mujeres haitianas
DEL SISTEMA DE SALUD	Desorientación y falta de credibilidad en el sistema	Multiplicidad de citas e incompatibilidad con trabajos informales pagados “al día”.
	Falta de coordinación entre redes asistenciales de distinto nivel: se dirigen a nivel hospitalario y no son derivados a APS	Preocupación por funcionamiento de nuevo NIP (circular 5)
	Falta de pertinencia cultural de la atención administrativa: dificultades para orientarse en el sistema	Tendencia del sector salud a actuar como “árbitros o policías” generando barreras discrecionales de acceso.
	Trabajadores agobiados y/o sin paciencia para dar explicaciones. Sensación de maltrato.	Sensibilización de ciertos equipos por sobre otros crea percepción de servicios “pro-migrantes” v/s “anti-migrantes”
ESTRUCTURAL	Disponibilidad de horas y falta de recursos humanos	Condiciones laborales de trabajadores temporeros, especialmente rurales.
	Incompatibilidad de tiempo laboral con tiempos de cuidados y atenciones preventivas	Sobrecarga laboral del sector salud, funcionamiento en base a metas y proliferación de programas
		Multiplicidad de requisitos para generar la inscripción y procesos diversificados para salud, educación, AFP, etc. Acreditación de domicilio y falta de documentos
		Condiciones habitacionales de comunidad migrante/ hacinamiento y vida en asentamientos asociados a la producción frutícola

RESUMEN DE FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS DE MIGRACIÓN, REGIÓN DE O'HIGGINS

	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
PROXIMAL	Accesibilidad asociada al territorio: más tiempo, menos colapso, más cercanía	Relación del facilitador con las comunidades “anticipa” la difusión de información
	Redes familiares e informales	
DEL SISTEMA DE SALUD	Coordinación con ONG's, traspaso de confianzas desde albergues a servicios de salud.	Trabajo conjunto facilitador / trabajador social PRAPS
	Coordinación Intersectorial oficinas municipales	Uso de whatsapp y TIC's para la difusión de información, programas, enfoque preventivo, etc.
	Coordinación con asociaciones comunitarias p.e Iglesias	Extensión horaria y derivaciones excepto hospital
	Coordinación entre niveles asistenciales: hospitales dirigen a APS	Coordinación entre niveles asistenciales: SAPU, SAR etc. notifican a PRAPS
ESTRUCTURAL		

OBJETIVO 4

Problematizar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, profesionales, funcionarios y en los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en la región de O'Higgins

3.7.1. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DE LAS FAMILIAS DE LA VI REGION DE O'HIGGINS

• *Control de Niño Sano*

En general, existe buen nivel de conocimiento y valoración del control de niño sano, especialmente para quienes han sido integrados al sistema de atención primaria y han ido incorporando nociones de prevención y promoción de salud.

“el de niño desde el primer año hasta ahorita, el apenas tiene va a cumplir 7, él está en ese rango. Este anualmente yo le solicito su control de niño sano, le hacen su en ese control del niño sano a él lo revisan de estatura, de peso, de todo eso y este si presenta algún no sé alguna necesidad de algo, por ejemplo esto del otorrino, ellos deberían de remitirlo pues” RVIF3

Este conocimiento es particularmente sentido entre mujeres que dieron a luz en Chile y que fueron incluidas en el programa CHCC desde su gestación, lo que le permite dar el enfoque de continuidad de cuidado del niño/a:

Sí. Yo estuve en ese Chile Crece, también me lo entregaron cuando di a luz también. En la oficina en el Hospital Regional me lo entregaron. RVIF6

El control de niño sano es descrito como similar a algunos programas a los que asistieron en sus países de origen, especialmente en Venezuela, por lo que es posible hacer más analogías respecto a la importancia de conocer el proceso de crecimiento de los niños, control de talla y peso.

Me lo pesan, lo tallan, me preguntan qué cómo ha estado evolucionando, o sea que ha tenido de nuevo el niño o la niña, eh... eso. Eso también hay en Venezuela. Aquí lo ha visto el nutricionista también, sí lo ha visto la nutricionista pero como para tenerle el control nada más porque no están excedidos de peso ni están falta de peso tampoco, o sea están ahí, es como para tenerles el control. Y al niño, al mayor es como para enseñar como a reducirle los azúcares pues, a efectos de lo que él tiene. RVIF5

Un hallazgo interesante de esta región tiene que ver con la visión del control de niño sano como un espacio de cuidado y atención a niños que, dadas las características de la migración que han vivido, se han acostumbrado a estar en segundo plano de las decisiones, han aceptado dormir en calle, perder años de escolaridad y han naturalizado no sentirse partícipes de las interacciones entre adultos. En el caso de esta entrevistada que viaja con un bebé de 9 meses y un niño de 7 años, su relato sobre la atención es el siguiente:

El doctor me lo revisó todo y de una vez me lo derivó donde tenía que ir y me dieron las 3 citas. Después de eso, el doctor se pone a hablar con el niño, le pregunta mi nombre: "¿cómo se llama tu mamá?, ¿cómo se llama tu hermanito?", se pone a hablar con el niño, todo, me gustó como lo atendió, porque los niños también sufren y una a veces no puede prestarle tanta atención (...) me ha tocado dejarlos solitos, doctor notó, notó que el niño es muy hiperactivo, me dijo: "¿el niño utiliza mucho el teléfono?" yo le dije: "sí, sí lo usa", me dijo: "quíteselo". Y de una vez me lo derivó al nutricionista, dentista y visual, al oftalmólogo. RVIF7

• *Embarazo, parto y puerperio*

Tal como se ha reportado antes, algunas de las mujeres entrevistadas en esta región vivieron sus embarazos durante el tránsito migratorio por paso no habilitado, lo que implicó dificultades en sus controles de gestación que fueron realizados en albergues.

yo me enteré que estaba embarazada, la comida no me pasaba. Bueno hubieron unas muchachas del refugio que me atendieron para que, hubieron doctores que llegaron ahí al refugio, me hicieron el control Ahí me detectaron hipertiroidismo. RVIF6

Estas dificultades se acrecientan con los cambios de domicilio que realiza la familia debido a que buscan establecerse en la zona centro, evitando quedarse en Iquique ya que es el periodo en que se viven amedrentamientos en calle hacia migrantes venezolanos:

Llegaron aquí al albergue (en Santiago) que es un gimnasio, recién porque lo cerraron. Bueno, ahí estuve. Por el frío se me bajaba la tensión. Me dio también, cuando una se pone amarilla como es, no sé, una se pone amarilla también y te da descalcificación. De todo tenía un poco .

Ahí (en el albergue) duré mi embarazo. Luego de ahí me han enviado a otro refugio porque ya la que estaba encargada ya no me podía tener, por el embarazo de alto riesgo, sangraba con el embarazo, me desmayaba, no comía, puro vomitar, vomitar, vomitar. Muy flaquita. RVIF6

El momento del parto es narrado positivamente por esta entrevistada, a pesar de las dificultades que vivió durante de la gestación. De hecho, en comparación con el sistema sanitario de su país de origen, sintió que fue más respetada y más cuidada sobretodo en lo referente al dolor, gracias al uso de epidural y a la cesárea que se decidió realizar luego de algunas horas de trabajo de parto:

aquí chevere. La de aquí porque no te hacen sufrir me entiendes, en Venezuela tú tienes que aguantar desde un principio hasta el final tus dolores de parto. Eso primera vez en mi vida que lo he visto aquí (epidural). Yo duré 3 días con él (otro hijo nacido en Venezuela), a mí me hicieron forcep en la cabeza de él, no me salía. Me reventaron, me cocieron, me metieron unas paletas, o sea ya no hallaban qué hacer conmigo porque, pero con todo con dolor. En cambio aquí las mujeres, “no, no te preocupes”. Las muchachas venezolanas que han parido, no te preocupes que si vas con dolores ya tu a los 6 dilataciones máximo te ponen una inyección y descansas y no sé qué y ya vas a estar en normal, sin dolor. La cesárea, nunca en mi vida había sido cesárea, todos han sido en parto y con esta experiencia fue buena, me atendieron bien. RVIF6

Las dificultades posteriores al nacimiento del niño se relacionan con las condiciones de vida que encuentran estas familias por las ya mencionadas dificultades en torno a la vivienda y habitabilidad.

Nos venimos para acá. Como ves esto es de cartón, la parte de allá tengo la camita de mi hijo, está la cocina y el polvo. Es lo único que yo te digo que, o sea tengo muchas - O sea, que las moscas . Muchas me dicen que, que por lo menos la matrona vino a verme para acá, para retirarme los puntos porque yo era cesárea y que no estaba bien que yo viviera aquí. RVIF6

Otras experiencias positivas relatan atención de abortos espontáneos, donde es percibido positivamente no solo por la rapidez de la intervención, sino también por el acompañamiento psicológico que se ofreció en dicha ocasión:

Tuve una pérdida, ese sería mi embarazo, 3 meses de embarazo. Fuimos al primer control y todo estaba bien y en el segundo control fue que el doctor me pidió que volviera a los 3 días, pero no, no llegué a los 3 días. Fue algo así como que él sospechó algo, no me dio como una alarma, pero yo ya sentía un malestar y durante ese proceso de 3 días ya vino la situación, lo perdí. En el hospital a mí me recibieron bien, muy, muy bien, de verdad que no, no sé si fue la fecha, no había tanta gente o por lo menos no habían emergencias así difíciles que te dejaran esperando, me atendieron de una vez y no, de hecho hubo también ayuda psicológica que nunca me la esperé y ahí también. (La atención fue) en el hospital y después me remitieron, me dijeron que si llegaba a necesitar ayuda psicológica, ahí me dejaron una información en el correo y en el CESFAM también. RVIF4

En conclusión, desde las entrevistadas los relatos de atención de temas atinentes a la salud reproductiva tienen un matiz positivo, de reconocimiento de los esfuerzos que se hacen en Chile por dar atenciones integrales, aún cuando las condiciones de vida de las personas no siempre son comprendidas e incluidas en los enfoques que se dan en temáticas específicas como por ejemplo, las condiciones de habitabilidad para un recién nacido. El abordaje integral de la pérdida gestacional, el acompañamiento al parto, la posibilidad de acceder a terapias de dolor, son todos elementos que aparecen como beneficios altamente valorados en comparación con los países de origen.

• **Nutrición**

En esta temática, es importante destacar que los testimonios de esta región retratan la importancia que tiene la seguridad alimentaria como factor impulsor de la migración, especialmente para familias venezolanas, cuyos motivos de migración, a menudo están asociados a la necesidad de asegurar la alimentación de los hijos/as:

Él (niño) ya ve que por lo menos en otro país nos toca caminar, porque nos tocó muchísimo caminar, pero él ahora si quiere tomar un refresco sabe que se lo puede tomar y comer bien, de que el pollo para nosotros en Venezuela era para las personas ricas y aquí se puede comer pollo, carne, eso eran meses que no lo veíamos. RVIF1

Las dificultades alimentarias en los países de origen se repiten también en la trayectoria, donde los niños comen poco y alimentos poco nutritivos, en parte por la necesidad de aplacar el hambre a bajo precio y en parte por el malestar y náuseas que producen los largos desplazamientos en buses y camiones por zonas geográficas accidentadas como el desierto y la sierra

porque eh no sé a mi me da mucho temor que mis niños me digan: "mamá tengo hambre" y nos ha tocado, nos ha tocado sí de verdad nos ha tocado de, a pesar de que estamos aquí, nos ha tocado circunstancias de que los niños tienen hambre y a veces no tenemos que darles pues. Sí, entonces ya uno queda como traumatizado porque tantas veces que nos pasó esa situación en Venezuela, entonces uno dice oye otra vez aquí, entonces ya uno como que...el tema de la comida, sí, duele RVIF5

También en contextos como albergues la alimentación que reciben los niños no es buena y es considerada uno de los elementos más críticos de estos dispositivos, que no solo aíslan a la población sino que también dificultan su acceso a alimentación saludable y culturalmente pertinente:

Ahí (en el albergue de Lobito) hubo por lo menos en la alimentación, mis hijos salieron con un parásito. El desayuno era agua y un paquete de galletas todos los días, galletas de chocolate, chocolatada. Todos los días en la mañana y una galleta de chocolate. O sea, lo que esos niños tenían eran parásitos, no comían nada. La comida... este, nos las traían dañadas. La cena llegaba a las 1 de la mañana, ya los niños a esa hora ya estaban dormidos. Nos traían puré con, o sea la comida no era la adecuada para nosotros y lógicamente no la comíamos. Aparte al otro día estaba dañada y lo mismo todos los días, agua y galletas, agua y galletas eso era más que todo. RVIF1

En los contextos de llegada y asentamiento se describen situaciones de bajo peso de los niños y aparición de parásitos, que no son situaciones que estén acostumbrados a manejar los trabajadores de la salud en Chile. De hecho, en torno al tema de los parásitos intestinales, comunes en países como Brasil, Venezuela, Colombia, México, Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana, las familias esperan que en Chile puedan recibir tratamientos expeditos y exámenes rápidos, situación que no se condice con los protocolos de atención de los servicios de atención primaria:

En realidad para los parásitos me pedían que les hicieran exámenes no sé qué para poderlos ver, pero las citas que había que buscarlas las daban para mucho tiempo después, entonces yo necesitaba algo rápido, porque ya los niños los estaban botando. Entonces, para ir ni siquiera me dieron una receta, para buscarte algo para que los boten. Que hay que hacerle el examen, que otro control, que no sé qué. Entonces yo por mí misma cuenta tuve que desparasitarlo. Este, eso fue lo único que no me quisieron atender, así como rápido. Porque uno sabe que cuando ya los empiezan a botar les salen por todos lados. Y él (niño) todavía anda así, él come dulce y empieza que le pica que le duele, que no sé qué. RVIF1

Respecto al bajo peso y temas de desnutrición por déficit, en las entrevistas aparecen testimonios de niños que han sido detectados con este tipo de problemas en las atenciones de control de niño sano. Al respecto existe una valoración positiva de la instancia y de la posibilidad de complementar la nutrición con el acceso a leches y alimentos que se ofrecen en el consultorio.

Pero de nutrición siempre lo llevaba, porque me decían que lo llevaba cada mes porque el niño estaba un poquito de bajo de peso. Entonces, le tenían que dar leche y las sopitas. RVIF7

Allá me lo derivaron al nutricionista porque, obviamente que cuando pesó y revisaron el peso sí estaba un poquito bajo de peso, llegó delgado, muy delgado RVIF3

En estos contextos el uso de la leche del consultorio y otros alimentos son valorados positivamente, a tal punto de llegar a ser considerados elementos fundamentales para asegurar la nutrición de niños que viven en condiciones económicas precarias, sin alimentación diaria asegurada:

La P. no recibe leche porque ella tiene 8 años y el S. sí recibe todavía la leche. (Se la entregan) mensual. Le doy a los 3 de ahí, no me llega ni al mes porque a los 3 aprovecho de darles porque es lo único seguro. RVIF5

Por último, en las familias que llevan más tiempos asentadas en Chile, han observado la transición alimentaria por la introducción de alimentos nuevos, fuertemente calóricos como es el pan y azúcar, así como la disminución de la actividad física debida a los ritmos de trabajo y escuela, la falta de espacios de recreación en las casas y al aire libre y los problemas de habitabilidad asociados a seguridad ya sea por delincuencia o falta de áreas verdes donde realizar deporte.

Nosotros aquí hemos incrementado el consumo del pan. En Venezuela no se come mucho pan, se come arepa, (...). Allá es harina de maíz o de choclo y aquí es harina de trigo. Entonces así fue que engordamos, el niño está con sobrepeso y nutricionista (...). Nos ha costado porque aquí en Chile se come mucho dulce. Pueden desayunar con dulce y jamás en mi vida vi a una persona comiendo con dulce desayunando. RVIF4

Yo no sé qué tiene Chile sí que nos engorda, que llegamos aquí y nos engordó, no sé si es el azúcar, pero nos engordó. Yo llegué aquí con 48, 50 kilos estoy en 75 kilos y nunca había engordado tanto. Pero todas las amistades que prácticamente llegaron, todas están gordas y en Venezuela no estaban gordas y no se podía decir que no comíamos, porque había crisis, pero se comía mucho y nosotros comemos mucha comida chatarra (...). Aquí yo lo que tomo más es bebida, hay mucho dulce, comen pan con jamón y luego con mermelada, pan y dulce. RVIF2

En el caso de esta familia, a través del control de niño sano se pesquisó la situación del niño y se produjo una intervención con nutricionista que permitió abrir el tema con la familia, relevando la asociación con los efectos que la pandemia tuvo a nivel familiar, ya que el sobrepeso los afectó a todos, y las estrategias para enfrentarlo a través no solo de cambios en la dieta sino en los patrones de vida sedentaria:

Bien, se enamoró de algunos deportes, entonces hemos estado reforzando el karate, reforzando el voleibol y la bicicleta en familia más que por él, por compartir también, este bueno principalmente por él, pero la motivación de nosotros es que vamos, lo hacemos por él y también lo hacemos por nosotros. Entonces, a veces todos los sobrinos, todos nos vamos en bicicleta. RVIF2

• *Salud Dental*

Respecto a salud dental en esta región los hallazgos son heterogéneos, puesto que existen familias que conocen, usan y valoran positivamente las prestaciones, mientras otras no las conocen ni las han usado. Respecto a las primeras.

Sí, ellos precisamente al ir para el control del niño sano te dicen, bueno tu control general es lo que implica tu revisión física completa, este y la revisión dental. Eso son los dos que ellos prácticamente casi siempre reciben. RVIF3

La prestación es valorada positivamente, aunque algunas prestaciones quedan “estancadas” por motivos económicos en caso que impliquen gastos de bolsillo, ya que las personas necesitan priorizar otros ámbitos sobre temas dentales:

También el dentista, el dentista también los ve, sí, sí. Desde que los inscribí mira a mí me dijeron tienes posibilidad de tomar cita para esto, esto, esto, deme pa todo y jajaja yo aprovecho todito eso sí, yo no me quedo, con las cosas de los niños no me gusta estar atrasada sino estar ahí, al pendiente, al pie del cañón como quien dice. Sí los ve dentista, a los dos pequeños este todo bien, todo fino con el crecimiento de sus dientes, pero como te comento con el Jesús sí tenía una que otra carie, ahora tiene un diente que le está saliendo por el lado de adentro, entonces tengo que ahora este hacerle una placa, o sea una panorámica pero sabes eso ya es gasto aparte, entonces tengo que como quien dice ir viendo. RVIF8

(Al hijo mayor) Le hicieron una placa, bueno de ahí le hicieron una solicitud para otro, para otra clínica. Y ahí le hicieron una placa y luego ellos mismos la mandan al cesfam y luego me dieron la cita para que le revisaran. Y le sacaron una muelita que era de leche que ya le tenían que sacar. Al niño pequeño también me lo vieron ahí, este en el cesfam, pero a él simplemente le hicieron una limpieza y estaba bien, no tenía caries, no tenía nada de eso, así que estaba perfecto el niño el más pequeño. El mayo sí tuvo como 2 caries. RVIF7

La aceptabilidad de los programas dentales pasa, en el caso de las familias venezolanas, por la percepción de que es un beneficio del que no gozaban en Venezuela, lo que reafirma la sensación que Chile sí puede ofrecer más seguridad y bienestar para el crecimiento de sus hijos:

Mira aquí hubo también un momento donde mi hija cuando comenzó la parte de odontología a atenderla, ella una de sus muelas la tenía muy inflamada y aquí en el cesfam le dieron los medicamento. En Venezuela hay que comprar todo, en Venezuela es un sueño algo así. RVIF8

En el caso de las familias que no han accedido a control de niño sano ni a otras prestaciones preventivas, el control dental es desconocido y/o pasa a segundo plano.

“No conozco eso de dentista para los niños” RMF1

• *Estimulación temprana*

En términos de estimulación los hallazgos de esta región refieren a la preocupación que existe en el caso de familias que llegaron con niños en edad escolar (de 0 a 6 años) que han observado retraso en el desarrollo del lenguaje, sin que pudieran hacer asociaciones explícitas al impacto que el proceso migratorio pudo tener en estos ámbitos:

“Fíjate que cuando el niño chico empezó el colegio él duró 3 meses sin hablar y ahí yo estaba muy asustada. No hablaba, no decía que iba al baño, se hacía encima, yo tenía que ir a cambiarlo y todo pues, entonces fueron 3 meses uauh, una ola de angustia porque la que hablaba y la tía me decía ya que no hablaba, que no decía nada, ni siquiera que decía que iba a ir al baño sino que se hacía encima. Entonces uno dice uauh, les afectó. (...) no, eso no lo vieron en el CESFAM”. RVIF3

En este caso, la situación es reportada por las educadoras del jardín, pero no se realiza una intervención para derivar a la familia al CESFAM ni se les informa sobre las prestaciones del Chile Crece Contigo frente a estas situaciones, de modo que la mujer tiene que enfrentar individualmente el problema. Por el contrario, un segundo testimonio sí refiere haber podido manifestar la preocupación en un control de niño sano con uno de los hermanos del niño afectado y es la receptividad de la profesional la que facilita la realización de una consulta fonoaudiológica y el

“Con el niño pequeño me pasó que él ya tenía los dos años y no hablaba, decía pocas palabras, a diferencia de mi niño mayor que desde niñito era un lorito, entonces yo me estaba empezando a preocupar y en una consulta del niño sano la enfermera yo le hago el comentario y le digo mira sabes lo que me pasa con el niño, me está pasando esto considero que está presentando un problema en el habla porque tiene dos años y todavía no ha hablado. Ella muy amable, lo mandó a fonoaudiólogo.”
RVIF1

• *Salud Mental*

En temas de salud mental, se repiten los hallazgos de las regiones precedentes respecto a la falta de conocimiento que tienen las familias sobre la posibilidad de acceder a atenciones de salud mental, a pesar que existe conciencia respecto al impacto que el proceso migratorio y las condiciones de vida actuales han tenido sobre el bienestar emocional de los niños:

con pena, porque en realidad yo lo veo, me da pena. Y él en el transcurso lo ha entendido, ha madurado, entendido de que nada es fácil, de que por algo mejor, de que él vio la diferencia desde cuando estábamos en Venezuela nos tocaba durar días sin comer, de pedirle al vecino, de que me tocaba ir a los mercados a buscar frutas, entonces que estaban dañadas como para hacer un jugo, como para que comieran, maíz, una papa, cosas así, ha sido difícil también para él. RVIF3

Incluso los niños que se han asentado en Chile, desarrollan comportamientos relativos a la emocionalidad que genera el pertenecer a países diversos y las angustias asociadas a la posibilidad de perder lo que se ha logrado construir en Chile:

Yo creo que ni se dio cuenta como tal no le afecta. De Venezuela prácticamente no recuerda nada. Le encanta la arepa, le encanta su comida todo porque se la preparamos aquí, pero no tiene recuerdos así como tal de Venezuela porque llegó pequeño. Y es más chileno que venezolano. Con decirte que hubo un tiempo inicialmente que lloraba cuando teníamos como un año aquí y le decíamos que lo íbamos a llevar para Venezuela, él lloraba porque se quería quedar en Chile, que él no quería ir pa' Venezuela y lloraba. Era un castigo que tú le dijeras: "vamos pa' Venezuela". No, era como un castigo para él. Ya hoy en día no le decimos nada pero ya él está, ya él es chileno. "No, yo me quiero quedar aquí en Chile" decía. Pero de Venezuela verdad que él yo creo que no tiene recuerdos. A veces que le enseñamos fotos de la familia si se acuerda por videollamada y eso, pero como tal de él no se acuerda. RVIF2

Estos conflictos solo en ocasiones son pesquisados en los centros de atención primaria, aunque en ocasiones con motivo de otras prestaciones como atención nutricional, se hacen derivaciones a salud mental que permiten dar a conocer la existencia de tales prestaciones en los centros de salud. Como explica una entrevistada:

no sabía que para el niño pequeño también podía tenerlo, no sé si también lo puedan tener, no sé. Tampoco me han dicho nada, no me habían dicho como que ay al niño también puedes pedirle una cita con el psicólogo, no sabía. De hecho es que hasta el año pasado fue que yo me enteré que en el CESFAM ofrecían citas con psicólogo, (...) Me enteré porque mi cuñada, este (...) mi sobrinito tenía sobrepeso, entonces este a ella la remiten con el psicólogo para ver si este sobrepeso era algo emocional. Y cuando a él lo remiten al psicólogo ella me dice: "Ah no, en el CESFAM lo remitieron al psicólogo" y yo: "Ah, no sabía que en el CESFAM también atendían psicólogos", (...) entonces, asumí que quizá era solamente para los adolescentes por esa etapa que es como medio conflictiva, no sabía que quizá a los niños pequeños también podía, este, quizá corresponderle. RVF8

También los controles de niño sano son espacios para pesquisar situaciones de salud mental con los niños y actuar en caso que se presenten trastornos específicos, como el TDH que era una condición diagnosticada en Venezuela en esta familia, que se explicita en el control de niño sano del hermano y que a partir de dicho control permite ser derivada:

Sí, lo está viendo salud mental al niño. De hecho al niño chico le tocó ya cita con el psicólogo y él habló o sea como de parte del control del niño sano debido a la edad, entonces él o sea habló y lo notó muy bien pues. A qué hora te acuestas, le preguntaba cositas y él le respondía y el psicólogo dijo no, que estaba muy bien. Pero el niño grande, como te comento, sí tiene su control de psicólogo, mensual por su TDH. He bueno también depende de la conducta, porque si él ha estado muy mal conductualmente él se los pone semanal. Y si él ve que ha estado más tranquilo, que ha estado, entonces él lo pone mensual. RVF5

Por último, la salud mental de los cuidadores, especialmente mujeres también aparece como una temática reconocida por las entrevistadas, que en ciertos casos han tenido la posibilidad de tener acompañamiento esporádico:

Cuando en el cesfam me dan las citas este para el psicólogo y todo eso, yo le comenté al psicólogo, a la psicóloga en este caso, ella este empezó a hacerle consultas, este test y todo eso y ella me dijo que sí, que le había afectado a mi hija, pero era normal porque la venía sacando de su zona de confort, de su casa. Nosotros dentro de (se emociona) disculpa, lo que pasa es que hablar del tema es volver a revivir todo no. Nosotros en Venezuela pasamos por momentos, por decirlo así, bastante fuertes en tema de que bueno, como te expliqué ahorita, muchas veces teníamos para una cosa, para otras no. Tuvimos muchas carencias, muchas necesidades, mi mamá murió antes que partiéramos, después el viaje, la enfermedad de la niña...ha sido difícil. RVF8

• ***Urgencias***

Respecto al uso de urgencias en esta región emerge un resultado preocupante en torno a las relaciones que se entretienen al interior del espacio escolar y los efectos que la violencia y el bullying tienen también sobre la salud física y emocional de niños, niñas y adolescentes migrantes que llegan a urgencias en hospital o SAPU para atender los efectos

de la violencia al interior de los establecimientos educacionales. En el caso de una entrevistada:

El niño mayor este tuvo como que un problemita con otro niño del salón de ahí que le dio un golpe en el ojo. Y cuando ese niño le dio el golpe en el ojo a mí me lo mandaron a llevar a un CESFAM, pero no tenía eso de rut provisorio. Lo llevé al hospital, yo me fui a las 5 de la tarde al Sapu que empezaban a ver, yo de ese Sapu salí a las 12 de la noche que me lo atendieron. Fue una locura, no me lo querían atender, que no que eso no era una urgencia, yo le digo: "sí, pero es que si me lo mandaron a ver de la escuela RVIF7

Si hubo un percance en el colegio donde le pegaron, un niño le empujó y le pegó en la cabeza a la pared del baño. Y le dobló el dedo pulgar se lo dobló también el niño, entonces ahí si me tocó llevarlo al hospital RVIF5

En las entrevistas queda la percepción de que los colegios no se hacen cargo de estas situaciones o las minimizan, lo que a su vez debe ser repetido por los propios padres, quienes frente al riesgo de volver a dejar a los niños sin escolaridad, prefieren recomendarles que “no hagan caso” o “no se metan en problemas”, esperando que en futuro puedan comprender las decisiones de los padres:

figúrate ahora lo que está pasando con el niño grande es que claro ya está en una etapa que la conducta empieza a ser como más rebelde pues, pero también está la situación de que como somos emigrantes, el byllying y toda la cuestión, entonces eso también son cosas que van acumulándose pues. Entonces, de repente él se le crea como, como esta rabia, esta furia y de repente es como él lo expresa pues. Entonces sí, de cierta forma le afecta . A veces yo, mire yo hablo mucho con ellos y yo les explico pues y más que todo al grande, le hablo muchísimo y el papá le habla y todo, que no tiene que hacer caso. Pero, uno trata de explicárselo a ellos y como que no van a entenderlo ahora, pero yo le digo que más adelante cuando él sea más grande él va a entender y de repente él se va a poner en mi zapato y va a decir "ya, sí" y que va a valer la pena y en el nombre de Dios que sí, lo van a entender y decir que sí va a valer la pena (se emociona). RMF5

Otra situación similar refiere una mujer en el que las agresiones no se remiten solo a las relaciones entre estudiantes, sino que también escalan al trato entre apoderados, frente a lo cual las escuelas no intervienen:

Mi hija mayor cuando comenzó el colegio, hubo una niña que se metió al baño y se dio golpes en la cara y dijo que mi hija la había golpeado y ella misma llamó a carabineros. Nos llevaron a la parte de los carabineros, al retén y todo eso, allí nos tuvieron mientras a ella le tomaban la declaración, mientras el colegio daba las evidencias y todo. Su abuelo es ex carabinero este y él nos insultó horrible, su reacción fue decir de que si los carabineros no hacían nada él mismo iba a tener que matar a mi hija con sus propias manos. Después vieron las cámaras y vieron que era todo lo contrario, que la muchacha golpeó a mi hija, pero terminamos en carabineros y ella ya no quiso ir más al colegio. RVIF8

• *Salud Adolescente*

Por último, la salud adolescente es, al igual como se ha pesquisado antes, una dimensión menos conocida de las coberturas del sistema sanitario y uno de los ámbitos en los que existen ciertas resistencias respecto a la aceptabilidad de la prestación, al considerar que las atenciones con matron/a son demasiado precoces para jóvenes entre 11 y 14 años. Como expresa la madre de un joven de 12 años:

Y la de adolescente tuvo su revisión con el nutricionista y el de general, que le hicieron como su estudio de sangre, que le hicieron sus exámenes de sangre y todo eso. El año pasado él no, yo no lo anoté con psicólogo, ni con matrona tampoco, pero en la revisión de adolescentes a él le hicieron varias preguntas respecto a su desarrollo físico, como los cambios que ha experimentado y todo eso. Y pero no ha tenido como uno con la matrona él solito, no, solamente con la matrona no, es muy chico para eso: RVIF3

Esto refiere al hecho que las prestaciones ofrecidas por el programa parecen ser acogidas como espacios principalmente focalizados en la atención de salud sexual y reproductiva, ámbito que es problematizado por familias que sienten que es demasiado temprano para ello.

en este momento a pesar de que él tiene 13, este él es un niño, todavía es muy niño, todavía es un niño. O sea no, hay adolescentes como que están más desarrollados en ese aspecto, en cuanto a que ya tienen iniciación de actividades y cosas. Y él es muy niño todavía. O sea primero, yo sé que a veces puede sonar de que las mamás a veces no saben, se la dan de inocentes o creen que sus niños son santos, pero es que él no sale, no tiene tiempo para jajaj... yo voy y lo llevo al colegio, lo traigo del colegio, o sea este y no pues, entonces todavía creo que es como que precipitado. RVIF4

Sin embargo, sí existe entre las entrevistadas la visión de que el apoyo psicológico durante el proceso de la adolescencia es necesario, expresando que están dispuestos a dar espacios para que los jóvenes resuelvan dudas o hablen temas con personas que no son necesariamente los padres:

Y quizá hay dudas que ellos tienen que bueno, que a nosotros como padres no nos preguntan, aunque ellos sepan o crean que, o nosotros creamos que ellos sepan que nos pueden preguntar cualquier cosa, entonces a lo mejor por vergüenza a lo mejor no lo hacen y quizá con un psicólogo pueden ellos abrirse un poquito más. Entonces no estaría mal, no lo veo como que se algo malo o algo específico porque el niño tiene alguna condición, no, sino que es por la edad
RVIF3

Por último también se relevan cuestiones atinentes a las experiencias de adolescentes migrantes que han debido hacerse cargo muy tempranamente de sus hermanos (a los 7, 8 años) y que han vivido procesos migratorios marcados por la precariedad. En estos casos, existe preocupación de parte de los padres respecto a actitudes rebeldes y de rabia que se canalizan en comportamientos disruptivos frente a los cuales los padres muchas veces se sienten carentes de herramientas suficientes para su abordaje. Como explica una entrevistada que “pidió” salud mental para su hijo en un consultorio en Santiago, antes de trasladarse a Rancagua:

No, es más yo pedí salud mental para mi hijo, para el mayor. Porque él estaba portándose muy mal, era muy desordenado, gritaba, se estresaba y pues yo lo entendía, porque él me ayudaba a cuidar al niño pequeño, entonces yo a veces sentía como que no lo estaba cuidando como debía, más bien él se estaba haciendo cargo del niño pequeño que no era su responsabilidad, pero yo pues tenía que trabajar. Entonces yo quería que lo viera un psicólogo, pero nunca lo llegó a ver el psicólogo (en el cesfam de Santiago) No, porque me cambiaban la cita. Cada vez que se aproximaba la fecha que me vieran, me decían no que no se puede, este que la cambiaron pa tal fecha y tal fecha y tal fecha y nunca lo llevé. No, nunca fue. Pedí la cita y todo pero nunca lo atendieron. (...) sí quiero que lo vea un psicólogo porque sí siento como que está muy, no sé, yo lo siento muy mmm distraído. Y desde que llegamos de Perú acá el niño automáticamente cambió su manera de vestir, escucha otras canciones de acá. Se quiere poner esos pantalones abajo como los usan y quiere ser como los niños de acá, entonces yo le digo: "hijo, pero así no me gusta", "no, pero es que así soy yo". Y bueno, en eso nos lo pasamos peleando. RVIF9

3.7.2. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DESDE LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA VI REGION DE O'HIGGINS

- ***Control de niño sano***

En este ámbito los hallazgos coinciden con las regiones anteriores, en tanto los equipos de salud confirman que es una de las prestaciones que aseguran a las familias con niños que se inscriben en los centros de salud y que los principales problemas de accesibilidad y pertinencia cultural de este programa se relacionan con el enfoque asistencialista que predomina en las culturas de origen de los cuidadores:

Sí, se les deriva al tiro y tienen una hora súper pronto con enfermera en una primera instancia, independiente del control en el que vayan de acuerdo a la edad- porque les tocaron distintos profesionales de acuerdo a la edad por el control niño sano. Pero en una primera instancia siempre es con enfermera con el fin de que vean el tema de las vacunas y le hagan una evaluación más general al niño. Y al tiro actualizamos vacunas. RVIS4

La frecuencia de los controles, así como la dificultad de compatibilizar tal frecuencia con las obligaciones laborales son las principales dificultades de adherencia que tiene el programa, sobretodo en los primeros meses de vida del niño/a:

Entonces también al nacer los niños, eso también suele pasar lo niños también tienen controles -depende de la situación- 2 o 3 veces al mes, hasta 4 veces al mes, también cuesta traerlos a los controles. Es una negligencia que existe por parte de los padres, sin embargo, es por el tema económico. RVIS3

Es importante mencionar que en este sentido, entre los entrevistados, prevalece la idea que las familias migrantes, especialmente de origen venezolano y haitiano, son cuidadores

preocupados por la salud de los niños y respetuosos de las indicaciones médicas, por lo que las dificultades de adherencia son asignadas a factores principalmente laborales.

desde mi percepción he visto que las venezolanas tienen mayores habilidades en el contexto del autocuidado, de la adherencia y el cuidado general, educacional, el tema del autocuidado de la imagen y de los controles sí. Sí, completamente, la mayoría de las venezolanas son muy responsables, preocupadas en eso. RVIS1

Por el contrario, las familias bolivianas son quienes más a menudo son consideradas mas evasivas de los controles y más ancladas a un uso asistencialista del sistema biomédico:

cambiando un poco a los peruanos y los bolivianos ya cambia el panorama... desde temas más curativas, de cosmovisión más culturales, ellos no tanto desde la biomedicina, sino un poco más ancestral y refieren a lo curativo más de plantas o de sus creencias. Pasa mucho con los bolivianos especialmente. Pocas familias, pero sí... ellos tienen esta tendencia de no ocupar mucho la atención a menos que sí lo requiera la urgencia. RVIS1

Yo les refiero que el RUT es un número muy importante porque cubre las necesidades de salud durante un año. Entonces tienen un año para estas atenciones, pero particularmente en este CESFAM es control de salud del niño es obligatorio, es como una manera obligatoria de atención. RVIS1

Esta idea que adherir a los controles de niño sano sea una demostración de un buen comportamiento de parte de colectivos que son diferenciados desde el discurso de los equipos de salud, se reafirma en testimonios en los que se declara que en las primeras atenciones ponen mucho énfasis en poder transmitir la idea que los controles son una obligación en Chile y que si se les ha proveído un RUT de salud es para que cumplan con dicha obligación.

• ***Vacunaciones***

Al igual que el control de niño sano, la actualización del PNI es otra de las prioridades de los equipos, que reconocen que los niños migrantes llegan muchas veces con sus esquemas de vacunación incompletos y no es posible determinar a ciencia cierta qué vacunas tienen y cuáles faltan.

Ahora, por ejemplo, sino se tienen ningún antecedente y que no se han vacunado, tampoco se sabe a ciencia cierta qué vacunas se les colocaron en el país de origen, hay todo un desconocimiento respecto a eso. RVIS1

En el caso de la población haitiana, gracias al trabajo de facilitadores y al tiempo que llevan las familias en Chile ha sido posible conocer mejor los esquemas de vacunación de los países de origen y contar con más información para realizar las actualizaciones:

Sí en el caso de la población haitiana llegaron muchos niños con esquemas incompletos. Pero cuando llegan siempre traen su carnet de control del país de origen, con eso se logra completar acá en el CESFAM. RVIS3

Sin embargo, a pesar de esta falta de actualización en los esquemas, en general existe una buena predisposición de la población migrante a vacunar a los niños, sin que aparezca en el registro de los trabajadores de salud ningún reparo a la inmunización:

Después tuvimos una ola muy alta de carpas en la Alameda acá en Rancagua. Y ahí se hacían catastros también. Y ahí también empezamos a hacer operativos donde se iba a poner las vacunas a esta gente, directamente ahí a las carpas. Se hacían catastros, después se empezó a preguntar con cuántas vacunas estaban, si tenían todas las dosis o no, si faltaba alguna dosis. RVIIC2

• *Lenguaje y desarrollo psicomotor*

Esta temática ha resultado relevante en los hallazgos puesto que por una parte al parecer existe registro de un cierto retraso en el desarrollo del lenguaje en niños migrantes, aunque la parte motora tiene un desarrollo adecuado, especialmente en niños haitianos:

Exacto, sobre todo con el tema del desarrollo lingüístico, es lo que más cuesta trabajar con los niños. Sin embargo, la parte motora ellos tienen buen diagnóstico cuando hablamos con la terapeuta. Ellos tienen un buen desarrollo motor, que de repente uno puede durante el control, se ve que ellos están muy adelantados, comparativamente, a otros niños, hablando de niños extranjeros, tienen buen desarrollo motor. Y por la parte lingüística siempre están un poco atrasados. En la edad en la que deberían estar diciendo 3 o 4 palabras están un poco atrasados. Casi la mayoría de los niños de padres extranjeros están en este caso. RVIIS3

A pesar de esta constatación, también existe registro del hecho que las profesionales encargadas del área de estimulación perciben la poca pertinencia que tienen las pautas con que evalúan a estos niños, considerando que además, algunos de ellos pueden estar en contextos bilingües o trilingües.

Entonces esto ha ido cambiando, pero hay equipos que sí son proactivos también, y que ellos mismos han dicho- nos hemos encontrado de que la pauta tanto que sirve para medir el desarrollo del niño o niña no nos sirve para medir el desarrollo de niños y niñas haitianas. Entonces ahí tú te puedes dar cuenta de que se dan cuenta los equipos, pero es un tema a nivel de MINSAL, a nivel central, de que es un tema científico que tiene que cambiar. Pero sin embargo hay un tema ahí de que las personas están siendo obligadas por la misma realidad a que vayan estudiando por sí solos el tema de cómo poder llevar adelante la interculturalidad en la relación médico paciente. RVIS2

Además de esta preocupación por la adecuación de pautas de evaluación a niños de contextos culturales diversos, también existe un reconocimiento de las dificultades de aceptabilidad de prestaciones vinculadas con la estimulación temprana, puesto que implican varias horas de asistencia a los centros de salud, asistencias que pueden resultar incompatibles para quienes no cuentan con un trabajo estable, tiempo para dedicar a las atenciones y/o con medios económicos para financiar los desplazamientos asociados a las atención.

lo que nos hemos dado cuenta en general es que por temas culturales es difícil el trabajo, por ejemplo, en la sala de estimulación es como complejo porque no tienen quizás el mismo concepto de estimulación temprana. Hay un desapego muy grande con la población haitiana, los primeros dos años de vida no generan mucho apego con los bebés, y eso genera un poco de dificultades en cuanto a la intervención misma. Pero igual hemos notado cambios en distintas personas, como "¡oh!" descubren un mundo nuevo y participan. RVIS4

Por último, cabe mencionar que en esta región sí apareció la percepción respecto al tema del apego de las madres haitianas, que al parecer ha sido trabajado con los equipos, a pesar de lo cual persiste la idea que estos grupos no generen apego con los niños, aunque

en ocasiones es explicado en base a la idea de pautas de crianza diversas, como las que también se ven en pueblos originarios:

Y yo me acuerdo de que el año 2017 o 2018 los equipos veían el ejemplo del apego lo veían como algo malo, a tal punto de que algunos decían "Pero ¿cómo puede hacer esto?! Es como para demandar a esta familia"; entonces después se fue internalizando de que son formas distintas de crianza, se tienen sistemas distintos de crianza por lo menos yo les comento que en los Pueblos Originarios se tiene un sistema de crianza diferentes. Las personas haitianas también lo tienen. RVIS2

• **Nutrición**

En esta región el tema de la nutrición también fue señalado como un problema, aunque más vinculado a la aparición de niños con desnutrición por déficit, asociado principalmente al contexto del país de origen:

Los temas nutricionales también son un tema con los niños, generalmente vienen con problemas de malnutrición, así que ahí también pasan con la nutricionista porque vienen muy flaquitos.
- Y eso, por lo que les cuentan, ¿por el contexto de origen? ¿por cómo viven aquí?
Por el contexto del país de origen. RVIS4

Otro ámbito relevado de este tema es la pertinencia cultural de las pautas de alimentación que se ofrecen en las atenciones con nutricionista donde se espera que las personas conozcan frutas y verduras propias del país, así como combinaciones que resultan desconocidas y ajenas a las familias migrantes:

Estuvimos viendo la posibilidad de realidad de realizar convivencias entre padres donde puedan hacer demostración, degustación de diferentes tipos de alimentos. Es una de las estrategias que estamos viendo ahí, si en el CESFAM puedo invitar a una familia haitiana durante una actividad para que preparen algo, que las familias chilenas preparen algo, para ir conociendo para probando y luego valorizando. Porque cuando les dicen "prepare la papilla con zapallo, zanahoria, alcachofa, otras cosas", pero la alcachofa el inmigrante no la conoce, le aparece por primera, no la conoce. Entonces es difícil que alguien en la mañana le digan "prepara esto" que no conozco, entonces como persona va a ser difícil aceptar. Entonces ahí va la idea de que "si no como la alcachofa ¿cómo la puedo reemplazar?" ¿cómo puedo preparar la papilla con otra cosa? Si a mi hijo en mi casa tengo la costumbre de darle una papilla con avena y leche no más, y acá la práctica nutricional es igual, entonces ¿cómo puedo preparar la misma comida, o distinta que tenga un mismo aporte nutricional? A eso vamos, porque suelen pasar esas cosas que las pacientes me dicen "yo no sé preparar esto, lo que me enseñaron no sé prepararlo, a mí hijo yo le doy tal comida y lo come bien y no pasa nada". RVIS3

También la introducción temprana de alimentos sólidos es un elemento que aparece en los equipos de salud como una preocupación especial con la población haitiana:

En la alimentación hemos tenido dificultades con la misma población haitiana, por desde muy chiquitos les quieren dar comida sólida. (...) Acá sido un tema porque cuesta que ellos comprendan, de acuerdo a la edad, porque ellos lo ven normal, es un tema cultural de ellos y no le ven problema. RVIS4

Sin embargo, la solución al problema reconocido no pasa por una adecuación de las pautas de alimentación como se sostiene antes, sino en el logar que ellos adhieran a las pautas que se plantean en Chile.

¿Qué herramientas han usado para llegar un buen entendimiento con estos temas nutricionales? ¿cómo lo han abordado como equipo? Siendo insistentes [ríen], siendo muy insistentes. Sí, han sido como bien constante en cuanto a las indicaciones. Y cuando están estos casos, los equipos los van a visitar un poco más seguido, o cuando hay un problema cultural se deriva al programa de acompañamiento también, donde les pueden hacer un seguimiento en lo que está pasando con la niña o niño o gestante. RVIS4

• **Salud Dental**

Si bien es un tema al que no hubo tanta referencia, los entrevistados confirmaron las dificultades de aceptabilidad de las atenciones odontológicas, principalmente vinculadas al paradigma asistencialista del que provienen las familias migrantes y el hecho que en buena parte de América Latina la salud dental pertenece casi exclusivamente al sector privado:

Dentro del tema de los programas que ellos desconocen son los odontológico, ya que a nivel latinoamericano son de alto costo, y son más curativo que preventivo. Y acá obviamente son al revés [las personas], obviamente cuando vienen al dentista requieren inmediatamente una atención. RVIS1

Esta falta de aceptabilidad de los programas de salud dental se relaciona también con la sensación de que no se trate de prestaciones prioritarias, por lo que las personas preguntan si están “obligadas” a asistir o si es realmente necesario un control odontológico aún cuando no sienten síntomas, ni dolores particulares:

Entonces a ellos les llama atención “¿y me van a mandar al odontólogo?”, y ¿tienen que ir obligatoriamente los niños? RVIS1

La falta de aceptabilidad de estas prestaciones se sobrepone con las necesidades de atención que presenta esta población puesto que, al parecer de los entrevistados, niños y niñas migrantes tendrían iguales o más necesidades de salud bucal que la población de niños locales:

todos tienen problemas de salud dental. Se repiten un poco las enfermedades crónicas del chileno, pero con ellos es mucho más profunda. Una de las enfermedades que afecta, por ejemplo, a la población chilena es la salud bucal, las caries. En la población migrante es más profundo eso, es más grave incluso. Y es un tema que falta saldar desde el punto de vista de las instituciones pública y que obviamente afecta mucho más a las NNA. RVIS2

• *Salud Sexual y Reproductiva*

En esta región aparecieron algunas menciones a temas de salud sexual referidos a ITS y las dificultades de profesionales de la obstetricia en abordar temáticas referidas a planificación familiar e ITS con población haitiana particularmente.

lo que más nos cuesta acá es el tema de la planificación familiar. Eso dado por la cultura con la que vienen es el tema que más cuesta sensibilizar a las chicas sobre el tema de los anticonceptivos. RVIS3

En el tema del VIH aparecen dudas respecto al diagnóstico, por lo que las personas tienden a no creer en los resultados positivos que les comunican desde el hospital:

Hubo algunas situaciones en el hospital, yo no trabajo en el Hospital, pero como trabajo en colaboración con el hospital, nos llegan casos sobre todo en el tema del VIH. Que a algunos pacientes les cuesta aceptarlo, porque muchas de ellas tienen un resultado positivo, sin embargo sus parejas salen negativo. Eso es un tema que estamos ahora de averiguar qué está pasando, si existe alguna falla, cómo logramos sensibilizar sobre este tema, porque la persona sale positiva y su pareja con quien está 2, 4 años es negativo, ahí entra la duda y la persona no cree. RVIS3

También aparecen problemas de aceptabilidad de la atención de matrona para hombres, principalmente basado en que se trate de prestaciones referidas a la salud de la mujer:

yo creo que es como la atención en educación, la matrona, especialmente para los varones, "¿por qué tengo que ir yo a la matrona si la matrona es para mujeres?", tienen que ir, la educación es para ambos. RVIS1

En tema relativos a embarazo parto y puerperio, se repiten elementos ya mencionados para otras regiones como son la tardanza en los controles y la percepción que se trata de demasiadas prestaciones para el periodo gestacional:

La barrera que tenemos es que llegan a días [de parir], o sea llegan con mucho desarrollo gestacional, y que a veces esto no da para poder generar acciones de prevención, o inmediatas. Y eso tiene que ver con el proceso migratorio, por ejemplo, hoy atendí a una chica con 7 meses que había estado en Stgo., pero sin controles. Entonces, acá obviamente se la ingresa, le damos inmediatamente la hora a la matrona, gestionamos inmediatamente la hora con la nutricionista, odontólogo para poder adelantar, sino cuando llegue a los 9 meses, 8 meses ya esas horas van a perderse. RVIS1

Esto último, se acentúa en mujeres trabajadoras, tanto migrantes haitianas sin contratos o en empleos informales, como en mujeres bolivianas, la mayor parte de ellas temporeras:

nos han tocado casos de gestante bolivianas que les cuesta comprender que, al menos durante la gestación, tienen controles muy periódicos, y que se va evaluando mes a mes el estado de la embarazada. También un caso en que la gestante decía "sí, pero yo estoy bien, no tengo por qué ir", y nosotros le decíamos "no, pero tenemos que ir evaluando distintas áreas". Ahí nosotros considerábamos que era un tema más cultural, que en realidad ellos no lo veían como una necesidad, pero eso también nos tocó, yo siento que era una barrera más cultural RVIS4

También aparecen referencias a las dificultades que encuentran las mujeres que se encuentran en esta condición de hacer valer la licencia médica por postnatal, dado que sus empleadores no las respetaban, obligándolas a volver al trabajo tempranamente:

Y también después del parto los controles postparto sobre el tema también de la licencia que cuesta también con las chicas que en sus trabajos no les permiten hacer ciertas cosas y ellas vuelven a trabajar
RVIS3

- ***Salud Mental***

Por último, otro de los temas destacados entre los entrevistados de la VI Región fueron temas de salud mental, puesto que una de las entrevistadas declara que en la primera entrevista de ingreso de las familias ella suele derivar a salud mental, especialmente si se trata de niños, situación que no había sido referida anteriormente:

Bueno, acá igual cuando hago la primera consulta les pregunto el estado del niño, si tiene algún problema de conducta, porque se puede igual relacionar al cambio de país, entonces ahí los derivo al programa de salud mental infantil con el fin de poder quizás abordar lo que les está pasando en cuanto a su situación migratoria. Porque yo igual creo que es un proceso súper difícil y, al menos la gran cantidad de las personas que al menos yo he estado atendiendo, ingresan de manera irregular. Es muy potente ingresar caminando en un lugar frío en el que están expuestos a varios riesgos también, y ves cosas que quizá un niño no debería ver. Entonces a la gran mayoría los estoy derivando a una primera consulta exploratoria de salud mental con el fin de que ellos puedan expresar lo que vivieron en ese momento para ver si hay algún riesgo de tener un problema de salud mental mayor. RVIS4

Lo interesante del testimonio es que la profesional no espera que se genere demanda espontánea por parte de las familias, sino que se explora en temáticas atinentes al estado emotivo del niño y se deriva para una consulta exploratoria, que en caso de concretarse, puede ser una forma de vincular a la familia con los servicios de salud mental y orientarla sobre el enfoque que existe en Chile, desincentivando temas de estigma o poca adherencia.

Otro profesional, por su parte, reconoce que los temas de salud mental afectan particularmente a las niñas en contexto de migración, aunque declara que si no se manifiesta como una necesidad, no se producen derivaciones espontáneas, generando baja presencia de niños migrantes en los programas de atención de salud mental en la infancia:

Especialmente en los niños y niñas que- me acuerdo que leí un paper de una investigación cualitativa que se hizo y se entrevistó a niños y niñas y que cuando llega la hora de migrar a otro país, obviamente, no se les pregunta a los niños y niñas, sino que ahí está la visión adultocéntrica. Entonces ajo ese punto de vista la salud mental de niños y niñas es... tienen muchas necesidades, lamentablemente no tienen mayores accesos a la salud mental. Eso es básicamente, pero, sin embargo, a través del Chile Crece Contigo se les hacen las derivaciones de esta población a los diferentes servicios en la medida que van surgiendo las necesidades de cada una de las familias y sus hijos o hijas. RVIS2

RESUMEN

RESUMEN ACEPTABILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, VI REGIÓN DE O'HIGGINS

RESUMEN ACEPTABILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES		
PROGRAMA	FAMILIAS	EQUIPOS DE SALUD
Salud sexual y reproductiva	Emergen temas de aceptabilidad de la anticoncepción y del diagnóstico de VIH, especialmente en población haitiana.	Preocupación por controles prenatales tardíos y aceptabilidad de enfoque preventivo. Buenas experiencias de trabajo con colectivo haitiano.
Nutrición	Seguridad alimentaria como factor migratorio. Valoración positiva de acceso a leche, especialmente en población más vulnerable. Preocupación por enfermedades parasitarias y efectos a largo plazo de déficit alimentario niños.	Preocupación por aceptabilidad de programas nutricionales, introducción de alimentos y desconocimiento de pautas nutricionales de países de origen.
Salud Dental	Valoración positiva pero poco conocimiento del programa, dificultades asociadas a capacidad de pago y falta de pertinencia cultural en cuanto salud oral no es considerada parte de las necesidades de salud de NNA.	
Desarrollo psicomotor	Poco conocimiento de los programas asociados a la estimulación temprana. Determinantes sociales asociadas al cuidado, vivienda y acceso a espacios recreacionales.	Preocupación por trastornos del lenguaje y efectos de la migración sobre el desarrollo cognitivo de los NNA. Falta de pertinencia cultural en las pautas de medición de desarrollo. Conflicto en torno a la noción de apego.

RESULTADOS CUALITATIVOS INFORMANTES CLAVE

OBJETIVO 3

Describir barreras y facilitadores del acceso y atención de salud con pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, de los profesionales, funcionarios y de los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O'Higgins

3.8.1. BARRERAS DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS INFORMANTES CLAVE

Para los informantes clave se reconocen distintos tipos de barreras de acceso y atención de la salud:

- ***Barreras individuales***

Estas barreras están relacionadas a los comportamientos individuales de los usuarios que tienen repercusiones en su vinculación con el sistema de salud. En primer lugar, se reconoce una diferencia entre la migración de los periodos prepandemia y pandemia observándose un nuevo patrón migratorio desde 2019. Esto se expresa tanto en términos de la nacionalidad de procedencia, flujo y las características de los distintos grupos:

Cuando yo empecé acá en su mayoría las personas que llegaban a la atención eran haitianas, y eran muy pocos los venezolanos. Y ya después fue el boom, uno dice que el patrón migratorio va cambiando, es variable (...) lo que se está viviendo actualmente con la comunidad venezolana fue lo mismo que ocurrió con la comunidad de Perú cuando llegaron, con los haitianos... O sea que es como por etapas. (...) Si vemos un poco más atrás, desde Perú siempre fue una migración muy femenina, viajaban solas, dejan a los hijos a cargo de otras mujeres. Luego viene Haití y ahí es una migración más masculina. Yo creo que también la migración colombiana, cubana, dominicana viajan solos, los hijos se quedan en el país de origen. Distinto fue la comunidad venezolana porque viajaba todo el grupo familiar (...) El 2017, era una migración joven de 27 más o menos. Era un perfil que tal vez terminaban de estudiar, salían y llegaban acá (...) Posteriormente cuando colocan la visa consular ahí ya cambia (...) Para ese momento fue visa consular Haití y Venezuela. Ahí empieza el ingreso por paso no habilitado (...) Familias que tal vez llegaban a Perú, y tienen a sus hijos en Perú o Ecuador, o donde hayan estado en ese primer paso o llegada después del país de origen, y ahí sí ingresan con NNA. Entonces ya es el grupo familiar. RMIC1

Frente a este nuevo cambio en el patrón migratorio, una de las informantes señala la diferencia a partir del factor socioeconómico como determinante que clasifica estas oleadas de migración en clase A y B:

Y también el nivel socioeconómico, y con toda esta migración que está llegando y hablo sobre todo desde los que llegaron el 2016 es otra a la que está llegando ahora. Llego una migración clase A, y una migración ahora que es como... los más pobres, los más vulnerables. Y que tú lo oyes desde los mismos venezolanos "no, pero es que los que están llegando ahora es...", o sea ¡si salimos por lo mismo! O sea, tú me preguntas a mí por qué te viniste de Venezuela, por la gran crisis social, política, económica, porque no encontrabas qué comer; y se lo preguntas a otra persona que está llegando hoy y son exactamente las mismas razones ¿Cómo yo puedo clasificar el tipo de migración? "Esto sí pueden entrar, estos no, a estos hay que pararlos a estos", porque "No, qué maravilloso lo que vinieron primero, vinieron a aportar, estos no", es muy muy loco. Entonces no tiene que ver con migración, sino con pobreza. RMC1

A pesar de esto, en los hechos, las dificultades a nivel social, como delincuencia y crimen, están siendo socialmente vinculadas a la totalidad de una nacionalidad, disolviendo esta clasificación:

Y lo que yo digo que con todo lo que está ocurriendo ahí no te clasifican como este venezolano "clase A", y este "clase B", es "venezolano" no más. Y tú, yo digo que soy venezolana que llegué en el 2016, y a ti no te van a tratar distinto, simplemente que todo lo que está ocurriendo es "por los venezolanos", y ahí hasta el que tenga la nacionalidad chilena sigue siendo "el venezolano". Cuando uno entiende eso es como que logras ser más empático, porque no es que yo tengo más derecho que el otro, yo sí tengo derechos a buscar más oportunidades, mejor calidad de vida para mis hijos, pero el otro no, es muy loco. RMC1

Este cambio en el patrón migratorio también es observado en otras regiones que no corresponden a la de entrada de población migrante, como es la sexta región donde se

aprecia una disminución de la migración haitiana y aumento de otras nacionalidades como venezolana y colombiana:

Si, es que siempre, es como complejo porque siempre llegan familias con niños y adultos mayores. Y también llega gente sin niños, es como a la par. A diario vienen personas que dicen que vienen llegando y tienen hijos, y otros que no. Por lo menos este año de trabajo en esta Oficina, he visto mucho que ya no llegan tantos haitianos, y lo que más ha llegado son colombianos y de Brasil. Y los colombianos que llegan, son de 2 ciudades en específico, y su condición más que todo es que son desplazados de la delincuencia, porque cuando tú hablas con ellos, te cuentan- bueno yo les pregunto, y siempre me dicen de que es por el tema de que los obligan a pertenecer a bandas delictuales. Y ellos huyen con los niños y los adultos mayores, ha llegado mucho colombiano este año, mucho mucho mucho, sobre todo por paso no habilitado. RVIIC1

En esta región la composición del flujo también ha cambiado, al igual que los objetivos de migración. En el caso de la nacionalidad venezolana, en primera instancia, compuesta por hombres cuyo objetivo era encontrar una oportunidad laboral hoy se encuentran en proceso de reunificación familiar:

Ha bajado el flujo, este año ha bajado el flujo de venezolano. Lo que yo veo que entran más son esas familias que quedaron como a la mitad, que el padre se vino primero y no había podido a la esposa con los hijos. En las familias venezolanas se están trayendo a los hijos, los abuelos, y eso me parece que es el foco que he visto yo acá. RVIIC1

Las personas que entran por PNH, que es el flujo más importante de personas que ha entrado últimamente al país en pandemia, ellos trabajan con RUT provisorio, y trabajan en el campo, en el packing, en la albañilería y en casa de servicio o en comida rápida. RVIIC1

Esto se relaciona al tipo de trabajos que llegan a conseguir en la región, debido a las pocas restricciones que les supone acceder a los mismos, comparados con otras regiones.

En los casos de quienes entran por paso no habilitado, y que aún no han regularizado su situación migratoria, demuestran tener mayor reticencia a acercarse a los servicios de salud por miedo a ser rechazados o expulsados:

Y les da mucho miedo también acceder, porque si entraron por PNH, a ellos les da mucho miedo ir a algún lugar a pedir ayuda y haber entrado por PNH, ellos piensan que casi que si consultan al médico o llevan a su hijo se los van a llevar detenido. RVIIC2

A partir de la clasificación migratoria antes expuesta, también aseveran que el cambio en los grupos migrantes de nacionalidad venezolana ha traído dificultades intra-grupos:

es una población que está mucho más precarizada porque antes de la pandemia, acá había muchos puestos, así negocios de venezolanos, trabajadores, y la gente buscaba específicamente trabajadores venezolanos porque eran respetuosos, trabajadores, limpios- O sea, era algo que llamaba la atención. Y cuando llegó la otra población, hubo un problema con la misma población venezolana entre sí, donde ellos mismos querían que se fueran, porque estaban dejándolos mal y qué sé yo. Y claro- no digo que sean todo, tampoco quiero que se malentienda, pero sí es real que es una población que viene con una precarización tanto educacional, como social. RIIC1

Contrariamente a la llegada de migrantes hacia 2017 población que, se señala, llegaban a trabajar directamente a Chile en ámbito profesional u oficios, en esta ola migratoria, las personas llegan al país sin contar con un plan, convirtiéndose en uno de los principales desafíos de intervención de los equipos:

En cuanto a sus necesidades, la población de AH es una necesidad más "migratoria", quieren regularizarse. La población de Iquique necesita prestaciones y asistencia inmediata: comida, dinero, comprar pasajes, no tiene muy claro sus objetivos de por qué vienen a Chile. Uno les pregunta por qué vienen, dónde va a ir, cuál es su proyecto y no saben a dónde ir, no tiene el dinero para ir donde quieren ir- la mayoría va a Santiago y Viña del Mar, Temuco y Puerto Montt en algunas ocasiones, Antofagasta y La Serena. Pero no vienen, así como con un proyecto, no. RIIC1

En el caso de Iquique, se da una diferencia en entre quienes llegan al refugio Lobito, de quienes parten a Alto Hospicio a vivir en tomas. Las personas que acuden a Lobito se encuentran más bien de paso, aunque mucho más del tiempo estimado (quince días), por esta situación transitoria no acuden a buscar trabajo de inmediato, como sí los hacen quienes viven en Alto Hospicio que quieren reinsertarse prontamente.

los que están en Lobito, que no todos los adultos inmediatamente buscan trabajo... Nos pasa mucho que hay algunos que están 2 o 3 meses y dicen "no, es que el Estado es el que tiene que proveer, y nosotros no hacemos nada, estamos aquí y ustedes nos tienen que solucionar estos temas", se da mucho eso. Hay otros casos que, que ellos vienen e inmediatamente, sobre todo por sus hijos, de buscar una fuente laboral. Y generalmente es el hombre el que trabaja y la mujer es la que se queda con los hijos en Lobito. RIIC4

Por este motivo, quienes están en Lobito no suelen escolarizar a sus hijos, porque aún no han establecido un plan de asentamiento y no saben si se quedaran en Iquique o migraran a otras ciudades.

Lo que están el Lobito no se escolarizan, no hay ningún niño escolarizado actualmente en Lobito, porque mucho están de tránsito, y los que se quieren quedar acá en Iquique, el traslado de Lobito a Iquique es largo, y no hay transporte. RIIC4

Existe una percepción respecto a que la población migrante se comporta menos preocupada respecto a la salud de NNA, aunque se infiere que puede deberse a una diferencia sociocultural y/o por las menores prestaciones, acciones de prevención y menor acceso a los sistemas de salud en su país de origen:

Hay una proporción de gente que no adhiere a ningún programa porque en su historia de vida han manejado su salud de esa manera: les parece que los niños están sanos, y sienten que desde el sistema chileno "estamos exagerando". RIIC2

Esta despreocupación expresada por la informante, se traduce en un menor acercamiento a los servicios de salud, lo que a partir de un seguimiento puede transformarse en un proceso de judicialización, en tanto el control del Niño Sano es un derecho para los NN amparado por ley. Este punto, según la entrevistada hace que el foco esté en mayor medida puesto en la población migrante, sobre todo irregular, porque se encuentran en situación de riesgo:

Acá en Chile estamos acostumbrados a llevar al control de Niño Sano, pero la población migrante lleva a los niños cuando están enfermos. Entonces ahí nosotras tenemos un proyecto educativo. (...)Y les explicamos de la manera más respetuosa posible que es un derecho, pero también una obligación y que el control Niño Sano está penalizado por la ley. Al estar penalizado entran las vulneraciones de derecho, las medidas de protección de menores, tratamos de decirles que no lleguemos a eso, porque igual hay un ojo más crítico con la población migrante. No es lo mismo que falte a un control de niño sano de un chileno a que falte un migrante. También entendemos que los migrantes están ya en una situación de riesgo sólo por el hecho de ser migrantes y estar irregulares en Chile, entonces hay que estar más pendiente de ellos. RIIC1

Como señalan, la no correspondencia con las normativas nacionales de atención de salud, ya sea por descuido o por una diferencia cultural respecto a aquellos aspectos de la vida cotidiana que son priorizados, puede desencadenar en procesos de judicialización y cuestionamientos sobre la crianza y cuidados de cuidadores migrantes.

Y nos pasa con los niños "no, pero si a los 9 años puede ir a vender chupeta", y acá es como no, el niño no tiene que ir a vender, no tiene que trabajar, tiene que estudiar, esa es su obligación. Como que en eso han tenido dificultades en torno a la crianza, de explicarles que acá en Chile está esta normativa, que ellos tienen estos derechos, que tiene derecho a la educación, que tienen que regularizar su situación. (...) En eso han tenido mayor dificultad, que chocan culturalmente, sobre todo con las familias venezolanas y colombianas. RIIC4

Respecto al comportamiento en salud y las diferencias por nacionalidad, se percibe a la población haitiana como más pasiva, a lo que una informante sugiere que se debe a una

interpretación que nace por las dificultades en la comunicación producto de la brecha idiomática:

En estos CESFAM [de Estación Central], los funcionarios decían que la comunidad haitiana es como muy tranquila, y yo creo que eso tiene que ver con el idioma. Entonces te decía que los haitianos son muy tranquilos, pero el venezolano reclama mucho, grita mucho. RMIC1

La composición familiar, en particular la cantidad de hijos que tienen estos grupos, también es interpretada como un riesgo, en tanto el núcleo familiar no alcanza a cuidar de las necesidades de todos ellos:

En los dos aspectos nunca se ha tratado de presionar para que dejen de tener hijos, porque igual esta población tiene hartos hijos en comparación a la chilena. Y eso igual a veces es un poco chocante para el sistema de salud. Porque claro, si tienen muchos hijos, y uno ve que ninguno de los niños están condiciones, uno dice "pucha, y ahora otra vez está embarazada"; y ninguno de los niños tienen controles al día, ninguno tiene las vacunas, están con desnutrición, sabemos que viven en una toma, y en las tomas no están las condiciones para vivir con niños. RIIC1

La diferenciación en los cuidados ejercidos por padres y madres migrantes, también es interpretada como una barrera para el acceso a la salud. Si bien, en los casos en que ha existido reunificación familiar y también han migrado los adultos mayores del núcleo familiar, son las abuelas quienes quedan a cargo de NNA cuando los padres trabajan, en otros casos, o quedan solos o son los hermanos adolescentes u otros niños que quedan al cuidado de los más pequeños. Este punto se expone como una vulnerabilidad para NNA:

Lo otro es que, se hacen sus amistades, se van a trabajar y los niños quedan solos porque los cuida tal persona... Y ahí los menores están en una constante posible vulneración. RIIC1

Este punto es de relevancia a partir del testimonio de una de las entrevistadas, de nacionalidad venezolana, que señala que para los funcionarios es difícil comprender esta diferencia cultural, en la que existen otras redes de cuidado que ella llama “crianza extendida”, la que incluye a los hermanos mayores, familiares, amistades o vecinos, a decir la comunidad próxima:

El cuestionarte, porque, así como te cuestionan la alimentación, te pueden cuestionar la manera de criar, y que uno lo ha visto también. Yo creo que, tanto en Haití, como en Venezuela, en Colombia, uno habla de esta crianza extendida, donde no solamente yo como papá o mamá me puedo quedar con mis hijos, sino que hay una vecina que es de confianza, y yo se lo dejo. Hacer esto aquí es como abandono, ¿entiendes? (...) para uno es normal dejarlo con un vecino de confianza a tu hijo (...) no sé, a mi hijo de 6 meses yo lo dejaba al cuidado de una chica de 17 años, para que tengas idea. Aquí es distinto, aquí es como, se ve esto y tú dices, bueno, pero es que yo tengo que salir a trabajar, las guarderías son sumamente costosas. RMIC1

En este sentido, en sociedades como la venezolana o haitiana los adolescentes pueden adquirir otras responsabilidades asociadas a adultos, como el cuidado de los más pequeños:

Porque tienes que salir a trabajar, con quién lo dejo, y eso es muy común, que el hijo mayor queda cuidando a sus hermanos pequeños, eso no es solamente en Haití, en Venezuela, es común. Y es lo que yo te decía, el adolescente ya es grande, no lo estás viendo como adolescente, y como es grande puedes asumir responsabilidades de adultos. RMIC1

En cuanto a nacionalidades, el apego de las madres haitianas con sus hijos es cuestionado, y la brecha idiomática impide que ellas puedan explicar su actuar, pasando a ser rápidamente juzgadas por el personal de salud:

El tema del apego en la comunidad haitiana, porque siempre se cuestiona mucho a las mamás haitianas (...) como que "abandonan" a los hijos. Y cuando tú entras en el caso, no es abandono, y esto por qué, el tema del idioma. Es distinto para una mujer venezolana explicar (...) imagínate una mamá con un nivel de español bajo cómo lo puedes explicar, y a lo mejor de repente cuando estás explicando y tiene que ver con tus hijos, tú puedes alzar la voz, entonces ya eres agresiva. RMIC1

- ***Barreras socioeconómicas***

En la misma línea de la clasificación de la migración en clase A y B, la situación socioeconómica también se presenta como una característica que diferencia los perfiles migratorios pre y post pandemia:

Sin embargo, en el 2019 y 2020 comenzó a llegar otro perfil poblacional. Se trataba de familias completas que entraban por paso no habilitado, que tenían un menor nivel educativo. Desde la pandemia hacia adelante, ahí comenzaron a llegar muchos niños y adolescentes venezolanos (...) la última ola migratoria era de gente con menos recursos económicos y socioculturales. RIIC2

Esta diferencia se verá reflejada en las condiciones de salud de NNA que asisten a los controles de salud, así como en el aumento de situaciones de riesgo y vulnerabilidades por el contexto precarizado en que se encuentran, muchos sin hogar, redes, ni sustento económico:

hay un descuido más a largo plazo de la salud, y por eso se nota en los nacimientos. Vienen los niños bien descuidados de sus países de origen. Con la llegada masiva de estas personas, comenzó a haber más mendicidad en la vía pública, se detectó arriendo de niños para mendigar en la calle, instalación en las esquinas, en las playas para mendigar. También ocurrió que esta población no tenía dónde vivir muchos de ellos estuvieron en situación calle durante un período, poblando espacios públicos tanto en Colchane como en Iquique. En estos lugares se detectaron casos de tráfico de armas, prostitución, arriendo de niños. RIIC2.

Aunque la barrera socioeconómica es previa a la llegada, se indica que la brecha económica y la situación migratoria, legal o ilegal será decisiva en el acceso o no a ciertos servicios, como trabajo y vivienda:

¿Qué pasa? al entrar una persona irregular es como que no está en Chile, es como que nunca ingresó. Esto significa que esa persona no va a poder regularizar, y no va a poder sacar, por ejemplo- no va a poder tener un trabajo formal, estable, digno; y no va a poder acceder a una vivienda. RIIC1

Los altos precios de la vivienda, van a determinar el acceso y las condiciones habitacionales para las personas migrantes. En el caso de la I región, ha aumentado considerablemente la población migrante en campamentos, tomas de Alto Hospicio y en refugio Lobito conduciendo al hacinamiento, sobre todo en este último:

Porque acá en Iquique y Alto Hospicio las viviendas son carísimas, estamos hablando de que el sueldo mínimo son cuatrocientos, y acá lo mínimo que te puede costar una casa son cuatrocientos cincuenta mil. Entendiendo ese contexto, se van a vivir a las tomas, no tienen agua, no tienen luz, viven hacinados, viven muy adentro, no llega a veces la locomoción. Y los padres se van todo el día a trabajar, los niños quedan solos, o sea que el cuidado prácticamente queda a los mismos niños. RIIC1

Las condiciones de vivienda, como sus materiales de construcción, habitabilidad, saneamiento, entre otros, tendrán implicancias directas en la salud de NNA incrementando los problemas respiratorios.

Entonces el tema habitacional influye bastante, sobre todo en invierno, porque en Alto Hospicio hace mucho frío para el invierno, entonces ahí empiezan las enfermedades respiratorias, también por la humedad. RIIC4

Para el caso de la sexta región, la entrevistada acusa la poca capacidad con la que cuentan en Rancagua con tan solo un albergue familiar para 20 personas, en comparación con otras localidades que reciben a alta población migrante. Por otro lado caracteriza la situación de habitabilidad según nacionalidad:

cités completos de haitiano, pero más bien ellos vivían en hacinamiento también, y en ese cité o viven puros haitianos, o viven puros venezolanos. Como que los haitianos no se mezclan con otras poblaciones (...) En cambio, los venezolanos se mezclan más con los colombianos, con los cubanos. (...) Los bolivianos también hay algunos, pero ellos viven más en familias muy numerosas donde viven el tío, la tía, el papá, el abuelo, pero siempre tienen alguna vinculación familiar, o que se conocían de donde venían (...) RVIIC

• ***Movilidad y contactabilidad:***

Aspectos como la movilidad y la dificultad en contactar con la población migrante, traducida en los cambios de número telefónico, el no manejo de correo electrónico, la distancia al centro de salud más próximo y el costo de transporte para llegar a él, en conjunto con los constantes cambios de vivienda entre distintas localidades a nivel nacional e internacional en búsqueda de oportunidades laborales, reunificación familiar, entre otras. Constituyen una barrera de acceso a la salud.

Entonces como no tienen teléfono fijo o lo van cambiando, tampoco se les puede comunicar cuando el doctor no vino, etc., y se tiene que reagendar, entonces la persona llega "tengo una hora", "ah, pero es que se reagendaron, la intentamos llamar, pero no contestó nunca" "ah, es que no tengo ese teléfono ya" y hay que actualizarlo, lo actualizan y después vuelve a pasar lo mismo "no, es que lo volví a cambiar" RIIC1

Esto se traduce en la pérdida de horas, afectando a toda la población y en la pesquisa de casos, como población infantil en situación irregular:

Les hacen la visita domiciliar, llegan a ese domicilio y o lo entregaron mal, o todas las semanas se están cambiando (...) Además, el seguimiento se dificulta porque también se trata de población que muchas veces vive en tomas, se desplaza mucho. También esto dificulta la pesquisa de casos, no hay claridad sobre cuántos son los niños que no están con su situación regularizadas porque no los pueden ir a buscar a terreno, y aunque los pesquisaran tampoco hay capacidad para darles las prestaciones correspondientes. RIIC3

- ***Barreras estructurales: funcionamiento del sistema***

La falta de recursos humanos e infraestructura para la atención en salud, la disponibilidad de horas, la solicitud de requisitos para la inscripción, así como las barreras administrativas, la discriminación y poca sensibilización de los equipos de salud constituyen barreras estructurales de la atención de salud de población migrante. La poca dotación de personal obliga a priorizar casos, en los que hay personas que se quedan sin atención. Este mismo hecho dificulta la posibilidad de una atención oportuna y realizar seguimiento.

El crecimiento del Servicio de salud de la región no ha sido proporcional al crecimiento de la población (...) Un ejemplo de esta falta de oferta se ve en los controles Niño Sano, la demanda estaba siendo ocupada por la población que preexistía en la región, por lo que nuevos inscritos, muchos migrantes no estaba logrando ser atendidos, no hay cómo hacerles seguimiento. (...) Antes tenían criterios claros para priorizar casos, ahora hay tantas situaciones complejas que no hay tiempo para ver casos que no sean urgencias. La complejidad de los casos ha ido en aumento. No hay horas para controles normales. RIIC2

Esta situación se vio agudizada en mayor medida en la I región, lo que obligó a los funcionarios a priorizar la atención:

Porque si tú vas a los CESFAM la verdad es que están súper colapsados de espacio físico. (...) yo te podría decir que nuestra región está más sobrepasada porque hemos tenido un flujo de población que no es propia de nosotres y que hemos tenido que abarcar. Sí, sí, o sea si tuviéramos CESFAM, más grandes, con más box, con más RRHH, tendríamos todas las cosas al día como quisiéramos, pero como no podemos tenemos que empezar a priorizar ¿y qué priorizamos? A la embarazada, al cardiovascular, al adulto mayor, al postrado. RIIC3

La informante reconoce que los horarios de atención en CESFAM no son acordes a las necesidades de los usuarios migrantes quienes no pueden llevar a sus hijos porque eso implicaría solicitar permisos en horario laboral, poniendo en riesgo sus puestos de trabajo.

Claro la gente por lo general trabaja hasta las 6, y el CESFAM ya está cerrado. (...) porque se hacen talleres en los CESFAM, pero ellos no van a poder ir a esa hora, porque están trabajando, porque van a aceptar cualquier trabajo en cualquier horario. RCII1

Por otro lado, la población migrante llega con *necesidades* adicionales que requieren mayor tiempo de atención al constituir, según la entrevistada, situaciones complejas lo que implicaría un mayor tiempo de atención:

Antes las situaciones no eran tan complejas. Las situaciones complejas requieren más horas de trabajo, por el tiempo de contención, apoyo seguimiento a cada familia. Hay denuncias en muchos casos, el poder judicial también está saturado. No hay recursos humanos para dar atención a situaciones complejas que requieren seguimiento interdisciplinario. RIIC2

Este mayor tiempo de atención también es necesario para explicarle a las personas migrantes cómo funciona el sistema de salud:

y también uno entiende el migrante uno requiere más tiempo para poderlos guiar, orientar, educar en nuestro sistema. (...) la diferencia con el migrante es de que usuario chileno sabe dónde exigir su derecho, sabe que para pedir una hora tiene que acercarse al SOME, si no a tal teléfono, sabe que tiene que ir a confirmar su hora, sabe cómo es el proceso, pero el migrante no lo sabe. RIIC3

En la misma línea, una de las informantes señala que, en comparación a su país de origen las usuarias migrantes consideran que se dedica muy poco tiempo a la atención, esto podría tener implicancias en lo que ellas alcanzan a comunicar y por lo tanto, un impacto en los diagnósticos y tratamientos. Finalmente, esto marcará una preferencia en la atención por profesionales de la misma nacionalidad.

Y lo otro, ahora me acordé de algo que te dicen [las usuarias] es el tipo de atención, lo rápido que es por parte de los médicos, eso las marca muchísimo. Como que te dicen que no te miran, el médico no te mira, simplemente habla y "tome, váyase", mientras que tú experimentas como que- lo digo por el pediatra desde mi experiencia es tomar al niño, cargar al niño desde que ´tu entras al consultorio hay esa cercanía, y "cuénteme, ¿qué es lo que tiene?", y ahí tú le echas todo el cuento. Aquí es distinto, también te dicen eso "no, es que yo prefiero los médicos venezolanos", eso por la cercanía. RMIC1

Otro punto señalado por una informante es respecto al manejo de información, no sólo por la población migrante, sino por el personal de salud, la cual no se encuentra estandarizada y en ocasiones se entrega información contradictoria, incompleta o errada respecto a derechos y atención de salud de personas migrantes:

independiente de su situación migratoria, es obligatoria la atención (...) que no necesariamente tienes que tener documento de identidad para recibir la atención, pero eso a veces queda arriba y no en la persona que atiende al migrante (...) es que ellos a veces no conocen este tipo de circular, sino que se quedan arriba. Y después vienen el tema de que no saben dar la información, y es porque no están al tanto de los cambios que se vienen dando. RMIC1

Se perciben barreras en la inscripción, a partir de la negación de la atención y la exigencia de documentos que no son necesarios para la inscripción, como es la Declaración Voluntaria de Ingreso Clandestino en PDI, o el rut provisorio. Esto no solo se relaciona a una actitud individual del personal, sino también al hecho de que no todos manejan la misma información, por ello surge la necesidad de unificarla.

Porque si a mí me preguntan hoy día yo puedo de ir "se hace así, así, pero en realidad es lo que creemos porque en este CESFAM lo están haciendo así", pero no tenemos una base legal para poder orientar a la población. Entonces en esas cosas es necesario contar con la información a tiempo y completa. Porque si hablo de migración (...) No podemos tener 200 voces para un mismo trámite, solamente debería existir una voz. RVII2

Frente a esto se sugiere la capacitación de todo aquel funcionario que entregue información a los migrantes desde el primer momento de su ingreso al CESFAM, esto determinará si finalmente la persona podrá lograr acceder a la atención:

La barrera está en la inscripción, parte en la puerta de entrada, porque parten intentando de solicitar una hora para que los atienda la asistente social o el calificador de derecho (...) hay que capacitar a la persona que está día a día trabajando con- Yo capacitaría desde el guardia hasta la calificadora de derechos y lógicamente a la asistente social (...) Si la persona que está en el mesón no tiene los conocimientos adecuados no me va a dar jamás la hora para llegar a la asistente social, y no voy a llegar jamás a poder tener hora. El problema está ahí, ahí está el nudo crítico. RVII2

Otro elemento que se posiciona como una brecha de acceso a la salud son la cantidad de números de identificación que portan las personas migrantes. Este aspecto, muchas veces aleja a los usuarios pues no saben si portan el RUT requerido en el CESFAM:

Hoy igual, estamos con este cambio de dejar tener tantos RUT provisorios, el de salud, de educación, el otro; pero todavía no se baja la información correcta de cómo ahora se va a determinar, de cómo voy a derivar a esta mamá que entró con este niño por paso no habilitado para que le den este RUT nuevo que va a dar el registro civil "provisorio" para estas personas. RVIIC2

Respecto a los CESFAM ubicados en territorio rural, a nivel estructural se evidencian dificultades en la atención debido a la menor cantidad de horas y menor vinculación con la población migrante, lo que afecta a la población que desempeñan trabajos de temporada como agricultura, packing, entre otros.

Sí, llega bastante gente de afuera y lamentablemente casi no... no tienen controles. Casi no reciben atención médica, en casos de situaciones más graves. Ahora el ir a la urgencia o al SAPU tampoco son atendido por emergencias. Ahí hay un problema también porque los números son igual reducidos de atención en los CESFAM rurales, o van algunos días, entonces mayoritariamente la gente no acude a los operativos y los niños no reciben ni la leche, ni la atención adecuada. (...) mayoritariamente son bolivianos, personas que tiene una educación mínima, la mayoría son personas analfabetas, son personas del campo de sus países que vienen a sectores rurales de nosotros, entonces la vulneración de ellos es aún mayor. RVIIC2

Otra barrera para la atención de salud de las personas migrantes se da a partir de las consideraciones de los equipos de salud, la falta de sensibilización, la discriminación y los prejuicios por parte de personal administrativo y de salud, se traducirá en las posibilidades de atención, el buen o mal trato y finalmente en la alta o baja adherencia.

En general siempre la problemática mayor que hemos tenido es en el ingreso de menores- no tan solo menores sino familias completas a poder lograr obtener salud primaria. Por ejemplo, los niños van a la urgencia y si no pagan como particular no los atienden, les dicen "ya, te voy a atender por única vez, y si se vuelve a enfermar el niño tienes que pagar".
RVIIC2

Frente a esto una informante clave sugiere intentar comprender las dinámicas y prácticas, a partir de los contextos de llegada y de origen de los usuarios y como se relacionan con los sistemas de salud de origen para una atención efectiva.

Equipos no están preparados, hay prejuicios desde los funcionarios de salud. Al tratar de entender por qué esas personas llegan con esas situaciones, lo ven de manera individual y se dan situaciones de maltrato. Falta entender las dinámicas y los sistemas de salud de los diferentes países, "¿por qué los venezolanos no ven el control prenatal como algo importante?" por ejemplo. Como poder llegar a ellos de manera más efectiva, sin prejuicios, entender 'como se vive en Venezuela, Bolivia, Perú para poder entender cómo se dan estas situaciones. Conocer contexto de origen, pautas de crianza, maneras de percibir la infancia. Entender sus contextos de origen para entender sus actitudes frente a la atención. RIIC2

Por otro lado, una de las entrevistadas señala la existencia de ciertos mitos en torno a la población migrante, como aquellos relacionados a que vienen a quitar puestos de trabajo a la población chilena y esto también lo suponen a los cupos de atención en salud pública:

Otra barrera, aun cuando es mito, sigue existiendo esto de que las personas migrantes, ahora en los consultorios se las pasan llenos por las personas migrantes. Esto hace que personas reciban malos tratos, y es tan así que muchos consultorios al SJM le piden charlas de sensibilización por todo este tema. (...) El trato por esto mismo de estos mitos de que los migrante vienen a ocupar los cupos en salud, entonces viene el maltrato, la mala cara, el decirte que una determinada o unos determinados pacientes o usuarios de una nacionalidad equis reclaman mucho, y tal vez no es que reclaman mucho, y se reclaman es su derecho, pero que no están acostumbrados que te reclamos, sino que por el hecho de ser migrante debieras aceptar todo. RMIC1

El

cansancio y agotamiento del personal de salud sufrido producto del periodo de pandemia pero incrementado por el aumento del flujo migratorio, traducido en el aumento de licencias médicas y en la rotación de personal sobre todo en las comunas de la I región también se presenta como una barrera que urge abarcar, no solo en términos de atención de la población migrante, sino también pensando en el bienestar de los equipos y el ambiente de los centros de salud:

Es que yo siento que igual algunos profesionales acá en Tarapacá que están bien saturados con el tema, porque si bien aumentó el flujo migratorio, no aumentaron los profesionales para atenderlos a ellos. Entonces se entiende que puedan estar cansados, hay muchas licencias médicas por parte del área de la salud porque a esto hay sumarle que también estuvimos en pandemia. Y no aumentar la capacidad del Recurso Humano, eso igual influye en las capacidades de todos los equipos. (...) Porque imagínate, por ejemplo, que una persona antes atendía a 50, ahora una persona atiende a 300, somos humanos y obviamente se van a cansar y agotar, y no ven una solución (...) y empiezan primero con las licencias, y ya después finalmente se trasladan (...) en las regiones no se aumentó el recurso humano, ese fue el tema. RIIC4

3.8.2. FACILITADORES DEL ACCESO Y ATENCIÓN DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS INFORMANTES CLAVE

- ***Redes intersectoriales:***

Los informantes clave reconocen la importancia de la generación de redes intersectoriales, tanto con organizaciones nacionales como internacionales, para el abordaje especializado de las necesidades de los usuarios que tienen repercusiones en su salud, tales como educación, apoyo legal, económico, en alimentos y útiles de aseo,

Generalmente ACNUR financia una parte de Lobito, por ejemplo. No sé, Lobito necesita locomoción, necesita comida, necesita... no sé, necesita insumos: confort, toallas higiénicas, champú ¿quién se hace responsable de eso? Las fundaciones. Igual hay hartas organizaciones: IOM, ACNUR, World Vision, ellos tienen profesores, trabajador social y psicólogo, ellos ven más el tema educativo. RIIC1

subsidios, transporte, información, entre otros.

Las duplas psicosociales se insertan como un recurso fundamental no sólo para el sector educación, sino también para el sector salud, en tanto el equipo de profesionales informan, pesquisan y derivan:

Donde hay duplas, hay enfermeras, TENS, levantando situaciones de estado de salud que amerite ser derivado en forma urgente tanto al CESFAM como al Hospital, y eso igual es un aporte importante, porque si no tendríamos menos profesionales disponibles para la atención de esta población. Y además aparte de hacer ellos estas derivaciones oportunas, ellos hacen promoción y prevención y también hacen educación donde orientan qué es lo que deberían hacer, dónde deberían ir, etc. RIIC3

En el caso de la macrozona norte, cobra relevancia el Grupo de Trabajo Local para Personas Refugiadas y Migrantes Venezolanas- GTRM, contribuyendo a apoyar las acciones

de coordinación y articulación entre entidades gubernamentales, organizaciones, programas, entre otros:

[Desde Seremi de Niñez] En realidad trabajamos súper bien en red y todos nos conocemos porque participamos en las mismas mesas. Aunque está el GTRM nosotros como MIDESO también tenemos una mesa regional de calle, la Comisión Coordinadora de Protección que es a través del Servicio de Protección Especializado; también están las mesas intersectoriales del área de niñez, las mesas comunales de Chile Crece. entonces en todas estas mesas articulamos todos estos temas. (...) la referente de salud regional, que es nuestra referente de Chile Crece (...) también tenemos contacto con la Seremi de Salud, con la encargada de infancia de la Seremi. RIIC4

Se destacan programas particulares, que promocionan también a como redes intersectoriales, contribuyendo a la atención de salud de NNA migrantes.

El CAT, el Centro de Atención Transitoria, es ejecutado por el Hogar de Cristo, y está en el dispositivo de Colchane y en Iquique, el de Iquique tiene 45 cupos (...) durante el día están el programa y se les entrega orientación de Chile Crece, Salud, educación; y en la tarde se va a un hostel, se les paga alojamiento. RIIC4

En el caso de la sexta región, la Oficina de Migración de la Municipalidad de Rancagua, cumple un rol fundamental para la promoción y vinculación con centros de salud, desde orientación a derivaciones en contacto directo con personal de CESFAM:

Y después cuando yo necesito que me la atiendan en el CESFAM, yo mando un correo y hay alguien que me la pueda atender en el CESFAM. Entonces esas vinculaciones que tenemos con las otras instituciones, por lo menos a nosotros nos ha ayudado muchísimo. Por ejemplo, con la SEREMI de salud, con el Servicio de salud hoy trabajamos muy fuerte con la mesa de salud del Servicio. Sí, nosotros formamos parte de la mesa del Servicio, formamos parte de la mesa epidemiológica también (...) finalmente necesitamos siempre trabajar esto en red, porque la migración es algo súper dinámico y transversal. (...) Yo desde la oficina, por ejemplo, cuando he visto casos que son muy graves y que los han pimponeado (sic) muchas veces "no vaya a FONASA, no que vaya acá, no que..." cuando eso lo da solamente el CESFAM- Yo gestiono directamente el RUT con CESFAM. RVIIC2

• *Buenas prácticas*

Las buenas prácticas por parte de los equipos de salud, se manifiesta en pequeñas acciones por empatizar y entender el contexto cultural de la población migrante, usar términos que les sean más cercanos o invertir más tiempo explicándoles sobre el funcionamiento del sistema:

Por ejemplo, cuando yo hablo con ellos no les digo "tiene que sacar una hora al médico", sino que les digo "tiene que sacar una cita", porque a veces una palabra tan diferente que para ellos es "ah, una cita"; porque ellos no entienden "sacar una hora". Yo les digo "Los CESFAM son los centros de atención de salud familiar, pero usted a lo mejor lo conoce como posta" Ah sí, ahora acuérdesese que se llama CESFAM. Pero de repente "vengo al cesfan" y les dicen "no, no se llama así ¿por qué le dice así usted? Esto es un CESFAM" Pero es como ya po, lo está intentando. RIIC1

Otra
práctica
valorada

es el trabajo en terreno que permite visitar a las familias directamente, este acto no solo es interpretado como una pesquisa de casos, sino como una forma de respetar y contribuir frente a la situación en la que se encuentran las personas migrantes, como la imposibilidad de dirigirse al CESFAM para atención de NNA en horario laboral.

El año pasado yo iba con las chiquillas a las tomas, porque ellos no van al recinto, entonces si ellos no van voy yo, les decía. (...) Iba desde las 5 hasta las 8 de la noche iba a las tomas y ahí nosotros les decíamos "tiene que hacer esto" "el control de niño sano", les llevaba el calendario de control de niño sano, el que les corresponde, y ellos como que "ah... ya, ya lo entiendo, ya". RIIC1

Estos operativos confirman su éxito transversalmente en los distintos territorios:

Nos funcionan muy bien los operativos que se hacen en terreno. La promoción, la difusión de que yo puedo asistir a un CESFAM, cómo me voy a inscribir, poder llevar a lo mejor estos operativos que llevamos nosotros habitualmente a los sectores más vulnerables donde sabemos que hay una población mayor de población migrantes. Se lleva, por ejemplo, al clarificador de derechos y ahí se inscriben, esas cosas generan un impacto importante. (...) quitamos miedos de la misma población, porque dicen "ah ya, hay más gente, vamos y van con tiempo, se ponen de acuerdo" y esas cosas ayudan muchísimo. (...) Pensar también en que tenemos muchos extranjeros que no saben leer, que son analfabetos. Entonces poder también, lo que estamos diciendo de forma escrita, que lo pueda entender a través de una imagen. RVIIC2

Según la voluntad y disponibilidad horaria de los funcionarios de salud se han generado diversas adecuaciones, como iniciativas autónomas por los equipos de salud que benefician tanto a población migrante como no migrante.

las extensiones horarias, la atención directa en el colegio, y además atenciones el día sábado. Y por lo mismo porque quizás el adolescente que no se quiera atender en el colegio tiene la opción de ir después de las 5 de la tarde al CESFAM. Y si su mamá o su papá trabaja todo el día, qué se yo, también tienen la opción de acercarse el día sábado porque trabajan de 9 a 13. Adecuaciones para facilitar el acceso están. RIIC3

Las buenas prácticas también se manifiestan en la escucha activa, las elaboración de preguntas y demostración de interés por parte de los equipos de salud a las personas que se están atendiendo:

Es increíble que desde los CESFAM te pidan charlas de modos de crianza, cuando yo creo que es muy fácil, más que una charla, tú preguntarle, interesarte: "¿y cómo lo hacen tu país?", "cuéntame un poco". Eso también nos contaban, y eso puede ocurrir en algunos CESFAM, que hay este tipo de charlas con las mamás, y ahí comienzan a compartir, "cuéntenos cómo es el tema de salud en su país", qué alimentos les daban a los niños a edades determinadas, este tipo de cosas. (...) Nosotros poníamos un ejemplo en la charla, de que hubo una pediatra, que, en Haití, por ejemplo, hacen caldo de pata de pollo y se les da a los niños; entonces claro, imagínate decir eso es la locura, pero ella sí le preguntó a la mamá por qué lo hacían. Y tenía que ver con el colágeno, era por eso. Y a qué llegó esta médico fue que le dijo "la pata de pollo tiene mucha grasa, ¿por qué no lo haces con la pechuga mejor?", es justamente llegar a esto, pero con una explicación; y la madre lo veía bien. Que es distinto a "esto no se lo puedes dar más", y yo te puedo "no, se lo voy a dar", pero se lo sigo dando, pero en la próxima consulta no le voy a decir qué lee estoy dando de comer a mi hijo, sino que voy a decir lo que tú quieres oír. Porque yo no voy a dejar de dale a mi hijo su arepa de desayuno, pero si tú me pregunta yo digo "ah sí, yo le doy leche". RMIC1

Mediante un enfoque de incorporación de los determinantes sociales, pero más importante aún, mediante la comprensión y aceptación de la diversidad cultural, permitiría ampliar la mirada frente a interpretaciones inmediatas relacionadas con negligencia, cuando en ocasiones refieren a diferencias culturales.

Cuando dices que denuncias por vulneración de derecho de tus hijos, hay que ir más allá, no simplemente que están vulnerando sus derechos. Por eso tenemos mediadores interculturales, y siempre están pidiendo que vayan como mediadores en algunos juicios, o que te llaman de una OPD con el tema de los niños. RMIC1

Aunque se señalan que los funcionarios asisten constantemente a capacitaciones, estas no alcanzan a cubrir la totalidad del personal. Los informantes sugieren la importancia de mantener al personal al día respecto a cualquier cambio en materia de Ley Migratoria, y buenas prácticas:

También hacerles una actualización de la Ley Migratoria y de los derechos que tienen los NNA en salud, y de las gestantes, eso es bien importante. Porque si bien algunos la manejan, no todos en el área de la salud lo realizan, o si lo saben hacen caso omiso de eso. RIIC4

RESUMEN

MAPA DE BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESO SERVICIOS DE SALUD: MIRADAS DESDE LOS INFORMANTES CLAVE

Barreras y facilitadores de acceso a salud atenciones de NNA migrantes: Informantes clave		
	Barreras	Facilitadores
Proximales	Perfil migratorio sería más precario en los últimos años, personas provenientes de contextos de mayor vulnerabilidad y con necesidades de salud más agudas.	Sensibilización personal de los equipos y funcionarios a través de contacto con temática migratoria
	La precariedad de la migración reciente y la falta de proyecto migratorio implica dificultades para el asentamiento y la escolarización de NNA	
	Brecha idiomática familias haitianas	
	Miedo como barrera de acceso, temor a expulsión y denuncia	
	Crisis de cuidados: adultización temprana por adolescentes y niños que quedan al cuidado de otros/as, cuidados colectivos a través de redes informales y falta de identificación de la/as personas que tienen a cargo la responsabilidad del cuidado.	
Del Sistema de Salud	Falta de información sobre el funcionamiento del sistema de parte de la población migrante y circulación de información errada en los funcionarios administrativos.	Acciones intersectoriales: alianzas con ONG's, albergues e instituciones humanitarias nacionales e internacionales
	Persistencia cuestionamiento al apego de las madres haitianas y estrategias de cuidado de familias migrantes	Duplas sociosanitarias OPS

	Aceptabilidad de los programas de Control de Niño Sano y del modelo preventivo, mayor atención a los niños migrantes y eventuales judicializaciones por trabajo infantil o falta de controles.	Mesas regionales en temáticas de protección de niñez, situación de calle, etc.
	Conflictos culturales en torno a la demanda de salud, población migrante considerada demandante y exigente (especialmente Venezuela y Colombia), mitos respecto a la “saturación del sistema” por parte de la población migrante.	Sensibilización de equipos e introducción de competencias culturales “adaptar el lenguaje”
	Condiciones de vida, habitabilidad y acceso a servicios reconocidos como DSS	Intervenciones comunitarias, salidas a terreno y operativos en tomas
	Movilidad y dificultades de contactabilidad de la población migrante con consecuencias a nivel de gestión y pérdida de horas	Extensiones horarias, atenciones de día sábado
	Falta de capacitación funcionarios y cambios en las normativas que son difíciles de asimilar por parte de los equipos. P.e circular 5, multiplicidad de números provisorios	Fortalecer intersectorialidad con escuelas
	Dificultades con poblaciones específicas, por ejemplo: niños y adolescentes bolivianos en territorios rurales (en VI Región, especialmente). Falta de acceso atención de salud rural.	Fortalecer capacitaciones en temáticas de ley migratoria
	Mayor presencia de niños, adolescentes y adultos mayores, especialmente en las migraciones provenientes de Venezuela y Colombia, menos de Haití, donde se percibe la disminución de la población haitiana. Condiciones de salud precarias desde lugar de origen hasta destino.	

Estructurales	Sistema de salud “saturado”, falta de recursos humanos, gestión de situaciones complejas que implican intervenciones múltiples.	
	Contexto de criminalización de la migración y de aumento de la percepción de la migración como un riesgo	

OBJETIVO 4

Problematizar la accesibilidad y aceptabilidad en las barreras y facilitadores del acceso y atención de salud y pertinencia cultural de niñas y niños en contextos de migración, especialmente en el control de salud infantil, control de morbilidad y atención del SOME que emergen de sus familias, profesionales, funcionarios y en los procesos internos de los Centros de Salud Familiar en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y de O'Higgins

3.9.1. ACCESIBILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DE LOS INFORMANTES CLAVE

• *Control del niño sano*

En general, hay una valorización positiva del control de niño sano, pese a que hay dificultades en la adherencia, aunque señalan que no es la única prestación con dificultades de adherencia:

Valorización positiva controles niños sano, y el control de las gestantes. Problemas de adherencia a los programas, niños sano y Chile crece (...) En todas las prestaciones hay problemas de adherencia. RIIC2

Entre los motivos de dificultades en la adherencia para el caso de la I región, se encuentra la movilidad de las familias, pero se les explica que luego de la inscripción pueden realizar el traslado al CESFAM más cercano a su siguiente vivienda. Pero, los seguimientos de estos casos solo pueden realizarse si los usuarios se quedan en la región:

no hay que negar un gran número no asiste a los controles. Porque, indican que no se van a quedar acá, que quieren seguir camino y que van a regularizar la situación cuando lleguen a su destino. Se les explica que lo hagan acá y que se puede hacer el traslado al lugar donde se vayan, pero es muy importante que el niño no pierda la conexión con el sistema de salud y la regularización de controles y vacunas. RIIC4

Otros motivos de dificultad en la adherencia, pueden estar relacionados a que no lo consideran prioritario, pues sus NN se encuentran sanos:

Entonces también venía el tema de salud y que tú tienes que explicar mucho [a los usuarios]: "mira, de no tener ese control de Niño Sano, te pueden llevar ante un juzgado de familia porque hay una vulneración de derecho". Esto se lo teníamos que explicar mucho a la gente, que caigan en cuenta de en tu país esto no se daba, no era. El hecho de que no lee llevaras porque estoy vendo que mi hijo está sano, ¿por qué lo voy a llevar? RMIC1

Respecto a la leche entregada, se tiene conocimiento sobre que, al igual que ocurre en la población chilena, algunas personas migrantes no consumen el producto, ya sea porque no es parte de su dieta, gusto, u otros, por lo que venden el producto

Ellos en la mañana no les gusta darles leche a los niños, comen arepas, con té o jugos. Entonces, en el Control Niño Sano les dan la leche, y les dicen que tienen darle la leche, la medida, cada cuánto tiempo. Algunos venden la leche, no solo los migrantes, los chilenos también venden la leche. RIIC4

Un informante señala que en ocasiones se vinculan iniciativas que permiten la adherencia de usuarios que en otros contextos sería difícil alcanzar. En este sentido, la adquisición de beneficios puede servir como una oportunidad de incorporarse al control del niño sano:

hay una donación de leche, son de donaciones internacionales que no tienen el control de niño sano como requisito. Les explicamos que tienen que ir a retirarlo, que es un derecho de ellos y comenzar al tiro el proceso del control Niño Sano; las vacunas, ahora que comenzó el plan de vacunación "vaya a vacunarse". RIIC1

- ***Enfermedades precedentes:***

Dentro de las necesidades de salud, a partir del control del niño sano, se han identificado algunas enfermedades de tipo respiratorio, alergias, asma, con las que se presentan los niños, agravadas producto de su tránsito hacia Chile, producto del frío en las fronteras, pero también por el nuevo clima al que se reinsertan.

Hay enfermedades que resaltan harto, por ejemplo, el asma está súper presente, la mayoría de los niños vienen con asma (...) Me atrevería a decir que en un 60 o 70% ya tenían un antecedente de un posible asma crónico y como no tienen tratamiento en el país de origen, se les pasa a un asma crónico y el trayecto, y la comida, todo les afecta y llegan acá muy mal. RIIC1

Por otro lado, se han identificado en la sexta región NN enfermedades de gravedad, de las cuáles se desconoce si existía un tratamiento previo:

He visto muchos niños con cáncer que se vienen para ver si aquí pueden terminar su tratamiento, he visto...He visto algunos casos de venezolanos, supongo que es por la situación país que está atravesando. RVIIC1

- ***Embarazo, parto y puerperio:***

Los informantes de la I región señalan la identificación de un gran número de casos de adolescentes embarazadas, que llegan con sus parejas mayores:

Se ven hartos casos de niñas embarazadas con parejas mayores, eso ve mucho mucho mucho mucho, así demasiado, es muy común. No son menores de 14, generalmente de 14 hacia arriba con hombres que tienen desde 18 hasta 35 años. Generalmente vienen embarazadas, algún vienen solamente con la pareja, algunas vienen con la pareja y el consentimiento de los padres, y otras veces con la pareja y los padres de la menor. Venezolanas generalmente. RIIC1

En algunos casos han llegado recientemente y por desconocimiento del sistema de salud no acuden a los controles prenatales. Se señala, que esto es característico en la población migrante a nivel general. Cabe señalar, a partir de lo expuesto por una informante, que pareciera existir una diferencia cultural en torno a las edades aceptadas y validadas socialmente para ser madres, con respecto al país:

Pero ellos normalizan mucho el tema de la gestación de los 14 o 15 años en adelante, y nos dicen "no, pero, para nosotros es normal, yo autorizo que mi hija esté con él", que tiene 30 o 35 años una adolescente de 16. Y eso para nosotros no es normal. RIIC4

Dentro de los nacimientos de estas madres adolescentes, un informante indica que se han encontrado problemas de salud en los neonatos, como malformaciones congénitas, dificultades cognitivas, motrices y un aumento de NN nacidos con VIH e ITS, aunque no lo relaciona necesariamente con la mayor población migrante, sino por el incremento poblacional. Esto significaría un mayor gasto para el sistema sanitario.

RIIC2: Percibe un aumento las mujeres que no han tenido un control prenatal, gran proporción de mujeres que en su gestación no acuden a un control prenatal. Esto tiene como consecuencia que no reciben vitaminas, cuidados, ni atención psicológica, intervención en la familia, etc. Otra consecuencia es que estos niños nacen con más problemas de salud: ha aumentado la cantidad de niños con patologías, con malformaciones, y no son las que se daban usualmente en la población en la región. Niños con dificultades para poder vivir, necesidades especiales de salud. Esto es grave por sus consecuencias a largo plazo e impacta no sólo la salud de la persona y su familia, sino que también impacta en la carga sanitaria. incrementa mucho el gasto de salud, dado que usualmente requiere muchas intervenciones, horas de trabajo con especialistas, un cupo en el hospital, entre otras posibilidades.

Por otro lado, se evidencia la negación de la atención sanitaria a mujeres embarazadas por encontrarse en situación migratoria irregular, sobre todo en tiempos de pandemia donde el mensaje era no acudir a los CESFAM si no fuera por otro motivo que covid.

Teníamos muchas mujeres embarazadas que no estaban recibiendo sus controles, porque habían entrado por PNH y tenían miedo, por el idioma, y porque en el CESFAM no las querían atender. Entonces era bastante complejo. También teníamos problemas con la entrega de anticonceptivos para estas personas. RVIIC2

Respecto a diferencia por nacionalidad, la brecha idiomática se presenta como una dificultad en la atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres haitianas quienes al no comprender los procedimientos estarían más propensas a sufrir violencia obstétrica:

la matrona les puede explicar un procedimiento o lo que deben hacer, entonces a veces la madre le esté diciendo que sí, que entiende pero no está atendiendo absolutamente nada porque el español que tiene es básico, entonces no lo captan. Y eso da para que se vulneren los derechos de estas madres, el tema de la violencia obstétrica, como se van dando estas cosas. RMIC1

• **Nutrición**

Respecto a la nutrición, en el caso de la I región se observan casos de desnutrición de NN recién llegados. Esto, como un opuesto a la población chilena cuya preocupación principal es la obesidad infantil.

Niños con desnutrición, esto es el inverso de la tendencia en Chile, donde la preocupación era la obesidad infantil (...) [Hay] niños que llegan desnutridos a Chile. RIIC2

Caminan bastante, entonces llegan con temas de desnutrición, también con problemas en la piel por el calor y por el frío. (...) Lo que piden mucho son canastas familiares, ayuda en eso, y en materiales para la construcción. Esos son los 2 requerimientos que tienen mayor solicitud de parte de las familias. RIIC4

Parte de la dieta consumida por NNA migrantes es la facilitada en los establecimientos educaciones por parte de JUNAEB, una de las informantes señala que en ocasiones se presentan dificultades en la entrega de alimentos para NN que no portan aún RUT:

Tú llamas a la JUNAEB (...) está pidiendo el registro social de hogares, y esta familia entró por PNH, no tiene registro social de hogares, "ah no, eso va a quedar a criterio del colegio, si al colegio le sobra unas colaciones le va a poder dar al niño", o sea no puede ser que sí le sobran (...) Porque también sabemos que muchos niños, claro, lógicamente por la educación, pero también tiene una parte importante de niños que van al colegio porque es la fuente de alimento que tienen. RVIIC2

Pese a esto, manifiestan tener dificultades para adaptarse a la dieta entregada por JUNAEB, por contener alimentos y preparaciones distintas a las consumidas en el país de origen:

También considerando que los alimentos que comemos no es la misma que ellos comen en su país, también está ese cambio cultural. Porque esta comida es la misma que se entrega JUNAEB, (...) entonces a muchos de ellos no les gustaban, no comían". RIIC4

Una dificultad que se presenta en la I región son la falta de condiciones sanitarias y precariedad en albergue Lobito que tienen implicancias en la salud alimentaria de los NNA que lo habitan:

Si hablamos de Lobito, hubo un tiempo que fue la alimentación, de hecho, cocinaban ahí mismo, y bueno la plaga que hay de ratones en Lobito. Hace como 2 meses externalizaron el servicio, porque antes cocinaban ahí mismo en el dispositivo (...) refrigeraban algunos alimentos, pero otros los dejaban al aire libre, afuera. Entonces eso producía mucho daño estomacal en los NNA. RIIC4

La solución inmediata elaborada a partir de los funcionarios respecto a la alimentación de NNA es la generación de iniciativas educativas, lo que no necesariamente considera la diferencia cultural de los sistemas alimentarios.

Y también es importante que nosotros nos eduquemos y nosotros los eduquemos a ellos. Porque tenemos que entender que sabemos que a los niños si no cumplen los 6 meses, por ejemplo, recién ahí empezamos a dar comida. Los haitianos no po, la guagua nace y le dan, no sé, el agüita del arroz con otras cosas, una cosa así muy contundente que nosotros no le damos po. RVIIC2

Frente a esto, una de las informantes plantea el diálogo intercultural para la comprensión de la dieta de otras nacionalidades, la que en ocasiones es interpretada como inadecuada. En este sentido, el cuestionamiento de la dieta entregada por los cuidadores a NNA puede ser motivo de pérdida de adherencia:

Yo recuerdo cuando llevé a mis hijos por primera vez [hace 25 años] (...) lo primero que me dijo [el médico] cuando mi hijo tenía 3 meses, "este niño conmigo ya estuviese tomando caldo de caraota", caldo de porotos. Entonces tú imagínate, esa era la costumbre, además que va de generación en generación (...) Pero yo no le habría querido dar el caldo sino porque el mismo pediatra me lo está diciendo, entonces para mí eso eral o correcto. (...) imagínate tú llegar a un consultorio [en Chile] y decir que le estás dando a tu hijo caldo de caraota (...) es la locura. [no lo ven como] una forma de crianza, de lo que tú has venido aprendiendo, que viene desde tu abuelo y así sucesivamente, sino que yo estoy haciéndolo mal, te cuestionan eso, como tú le vas a dañar la salud a tu hijo. Y qué ocurre con eso, que yo decido no llevar a mi hijo al consultorio porque me van a cuestionar lo que yo he venido aprendiendo, lo que yo traigo de generación en generación, me lo cuestionan. RMIC1

• ***Vacunación***

Respecto a vacunación como eje prioritario de control del niño sano, señalan que los establecimientos educacionales cumplen un rol de los establecimientos educacionales, en trabajo coordinado con los CESFAM. Es por ello que la dificultad se presenta en los NN que no se encuentran escolarizados:

“Si no están en salud, los buscan en los colegios, pero si no está en el colegio, los pierden. No pueden focalizar dónde buscarlo. Es difícil ir a hacer terreno a las tomas "las tomas son de cuidado"”. RIIC2

Por otro lado, para NN migrantes aparece la dificultad de esquemas incompletos, asociados a que no portan su carnet de vacunas desde el país de origen o que, una vez llegados al país, no ingresan al sistema de salud para completar sus esquemas de vacunación.

Pocas veces la verdad, más que todo el tema del esquema de vacuna que no está completado (...) Mira, eso lo he escuchado de los venezolanos y los haitianos. RVIIC1

Una de las iniciativas relevantes para adherir a los programas de vacunación son los operativos, pese a que, como se señala más arriba, aún falta extenderlo a más lugares:

O al menos, por ejemplo, operativos de vacuna era frecuente en las comunidades, entonces no tenía que llevarlo al hospital a ponerle la vacuna, aquí tú tienes que llevar ese control. Y si en el colegio te preguntan y no lo estás haciendo, también implica llamados de atención. RMC11

• *Salud Mental y Desarrollo cognitivo*

La salud mental de NNA, se posiciona como prioritario y como una de las mayores demandas de derivación de la población migrante ya incorporada al sistema de salud. Producto de las secuelas del tránsito desde el país de origen a destino, que tiene repercusiones en la alimentación, sociabilidad y aprendizaje de los NNA.

Los niños de repente dejan de comer, y la mamá dice "no sé por qué el niño ha dejado de comer no quiere comer nada, o lo que lo vomita"; y bueno indagando un poquito más nos damos que es todo un tema de salud mental. (...) Y eso también explicaría por qué algunos niños están muy mañosos, con problemas alimenticios, con problemas para ir al baño... Todo al final se va relacionando. RIIC1

Las experiencias de violencia psicológica, física y sexual experimentada por las y los cuidadores durante el trayecto, en el que estos NNA participan como observadores, tendrá repercusiones en términos comportamentales de estos:

Lo que sí se da en los trayectos, sobre todo con las niñas, más que las niñas son las mamás, las adultas, es que hay mucha prostitución para poder generar dinero para el traslado, a veces también engaños. Y los niños en algunas ocasiones observan estas situaciones. Y cuando llegan a los dispositivos repiten estas actitudes. Entonces ahí- Nosotros tenemos diferentes programas, sobre todo en Lobito, a través de Chile Crece, está El Programa de Trauma Complejo. RIIC4

Para su abordaje, en el marco del Programa Chile Crece Contigo, se ha creado el programa de Trauma Complejo extendido en las regiones de Arica, Tarapacá y Antofagasta, que como señala una de las informantes, contempla el trabajo de duplas psicosociales, que pesquisan a NNA que se encuentren en mayor vulnerabilidad en temas de salud mental, realizando el enlace y derivación con profesionales especializados.

Otro factor que impactará en la salud mental de NNA son las condiciones de habitabilidad. El hacinamiento en campamentos y tomas, pero también en viviendas luego adquiridas, los expone a situaciones de violencia directa, pero también como observadores de otras violencias al interior de las familias:

“Otra cosa importante es el hacinamiento, aquí en Santiago. Y que eso también lleva a otras cosas como, por ejemplo, que tú golpees al hijo, a los gritos. Son niños que cuando tú los ves que llegan a la atención son hiperactivos, yo me he do cuenta que a veces las mamás hacen un esfuerzo muy grande en la atención de no darle el golpe”
RMIC1

En el caso de personas de nacionalidad venezolana, han visto que hay una situación entre pares y que hay dinámicas de violencia de las cuales los niños son testigos. En los campamentos que se dieron en los espacios públicos de Iquique, se detectaron casos de niños nacidos de violaciones que se dieron en Plaza Brasil, violaciones entre compatriotas, también tráfico de drogas. Los venezolanos que se asentaron ahí también hay había prostitución, y violación, mujeres que vivieron gestación a escondidas. RIIC2

El hacinamiento se traduce en ausencia de privacidad para adultos, interfiriendo en el bienestar y una sexualidad saludable, conforme comparten espacios con NNA. Este elemento también constituye un factor de riesgo para ellos:

Entonces yo como trabajadora social tenía que hacer las consultas, nunca metiéndome ya en su vida más íntima, pero una también asocia que en algún momento esta pareja va a tener intimidad y ¿dónde van a estar los niños? Entonces... y si a veces tenían más piezas, tenían 3 camas, pero dividían con una cortina. RIIC1

Las escuelas se presentan como un espacio de pesquisa de casos de NNA con problemas de salud mental, dónde se observan cambios en el comportamiento y también casos en los que ellos verbalizan aquello que ven en casa:

y eso lo manifiestan después en los colegios. Las profesoras cuentan que "el niño vio esto, contó esto, escuchó esto". Esa es una de las problemáticas cuando viven una toma. RIIC1

Respecto a estas situaciones, se señala para la I región la dificultad de conseguir horas para atención en salud mental, agudizada por la crisis migratoria:

Desde antes de la crisis migratoria que la red de salud mental está saturada, siempre ha sido escaso, ahora es peor, no hay acceso. Las horas para psicólogo están con 3 meses de espera. No hay para nadie. Situación de la población migratoria no es tan diferente de los chilenos, pero como la carga sanitaria es más difícil resolverla por medios particulares (...) la carga sociocultural y sanitaria que traen que es más densa. RIIC2

• *Salud Dental*

Respecto a salud dental, entre los entrevistados solo se señala las necesidades de NNA que llegan al país en términos generales, no se encuentran relatos respecto a diferencias específicas, ya sea por edad, nacionalidad, ni información sobre atención y adherencia a este programa.

Y también con el tema de los dientes, muchas caries, niños que ya han perdido la dentadura, por mala alimentación, por mala higiene. RIIC1

• *Programa salud adolescente*

Según la información proporcionada por una de las entrevistadas, la composición de adolescentes que ingresan al país ha cambiado a partir de la pandemia:

Lo que estaba pasando fue que estaban ingresando muchos adolescentes no acompañados (...) son los tribunales los que toman los antecedentes, y si es que no vienen con ninguna otra persona que se pueda comprobar el vínculo, se deriva a una residencia del Servicio de Protección Especializada. RIIC4

Frente a esto, en aquellos casos en los que había un familiar esperándole, se generaba el enlace y se gestionaba el traslado del adolescente. Como se señala en el apartado de embarazo, parto y puerperio, para el caso de la I región los entrevistados manifiestan una percepción generalizada en torno a un incremento en la llegada de adolescentes venezolanas embarazadas. Estas adolescentes suelen o viajar solas o acompañadas por sus parejas que son considerablemente mayores:

Son en su mayoría venezolanos, y la otra nacionalidad que también prima es la colombiana, lo que se da mayoritariamente son venezolanas gestantes de 16-17 años con un adulto entre 20 y 30 años. (...) De 10 mujeres de 16 años que vengan 8 están embarazadas. Vienen con embarazos generalmente tardíos, 7 meses... 30 semanas, 35 semanas. RIIC4

Esta situación, para aquellas adolescentes en refugio Lobito, genera discusiones sobre cuáles son las medidas a tomar y si luego del nacimiento del bebé se deben levantar o no medidas de protección de menores.

¿Hay que poner una medida de protección o no hay que hacerla? Porque ahí le entra la duda a uno, son mayores de 14 años y tienen consentimiento de la mamá (...) Ha sido bastante complejo porque hay algunas instituciones que dicen que no hay que colocar medida de protección, otros que sí, entonces nosotros en realidad ante la duda siempre preferimos interponer la medida de protección, y que sea el juez que determine si hay o no una vulneración. (...) Eso lo instruyó una magistrada. RIIC1

Como explica una de las informantes, el embarazo adolescente puede servir como escapatorias a contextos familiares vulnerables en el país de origen donde son expuestas a violencia, a hacinamiento, drogadicción, entre otros. Este aspecto debe ser considerado por los funcionarios en el abordaje del embarazo adolescente:

Y que a lo mejor cuando tú ves a estas mamás adolescentes es una manera en la que yo me escapo, pensando que mi solución es irme con esta persona [pareja] y no lo es, es mucho más complicado, es una manera de huir (...) Por lo que describen los espacios [donde vivían] son miniatura donde pueden estar 9 personas, entonces imagínate la convivencia ¿qué convivencia puede haber? RMIC1

Además, se identifican núcleos familiares adolescentes para la población venezolana:

Hay chicos en Mejor Niñez. Situaciones de chicos con 14 años que tienen esposa e hijos, familia completa menor de edad. Por tener 14 años ingresan a una residencia de mejor niñez, pero que no son niños en su cabeza social y culturalmente. No calzan con el esquema de protección a la infancia en Chile. Pero parece que eso es habitual en Venezuela. RIIC2

En tiempos de alta demanda del sistema sanitario, particularmente en pandemia, debido a las pocas horas disponibles, se priorizó la atención a partir del criterio del personal sobre casos más urgentes donde la salud adolescente no se reportaba como prioritaria, generando lagunas en el monitoreo de su salud:

Exacto, y lo otro es que siempre se ha mirado que el adolescente es un ciclo vital que "siempre está sano" entre comillas. Entonces no requeriría mayor detección de nada porque es un ciclo vital que no presenta mayores problemas, pero no se mira que este adolescente va a ser a futuro un adulto, y para que tenga una vida adulta y a posteriori un adulto mayor sano, tenemos que educarlo y prevenir cualquier circunstancia durante su vida adolescentes. RIIC3

Una de las prestaciones más demandadas del programa de Salud Adolescente es la de prevención del embarazo, se señala que las mujeres adolescentes acuden en mayor medida que los hombres en búsqueda de control de la fertilidad:

hay mayor demanda de la adolescente mujer que el adolescente hombre migrante (...) se acerca mayoritariamente en los CESFAM, o en este caso, ponte tú a hospital, por temas a regularización de la fertilidad, acceso a métodos anticonceptivos. O si no cuando efectivamente está embarazada se acerca para iniciar controles prenatales. Y... lo malo de eso es que siempre es tardío. Los controles de la población migrante, sobre todo en el área de gestación, las gestantes son siempre tardías. RIIC3

En la misma línea, dentro del programa Espacios Amigables promovido en los establecimientos educativos, las adolescentes se acercan en búsqueda de orientación sobre salud sexual y reproductiva:

las adolescentes migrantes que están escolarizadas se acercan solicitando consejería de salud sexual, una orientación en relación a que- o le manifiestan a veces al psicólogo del equipo que iniciaron actividad sexual y requieren protección. Y les pregunta "ya, y eso ¿hace cuánto?" "no, yo tengo mi pololo hace 2 meses, 3 meses, y él ya queremos iniciar actividad sexual, y hemos estado a punto de, pero después nos arrepentimos porque no nos estamos protegiendo, etc.", "ya, pero ¿le has contado a tu mamá? ¿le has dicho a tu papá? Para que te acerquen al CESFAM ¿Estás inscrito en el CESFAM?" RIIC3

El hecho de involucrar a los padres en los temas de salud sexual puede constituir una barrera para las adolescentes que buscan atención, traducéndose en una baja en la adherencia. Por otro lado, respecto al rol de padres, madres o cuidadores, se evidencia que no hay un interés mayor por la salud de los adolescentes a su cargo, ya que estos relacionan los controles de salud adolescente como prioritarios solo en caso de enfermedad:

y siempre les refieren "no, es que mi mamá no me quiere llevar porque no es importante para ella llevarme porque me ve que yo estoy bien", esa es la respuesta. Entonces generalmente los padres de estos adolescentes migrantes no le dan la relevancia del tema de la prevención. RIIC3

En este sentido, se hace necesario considerar los contextos sanitarios de los países de origen y las prestaciones para adolescentes. Estas diferencias influirán sobre aquello que se prioriza en términos de salud para ellos:

El tema de los adolescentes, ¿por qué lo llevaría al médico? Por acné, suponte, por algo que se ve, pero no por el tema de "ya mi hijo está adolescente, lo voy a llevar para ver la salud reproductiva..." no, nada de eso. Salud mental ni hablar, o sea menos. Entendiendo que en Venezuela el tema de la salud mental, el psicólogo, el decir que vas al psicólogo es que estás loco, eso es algo que no se toca. Y lo que nosotros hemos estado viendo ahora es que en los adolescentes que los papás están pidiendo es la contención psicológica, temas de depresión, intentos de suicidio. RMIC1

Los determinantes sociales también influirán en la participación de los cuidadores en la prevención y atención de salud de NNA, relacionado al poco tiempo que tienen producto de la carga laboral, o la dificultad de acceder a iniciativas y actividades educativas realizadas en horario de trabajo.

los CESFAM también hacen talleres de habilidades parentales y a veces quieren incluir también a los padres. Y la asistencia a estos talleres es casi nula y es básicamente porque todos los padres de estos adolescentes tienen trabajo irregular (...) Y perderse 2 o 3 horas de su trabajo significa disminuciones en su ingreso. Entonces tampoco tenemos mucha presencia en relación al adulto responsable, o al adulto que el adolescente designe como cercano. entonces finalmente la atención que tenemos con los adolescentes migrantes principalmente son las que se realizan en los colegios. RIIC3

En este sentido, es imprescindible la colaboración con los establecimientos educacionales respecto a materias de salud adolescente, particularmente en la promoción de la salud sexual y reproductiva y la detección de adolescentes con dificultades en salud mental:

obviamente es ínfima la cantidad que se acerca al CESFAM en comparación a lo que se abarca en el mismo colegio (...) en el colegio se hace un trabajo bien colaborativo con los docentes. Porque ahí los docentes están capacitados, falta capacitarlos más, pero en relación a algunas alertas donde ellos pueden decir "tengo a un adolescente, tengo una sospecha de" y poder alertar de ciertas situaciones, sobre todo en el área de la salud mental. RIIC3

Espacios Amigables se presenta como un programa eficaz en términos de prevención y detección de dificultades en salud. Desde aquí se han detectado problemas asociados a la salud mental adolescente, reflejada en dificultades de sueño, comportamientos agresivos, entre otros:

[Desde] Espacio Amigable que atienden y pesquisan a niños con problemas de salud mental a través del control de salud integral y la aplicación de la ficha CLAP. ¿Qué le reportan estos chiquillos? Que ellos se definen, muchos de ellos se definen agresivos, que tienen una conducta bastante agresiva (...) Los psicólogos lo han asociado a una conducta de protección que ellos generan. RIIC3

Desde
los

establecimientos educacionales se ha solicitado al sector salud, acciones de prevención de suicidio y violencia como prioritario:

Los profesores hay un tema que es muy repetitivo que piden tener prevención del suicidio. Prevención del suicidio y prevención de la violencia. Son temas que sí o sí tienen que estar dentro de los temas de consejería como de talleres hacia los adolescentes. Hay otros temas también, pero temas básicos que no pueden faltar es la prevención del suicidio- antiguamente era prevención de consumo de alcohol y drogas, eso ya quedó un poco más de lado. RIIC3

A este respecto, una de las informantes señala la necesidad de reconocer el duelo migratorio como una problemática de salud mental para NNA frente a la cual se deben generar intervenciones que partan de la base de la comprensión de todo aquello que han debido vivir para llegar al país de destino, entre ellos el dejar a sus familias, amigos la escuela y perderse ritos de paso propios de su edad:

También lo digo por mi experiencia, recientemente mi hija me decía eso, fue tan importante tener la contención psicológica por primera vez acá, y hablar del duelo migratorio. Hablar de tantas cosas, de dejar, mis hijos estuvieron en un colegio desde preescolar hasta que terminaron la media. Mi hija terminó suponte un 30 de junio y el primero de julio ya se vino a Chile. Eso tan fuerte es duro, aun cuando de nuestra parte hubo la consulta y ellos se querían venir. Yo creo que para muchas mamás pedir ayuda psicológica para sus hijos adolescentes, que ha ido como en aumento, y sobre todo uno lo ve en los venezolanos. Te hablo de que esto es un tema que allá es ni un pendiente, ni hablar. Para que tengas idea de que en Venezuela solo hay dos universidades donde se daba psicología. (...) El tema de la salud con los niños es porque en cierta medida me estás obligando, que deben tener un control.
RMC1

Por otro lado, en la I región, existen sospechas de que hay una proporción de adolescentes no escolarizados, que se encuentran trabajando. Este punto es de relevancia porque puede ser interpretado por el personal de salud como una vulneración de los derechos frente al cuál pueden iniciar acciones judiciales, en contextos en que sí es aceptado en los núcleos familiares, en tanto supone un sustento económico adicional.

El control de salud integral que se le hace al adolescente va con la aplicación de la ficha CLAP, y esa ficha es integral, se hacen preguntas de todo ámbito: (...). Si yo me pongo a revisar todas esas fichas CLAP, hablando de la población migrante ah, todos dicen que no, que estudian y que no trabajan. Pero yo no creo que sea así, yo creo que sí trabajan. ¿Por qué? Porque yo he visto, cuando uno camina por las calles de Iquique, que hay adolescentes migrantes, que yo puedo suponer que quizás no están escolarizados -y ahí ya estamos con una vulneración de derechos- que está trabajando. Lavando los vidrios, por ejemplo, y haciendo esto de, que yo no sé si le puede llamar un trabajo, pero he visto mucho que sacan a los perros a pasear cuidadores que se garran una cuadra y estacionan los vehículos (...) pero si yo me voy a ver al instrumento donde se le pregunta eso al adolescente migrante, tú vas a ver que donde dice "¿usted trabaja?" está marcado donde dice no, pero me cuesta creerlo. RIIC3

Para finalizar, dentro de las propuestas de promoción y prevención de la salud de adolescentes migrantes se encuentra el reforzar el programa de Espacios Amigables que proporcione mayor cantidad de horas y una atención articulada e ininterrumpida para los adolescentes:

ojalá que cada liceo tuviera su equipo de Espacio amigable. Porque actualmente se van rotando, no es un equipo que está estable todos los días en el liceo, porque eso sería lo ideal. Que la población adolescente migrante que está en este liceo, o la población adolescente general, tenga y esté familiarizado con un equipo estable todos los días donde acercarse, y donde aclarar dudas. (...) Y además de más horas. RIIC3

RESUMEN

MAPA DE ACEPTABILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: MIRADAS DESDE LOS INFORMANTES CLAVE

RESUMEN ACEPTABILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL DE LOS PROGRAMAS DE SALUD DE ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES	
PROGRAMA	
Control de niño sano	• Valoración positiva, aunque con dificultades de adherencia por temas de aceptabilidad y alta movilidad de la población migrante.
Nutrición	• Pesquisa de falta de aceptabilidad de la leche por patrones alimenticios, registro de venta de leche en mercados informales. Registro de situación de desnutrición en NNA migrantes y dificultades en el acceso a alimentación JUNAEB por falta de Registro Social de Hogares. Falta de pertinencia cultural en la introducción temprana de alimentos, familias haitianas que introducen tempranamente sólidos.
Enfermedades respiratorias	• Registradas tanto como condición del país de origen como asociada a las condiciones de viaje e inserción social en Chile. Asma y alergias ambientales.
Cancer	• Registro de cánceres en NNA migrantes, tanto como condición de origen como en Chile. Preocupación al respecto en VI Región.
Salud sexual y reproductiva	• Preocupación por embarazos en adolescentes migrantes, especialmente Región de Tarapacá. Establecimiento de relaciones sexo-afectivas en parejas con alta diferencia de edad. Ingreso tardío a control prenatal por falta de información, de aceptabilidad de los programas y miedo. Falta de pertinencia y aceptabilidad en los programas de anticoncepción, especialmente mujeres haitianas.
Vacunación	• Registro de esquemas incompletos y dificultades de acceso a NNA que no están escolarizados
Salud Mental	• Preocupación por efectos de tránsitos migratorios en salud mental de NNA, situaciones de prostitución y abuso en frontera. Violencia intrafamiliar y de género asociada a situaciones de hacinamiento, sobrecarga laboral y estrés de cuidadores. Falta de horas y disponibilidad de recurso humano para atención en salud mental. En el trabajo intersectorial aparecen temas de salud mental, intento suicidio y bullying como requerimiento de intervenciones a los CESFAM.
Salud Dental	• Alto registro de caries en NNA migrantes, poco conocimiento y adherencia al programa

Programa Salud Adolescente	• Preocupación por situación de adolescentes no acompañados, cuestionamiento sobre las medidas de protección, se percibe como una población sana que no tiene necesidades específicas ni urgentes. Uso de los espacios amigables por parte de adolescentes migrantes. Falta de adherencia a programas de habilidades parentales por disponibilidad de tiempo y tipo de trabajo.
----------------------------------	---

4. COMPONENTE DE INTEGRACIÓN Y TRASLACIONAL

OBJETIVO 5

Integrar los resultados cuantitativos y cualitativos y generar recomendaciones para el acceso y atención y pertinencia cultural en la atención de salud de niñas y niños en contextos de migración, en las siguientes dimensiones: accesibilidad y aceptabilidad, que deban incorporarse a las orientaciones programáticas del Ministerio de Salud

4.1.1. Integración de resultados

En base a los resultados cuantitativos y cualitativos del presente estudio, a continuación se presenta el producto de transferencia referido a la integración de resultados de ambos componentes para posteriormente generar recomendaciones para el acceso y atención y pertinencia cultural en la atención de salud de niñas y niños en las dimensiones de accesibilidad y aceptabilidad. Para ello se han clasificado resultados por temas, según la existencia de evidencia acumulada en: a) la literatura nacional e internacional; b) en los hallazgos cuantitativos y c) en los hallazgos cualitativos.

En primer lugar se realizará una descripción de los hallazgos en materia de barreras y facilitadores de acceso, para luego detallar los principales hallazgos en aceptabilidad y pertinencia cultural de los programas de salud en NNA migrantes en la red de atención primaria. Por último se pasará a detallar las principales recomendaciones que emergen de estos hallazgos, tanto a nivel transversal como por programas.

Evidencias en barreras y facilitadores de acceso a la atención de niños, niñas y adolescentes migrantes: hallazgos consistentes.

1. Brechas de afiliación a salud.

La literatura reporta brechas de acceso a salud entre NNA migrantes y locales que se acentúan en población irregular y que generan tendencia al uso de urgencias y dificultades de adherencia a programas preventivos.

Existe registro cuantitativo en torno a brechas de afiliación a salud entre población local y migrante, así como entre niños migrantes regularizados, niños MSI y población local. Las brechas de afiliación se repiten en registros CASEN y EH.

Existe concordancia entre relatos de familias y equipos de salud sobre la persistencia de brechas de acceso que afectan negativamente a familias migrantes con NNA, especialmente irregularizadas

2. Barreras discrecionales

Existe registro de barreras administrativas asociadas a falta de acceso para las familias migrantes, especialmente irregularizadas..	Si bien no existe la posibilidad de cuantificar barreras administrativas, las brechas de afiliación así como los porcentajes de NNA que no poseen ningún tipo de previsión es siempre mayor en NNA migrante, lo que podría vincularse a barreras administrativas.	Existen testimonios de familias, equipos de salud e informantes clave respecto a la existencia de barreras administrativas discrecionales, solicitud de autodenuncia, pago y otros criterios discrecionales que comportan barreras de acceso a salud de NNA migrantes.
--	---	--

3. Idioma y comunicación en salud

Existe bibliografía internacional concluyente respecto al rol de las barreras idiomáticas en el acceso a salud.	No existe evidencia cuantitativa respecto a brechas de acceso a salud en población no hispanohablante, podría profundizarse a través de estudios de registros de acceso de NNA por nacionalidad en bases que contengan el dato.	Existen testimonios principalmente de parte de equipos de salud pero también familias e informantes clave respecto a las dificultades comunicativas no solo con población haitiana sino migrante en general. Se reconoce el rol que juegan los facilitadores interculturales en su resolución.
---	---	--

4. Barreras asociadas a disponibilidad

Existe registro de problemas de infraestructura, espera, disponibilidad de horas de especialista, consideradas barreras estructurales del sistema.	No existe evidencia cuantitativa recopilada de las bases de datos analizadas respecto al tema, aunque las encuestas nacionales de salud 2017 y 2021 sí reportan problemas de disponibilidad y calidad de servicios	Los actores sociales coinciden en la existencia de barreras asociadas a disponibilidad que recaen sobre la resolutivez del sistema. La pandemia agravó la escasez de horas y la saturación del personal por la sobrecarga que generó. La resolutivez del sistema también pasa por niveles de integración de redes y gestión del modelo de APS.
--	--	--

5. Maltrato y discriminación

Existe bibliografía nacional e internacional que evidencia la presencia de percepción de maltrato y discriminación en población migrante por prestadores de salud.	Aunque no fueron analizadas en este informe, existen encuestas de satisfacción y calidad percibida que muestran percepción de discriminación en población migrante.	El maltrato se configura como barrera de acceso puesto que las personas que refieren haberlo sufrido, reportan haberse distanciado y evitado los centros de salud, aún cuando necesitan prestaciones para sus hijos. Igualmente, los equipos reportan un clima discriminatorio en salas de espera y en el trato directo de personal administrativo y asistencial.
--	---	---

6. Miedo y falta de confianza en el sistema de salud

se reportan barreras de atención de salud administrativas y vinculadas a miedo y falta de confianza hacia instituciones de salud o temor a verse negada la atención

Encuestas poblacionales registran el aumento de migración irregularizada a partir del año 2019, situación que se agudiza con el cierre de fronteras por COVID-19. El miedo a perder la custodia de los NNA reportado por migrantes se condice en el aumento casos de NNA migrantes en SENAME reportado por análisis REM

En particular la población irregularizada expresa miedo a acercarse a los centros de salud y asocian la autodenuncia con expulsiones colectivas y otras iniciativas de control policial. En particular, se presentan testimonios de miedo a perder la custodia de los/as hijos/as y amenazas asociadas a la suspensión de la tutela parental.

7. Falta de información

Se reporta como barrera la falta de información adecuada que los padres y madres poseen sobre sus derechos y los derechos de sus hijas e hijos a acceder a la atención de salud

Aunque no fueron analizadas en este informe, existen encuestas que constatan la falta de información respecto al sistema de salud que existe en población migrante tanto adulta como adolescente.

La información sobre acceso a salud es proveída principalmente por redes personales, asociones migrantes, instituciones como ONG's y oficinas municipales. Hospitales y escuelas proveen escasamente de información a familias con NNA.

8. Intervenciones comunitarias e intersectoriales

La evidencia internacional reporta efectividad de intervenciones comunitarias e intersectoriales reconoce la articulación con la sociedad civil como buena práctica.	No existen datos cuantitativos relativos a intervenciones comunitarias con comunidades migrantes sistematizadas.	Se reportan experiencias positivas de vinculación del sector salud con líderes migrantes y con organizaciones afines al tema con efectos sobre la capacidad del sistema de salud de percibir las necesidades de esta población, así como de transmitir confianza e información verídica hacia las comunidades migrantes respecto a los derechos en salud que corresponden a NNA. Las acciones intersectoriales son altamente valoradas por los equipos de salud y las familias.
--	--	---

9. Accesibilidad: tiempo y distancias de atenciones

El tiempo aparece en estudios internacionales como una barrera de atención, asociado a la falta de disponibilidad horaria y los largos tiempos de espera, a lo cual se agrega, la sensación de padres y madres de que tienen que esperar más por ser “visiblemente” migrantes	No existen datos cuantitativos en las bases de dato analizadas respecto al impacto del tiempo y distancia en el acceso a salud por parte de población migrante.	El tiempo es uno de los recursos más escasos en equipos de salud y en las familias migrantes. Las múltiples citas que se dan para acciones preventivas y las dificultades para coordinar atenciones generan pérdida de horas de atención, desplazamientos “en vano” hacia los centros de salud y esperas que no son compatibles con las necesidades económicas de las familias migrantes, quienes además, carecen de redes de apoyo para el cuidado de niños y están empleados en trabajos informales que no garantizan tiempo para prestaciones médicas.
--	--	--

10. Aceptabilidad del enfoque de salud comunitaria

En la literatura se reporta mayor uso de servicios hospitalarios y urgencias por parte de NNA migrante aún en países que presentan el modelo de salud familiar y/o comunitaria.	Los análisis presentados tanto en, CASEN, EH como en REM reportan mayor uso de servicios hospitalarios especialmente en niños sin previsión. Además de vincularse con brechas de afiliación el dato puede explicarse por falta de conocimiento del sistema de salud de atención primaria.	Los entrevistados de todos los grupos entrevistados reportan dificultades en transmitir los principios del modelo de atención familiar y la prevalencia de un enfoque asistencialista en la búsqueda de salud de los cuidadores de NNA
--	--	---

11. Diagnóstico situación niñez

La bibliografía internacional destaca la heterogeneidad e formas en que la migración afecta a la niñez y adolescencia, recomendando realizar acciones diferenciadas para distintos grupos etarios y focalizar esfuerzos en población vulnerable.	Las bases de datos reportan en todas las regiones estudiadas y a nivel nacional la niñez y adolescencia migrante representa sobre un 10% de la población migrante. Se reporta heterogeneidad en cuanto regiones como Tarapacá y O'Higgins presentan mayores índices de niñez migrante en sectores rurales. Existe un subregistro de NNA migrantes en el rango etario 0-6 probablemente asociado al ius solis.	Los testimonios coinciden con el diagnóstico de un crecimiento de la población infantouvenil afectada por la migración, así como sobre la heterogeneidad de grupos y necesidades específicas de ciertos colectivos. Hay acuerdo respecto a la atención que amerita la situación de adolescentes especialmente en la región de Tarapacá y la vulnerabilidad social que afectaría particularmente a niños viviendo en campamentos y zonas rurales.
---	--	---

12. Pertenencia a pueblos originarios

En América del sur existe poca literatura sobre la intersección entre niñez migrante y pertenencia a pueblos originarios. Mayor presencia de estudios en migraciones centroamericanas hacia EEUU.	Respecto a pertenencia étnica un porcentaje más alto de niñas, niños y adolescentes migrantes pertenecientes a alguna etnia en la Región de Tarapacá (10,3%), lo mismo para los nacidos en territorio nacional (25,6%), encontrándose ambos por sobre sus respectivos valores nacionales. En la VI región se encuentra el mayor porcentaje de niños migrantes viviendo en zonas rurales.	Existe una visión negativa en el personal de salud de colectivos específicos como son las madres bolivianas. En el caso de mujeres migrantes de esta nacionalidad también se registran malos tratos, amenazas y temor de acercarse al sistema sanitario.
--	---	---

13. Vulnerabilidad social y niñez migrante

Numerosa bibliografía nacional e internacional resporta las situaciones de vulnerabilidad social en que se encuentra parte de la población infanto-juvenil migrante y las acciones relativas a fortalecer su resiliencia e inclusión social.

Se observa para el territorio nacional que existen dos veces mayor proporción de NNA migrantes viviendo como pobres extremos que NNA chilenos (11% versus 5,6%). Llama la atención la concentración de NNA migrantes en extrema pobreza en el norte de Chile, con un 26% del total contra un 9% de infantes y adolescentes chilenos.

Los entrevistados reportan situaciones de pobreza extrema entre los usuarios, especialmente de arribo reciente. Desnutrición, exposición a enfermedades parasitarias por las condiciones de vida están reapareciendo en particular en campamentos de la I y VI Región.

14. Determinantes sociales de la salud de NNA migrantes

La literatura alerta sobre el agravamiento de enfermedades infecciosas si va asociadas a factores ampliamente presentes en las infancias migrantes como la desnutrición, estrés, hacinamiento y en general condiciones de precariedad

En todos los casos se presenta un mayor porcentaje de NNA migrantes que habitan viviendas con hacinamiento. Hay un aumento sostenido y progresivo de casos de egresos por traumatismos y envenenamientos en niños migrantes asociados a FONASA, partiendo en 59% el 2019 y finalizando en 73% el 2021

El hacinamiento y las condiciones habitacionales son relevadas por los entrevistados que relatan las dificultades para acceder a vivienda que experimentan los núcleos viviendo con NNA. También se retratan los efectos de la vida en campamentos, los riesgos asociados a enfermedades parasitarias, mordeduras de perro, lesiones en la piel, falta de higiene y acceso a agua potable.

Aceptabilidad y pertinencia cultural de los programas de salud en NNA migrantes de la red de atención primaria

CONTROL DE NIÑO SANO

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
No hay literatura sobre adherencia, sí sobre aceptabilidad del programa. Los parámetros de control de niño sano propios del sistema de salud chileno pueden no estar adaptados a la cosmovisión de ciertos grupos culturales, generando diagnósticos erróneos	Las bases analizadas no permiten reportar adherencia al control de niño sano.	Los entrevistados reportan una valoración positiva del programa y una adherencia relativamente alta, a excepción de colectivos específicos como el boliviano, donde el paradigma de salud seguiría siendo asistencial. Existen problemas de aceptabilidad por los múltiples controles asociados al programa y la diversidad de disciplinas

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
Se señala que NNA migrantes tienen riesgos de contraer parasitosis, enfermedades de la piel, enfermedades respiratorias, y diarreas debido sus condiciones de vida.	Egresos por Enfermedades del Sistema Respiratorio en NNA, por condición migrante y región, se observa que del total de egresos por esta causa existen importantes variaciones por año respecto a la proporción cruda que le corresponde a nacionales y a migrantes.	En las entrevistas las enfermedades respiratorias son habituales entre las necesidades de salud de NNA migrantes por sus condiciones de vivienda, exposición a contaminantes y también por falta de aclimatación a las bajas temperaturas en Chile.

USO DE URGENCIAS

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
En la literatura internacional se registra mayor uso de servicios de urgencia, especialmente en población irregular	Los porcentajes de egresos hospitalarios por uso de urgencias en situaciones que podrían ser resueltos en atención primaria requieren de un mayor análisis. Sin embargo, egresos por causas	Se reporta el uso de urgencias como primer contacto con servicios de salud y falta de aceptabilidad del enfoque de salud familiar y APS.

	como envenenamientos, traumatismos y otras causas son las segunda causa de egreso en NNA migrante y presentan un porcentaje importante de NNA sin previsión de salud.	
VACUNACIONES		
Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
En la literatura internacional se pesquisa que los NNA migrantes, especialmente MSI, presentan esquemas de vacunación incompletos	No hubo análisis de bases de datos referidas a vacunaciones.	Se reporta preocupación por parte de los padres y tutores a cerca del posible registro de las vacunas con números diversos (RUT, NIP, pasaporte, etc.) y desconocimiento sobre donde queda registrada la información en caso de necesitar solicitarla. También hay falta de información sobre los esquemas de los países de origen y de llegada.
ENFERMEDADES DIGESTIVAS		
Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
No se reporta información al respecto.	Al observar Egresos por Enfermedades del Sistema Digestivo en NNA, por tramo etario, condición migrante y región, se identifica que hay una mayor proporción en migrantes versus nacionales para el tramo 10-19 años (62% versus 56%).	Existen referencias a temas de parasitosis y falta de acceso a alimentación saludable, así como falta de acceso a agua potable. Preocupación por cambios de apetito vinculados al proceso migratorio y dificultades de adaptación a los horarios, cantidades y pautas alimentarias vigentes en Chile.
NUTRICIÓN Y LACTANCIA MATERNA		

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
Existe abundante registro sobre los efectos de la transición alimentaria en NNA migrantes y la persistencia de desnutrición por déficit entre quienes viven en condiciones precarias. Falta de adaptación de los patrones alimentarios promovidos por los sistemas educativos y de salud.	Al comparar entre el total de población e inmigrantes, en estos últimos el porcentaje de población en control con desnutrición o riesgo de desnutrición es mayor que en la población total. En términos de sobrepeso también se observa aumento en la población migrante.	Referencias a la falta de acceso a alimentación saludable, así como la adquisición de malos hábitos alimenticios presentes en Chile que produciría sobrepeso en NNA migrantes. También se reporta desnutrición, especialmente en NNA de arribo reciente y dificultades de las familias de seguir las pautas de introducción de alimentos en familias principalmente haitianas.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTOR

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
Existe registro de percepción de retraso en el lenguaje y en el desarrollo psicomotor de NNA migrantes por parte de los equipos de salud, aunque en población haitiana la tendencia es opuesta. Preocupación por la adecuación de pautas de evaluación.	En las bases de datos si bien no emergen diferencias importantes en la evaluación de desarrollo psicomotor, sí hay una leve tendencia a considerar NNA migrantes en la categoría “normal con rezago” y “riesgo”, especialmente en la Región de Tarapacá.	Existen problemas de aceptabilidad de los programas de estimulación y la percepción que los NNA migrantes no sean suficientemente estimulados.

SALUD MENTAL

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
Se pesquisan necesidades socioemocionales en NNA migrante. Destacan factores ligados al proceso migratorio, tanto en niños y niñas de menor edad, como en adolescentes, quienes	En los registros analizados hay datos de salud mental en el control integral de adolescente, aunque sin diferencias claras entre migrantes y no migrante, a excepción de la región de Tarapacá donde el	Se concuerda que se trata de una necesidad no cubierta por el sistema sanitario. Escasa presencia de NNA migrantes en programas de salud mental, a pesar de que las experiencias migratorias y

reportan ideación suicida ligada a experimentar una crisis identitaria como producto del proceso migratorio, además de efectos de las diferencias culturales, el desconocimiento del territorio local, las experiencias de discriminación y el estar lejos de sus seres queridos sobre su salud mental en general. En la I Región de Iquique el consumo de alcohol y drogas superó a la salud sexual y reproductiva entre migrantes	consumo de alcohol y drogas superó a la salud sexual y reproductiva entre migrantes.	dificultades de inclusión generan efectos en la salud mental de niños y cuidadores.
---	--	---

SALUD ESCOLAR

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
En adolescentes y niños en edad escolar se reportan como facilitadores de acceso a salud: estrategias en escuelas para atención de salud sexual y reproductiva (programa 3A) y salud mental. Uso de internet, RRSS y tecnología para buscar información sobre el sistema de salud, sobre temáticas preventivas, salud mental, nutrición y autocuidado.	Las bases de datos registran brechas importantes en términos de inasistencia y deserción escolar sobretodo en población adolescente. No hay registro respecto a egresos por traumatismos asociados a bullying y/o accidentes escolares.	Se reportan acciones puntuales como los espacios amigables y las vacunaciones. Existe preocupación por los efectos que el bullying tiene a nivel de salud física y mental, con varios testimonios de uso de urgencias por conflictos relativos a bullying escolar.

EMBARAZO ADOLESCENTE

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
La literatura de la región LAC reporta prevalencia de embarazo adolescente en mujeres migrantes y necesidades de salud	En base a REM y Egresos Hospitalarios, el embarazo adolescente es un problema de salud pública relevante entre adolescentes	Existe registro de aumento de gestaciones de adolescentes migrantes y situaciones que infringen el derecho a la salud

sexual y reproductiva entre las que destaca el acceso a anticoncepción y métodos de barrera para la prevención de ITS. Se reportan también abusos en tránsito migratorio y la situación de matrimonios forzados, infantiles y tempranos en países de origen de las migraciones hacia Chile.	migrantes. Es la primera causa de EH entre menores de 18 años migrantes a nivel nacional, presentando tasas que alcanzan el 28,78% (v/s 6,17% en adolescentes locales). La región de Tarapacá es la que presenta índices más relevantes llegando en el 2020 a un 39,27% de EH por esta causa en adolescentes migrantes. De REM emerge además, que buena parte de estos embarazos se encuentran en riesgo biopsicosocial. y 361 en la RM.	sexual de adolescentes por exigir presencia de adultos. Falta de aceptabilidad del programa de salud adolescente por considerarlo exclusivamente enfocado en anticoncepción. El aumento en embarazos adolescentes se asocia a prácticas culturales como el establecimiento de relaciones sexoafectivas en parejas con alta diferencia de edad, así como al aumento de la situación de menores no acompañados. Las brechas de escolarización entre adolescentes migrantes y locales, así como brechas de afiliación pueden recaer en falta de acceso a anticoncepción y educación sexual.
---	--	--

TRABAJO ADOLESCENTE

Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
La revisión no relevó evidencia relativa al trabajo pero sí respecto a situaciones de vulnerabilidad social de adolescentes migrantes en América Latina.	Según registro REM los migrantes tenían un menor porcentaje de adolescentes en control estudiando y un mayor porcentaje en situación de deserción escolar. Los datos censales confirman esta situación desde el punto de vista de la asistencia escolar, demostrando brechas importantes en inasistencia a	Existe registro de la temprana adultización de los jóvenes que cuidan a sus hermanos desde los 7 u 8 años por la necesidad de trabajar de los padres.

	establecimientos escolares y trabajo.	
NNA ADOLESCENTE EN SENAME		
Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
La revisión no relevó evidencia relativa a la presencia de NNA migrantes en sistemas de protección infantil y/o relativos al sistema judicial.	Los registros estadísticos demuestran un aumento de la presencia de NNA migrantes entre la población potencial SENAME. En el total país se registra un aumento de NNA migrantes en esta condición pasando de ser 417 a nivel país en 2019 a ser 1383 en el 2021.	Entre los entrevistados existen relatos de amenazas y temores relativos a la posible pérdida de la tutela de los hijos a partir de conflictos que se develan en los espacios sanitarios. Estas experiencias refuerzan las sensaciones de miedo y desconfianza como obstáculo para la atención de salud de NNA migrantes. Existe preocupación entre equipos de salud e informantes clave respecto a los sistema de denuncia y derivación de casos al sistema judicial, especialmente para la situación de menores no acompañados
CANCER EN NNA MIGRANTES		
Literatura	Componente Cuantitativo	Componente Cualitativo
Las inequidades en acceso a salud y la exposición a plaguicidas y otros contaminantes, así como los determinantes sociales de la salud impactan negativamente sobre la capacidad de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de cancer en NNA migrantes.	Si bien las neoplasias no están entre las causas de EH más preponderante en niños migrantes, sí existe registro de la existencia del fenómeno, presentando números similares o incluso más altos (2020) que en NNA locales.	Existe preocupación por las dificultades que viven las familias migrantes que viajan en búsqueda de tratamiento al cáncer, así como las dificultades de diagnóstico y tratamiento oportuno de familias que viven en condiciones de alta precariedad.

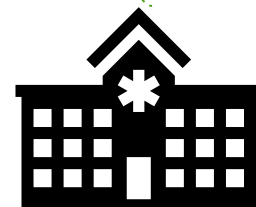
RECOMENDACIONES GENERALES

REDUCIR BRECHAS DE AFILIACIÓN

Promover la regularización migratoria de NNA a través de herramientas jurídicas que permitan identificar a los NNA migrantes en condición irregular y promover el cumplimiento de las garantías de derechos que les competen, independiente de su nacionalidad y condición migratoria, en cuanto niños y adolescentes.

Promover iniciativas de afiliación a salud de NNA migrantes en colectivos específicos, especialmente en poblaciones que pasaron por paso no habilitado desde el año 2019 a la fecha.

Realizar acciones intersectoriales miradas a promover afiliación de NNA migrantes en jardines infantiles y escuelas. Así como intervenciones con sectores productivos específicos donde se concentran sus cuidadores.



REMOVER BARRERAS DISCRECIONALES

Eliminar las barreras discrecionales a través de capacitación, sensibilización y fiscalización de equipos de salud, funcionarios públicos y administrativos en el ejercicio de sus funciones y en su rol como garantes de derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.



REMOVER BARRERAS IDIOMÁTICAS Y FORTALECER COMUNICACIÓN EN SALUD

Favorecer el uso medios digitales de circulación masiva para la comunicación en salud

Desarrollar folletos informativos bilingüe con conceptos clave de navegación del sistema y premisas del enfoque preventivo

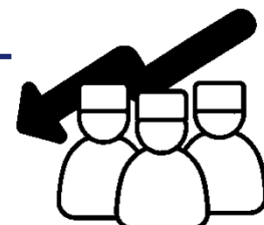
Fortalecer y coordinar el trabajo de facilitadores interculturales migrantes y realizar acciones coordinadas con PESPI para colectivos específicos



MEJORAR LA RESOLUTIVIDAD A LA RED A TRAVÉS DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS

Priorizar el desarrollo de actividades de promoción y prevención en espacios comunitarios que reducen las atenciones individuales y permitan gestionar mejor los tiempos de atención de funcionarios y profesionales.

Retomar experiencias tales como talleres de cuidado prenatal, de nutrición, de funcionamiento del sistema de salud, entre otros, en articulación con jardines infantiles, juntas de vecinos y escuelas, espacios que concentran a población migrante a cargo de NNA y que favorecen el uso eficiente de recurso humano.



Reforzar inversiones en infraestructura y recurso humano en comunas que han experimentado crecimiento poblacional de colectivos migrantes.

Fortalecer el trabajo integrado de las redes asistenciales evitando la multiplicación de consultas y prestaciones y coordinando la acción del sector hospitalario con la red de APS.

FORTALECER EL ENFOQUE DE TRATO DIGNO Y DE SALUD DE NNA COMO DERECHO HUMANO

Realizar acciones coordinadas entre las unidades de trato al usuario, la estrategia nacional de buen trato y los programas de salud migrante de modo de actuar sobre las percepciones de discriminación y maltrato de los usuarios migrantes.

Promover la participación del sector salud en iniciativas ciudadanas de compromiso con la inclusión e interculturalidad en las comunas de pertenencia.

Realizar acciones intersectoriales con ministerio del interior con el fin de reducir narrativas discriminatorias por parte del Estado, evitar las expulsiones arbitrarias y el quiebre de confianzas entre Estado y comunidad migrante.

Fortalecer la vinculación entre el sector salud y medios de comunicación locales, con el compromiso de garantizar la promoción de la salud como derecho humano, especialmente en NNA.

Fiscalizar y sancionar situaciones de maltrato de cualquier índole en espacios de salud



FORTALECER LOS INSTRUMENTOS DE APOYO A LA PARENTALIDAD MIGRANTE

Fortalecer iniciativas comunitarias que permitan aumentar la llegada de programas de apoyo a la crianza y competencias parentales a población migrante. Realizarlas en espacios y horarios pertinentes con los compromisos laborales de las familias y en coordinación con facilitadores interculturales.

Eliminar las amenazas y la promoción del miedo a perder la custodia de los hijos como estrategia de comunicación en salud

Incorporar elementos de interculturalidad en todos los programas asociados al cuidado y atención de NNA

Realizar acciones coordinadas con el sector judicial para la gestión de casos de vulneración de derechos.

Fortalecer las acciones intersectoriales de mesas regionales de protección de la niñez



PROMOVER INFORMACIÓN SOBRE DERECHO DE ACCESO A SALUD DE NNA MIGRANTES Y ENFOQUE COMUNITARIO.

Coordinar acciones para hacer circular información verídica y clara sobre derechos y deberes en salud de población migrante, con foco especial en derechos de niños, niñas y adolescentes.

Utilizar redes pre-existentes con la comunidad migrante, facilitadores interculturales, líderes y otras asociaciones de la sociedad civil para proveer de información sobre acceso a salud de NNA y fortalecer el conocimiento y comprensión del enfoque de salud comunitaria.

Divulgar información a través de redes intersectoriales que se relacionan con población migrante. Es necesario involucrar tanto a las instituciones educativas y laborales en la difusión de información correcta sobre derechos y deberes en salud de NNA migrantes.

Promover acceso a información en salud de NNA en embajadas, consulados y ministerio de RREE, mirada a la preparación de reunificaciones familiares.

Utilizar redes sociales y cuentas oficiales de los centros de salud para la promoción de información en comunidad migrante.



CONSIDERAR LA VARIABLE TIEMPO Y GASTOS DE BOLSILLO ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE SALUD DE NNA MIGRANTE

Gestionar la realización de prestaciones coordinadas entre programas de atención de NNA que eviten la multiplicación de desplazamientos. Coordinar atenciones conjuntas de los miembros de un grupo familiar, unir vacunaciones, control de niño sano y otras prestaciones.

Promover la extensión horaria en centros de atención primaria, incluyendo prestaciones a NNA durante las tardes y en las jornadas de día sábado. Aprovechar periodos como vacaciones escolares para la realización de prestaciones preventivas unidas a acciones comunitarias.

Realizar intervenciones comunitarias extramuro (escuelas, ferias, medios de transporte, redes sociales, centros comerciales, etc.) donde realizar acciones de prevención y promoción que disminuyan la necesidad de asistir a los centros de salud y los descongestionen.

Utilizar medios digitales y redes sociales para la programación de horas, búsqueda de información y telemedicina, de modo de reducir los tiempos y costos asociados a desplazamiento. Si bien existen colectivos migrantes y de ciertas edades en los que la brecha digital puede menoscabar el uso de telemedicina, los datos hablan de un alto manejo de celulares y redes sociales en la población migrante.

Coordinar acciones de información con las familias migrantes de las escuelas donde se provea de datos sobre el funcionamiento del sistema de salud, el enfoque preventivo, los programas de APS correspondientes por fase de edad, necesidades de salud de NNA y apoyo a la parentalidad.



PRIORIZAR EL ACCESO A PRESTACIONES DE SALUD PARA NNA MIGRANTES EN GRUPOS ESPECIALMENTE SUJETOS A EXPERIMENTAR VULNERABILIDAD SOCIAL

Identificar dentro de los territorios correspondientes a cada centro de salud, las zonas o territorios en los que se concentra población infanto-juvenil a ser priorizada. Campamentos, tomas, albergues y asentamientos estacionales en zonas rurales pueden contener grupos migrantes sin afiliación y sin acceso a prestaciones preventivas.

Integrar a facilitadores interculturales, ONG's y miembros de la sociedad civil en la identificación de grupos de NNA migrantes en situación de vulnerabilidad y consensuar intervenciones que permitan vinculación con los centros de salud.

realizar acciones coordinadas con las Municipalidades, Ministerio del Trabajo, Vivienda, Intersector, ONG's y otras asociaciones del territorio para abordar temáticas de seguridad alimentaria y acceso a vivienda y empleo que estén viviendo población migrante a cargo de NNA.

Incluir a población irregular en el acceso a intervenciones dirigidas a población en condición de pobreza y pobreza extrema como son canastas familiares, subsidio de arriendos, postulación a subvenciones al empleo, proyectos FOSIS, etc.



VISIBILIZAR LA SITUACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES PERTENECIENTES A PUEBLOS ORIGINARIOS

Se recomienda articular la coordinación entre los programas de salud intercultural PESPI y los programas de salud migrante con foco en maternidad y niñez, para atender las necesidades específicas de esta población, así como incluir sus percepciones sobre crianza, cuidado y maternidad.

Realizar intervenciones en espacios laborales como sector frutícola, packing y otros trabajos temporales donde se concentran las familias migrantes con niños viviendo en zonas rurales.

Acciones específicas pueden ser dirigidas a las familias bolivianas, donde se concentran factores de vulnerabilidad.



CONTEXTUALIZAR LAS CONDICIONES DE SALUD DE NNA MIGRANTES EN EL ENFOQUE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

Realizar acciones intersectoriales en campamentos y tomas irregulares organizadas en coordinación con Juntas de Vecinos, Ministerio de Vivienda y Urbanismo, asociaciones locales y ONG's . Estas intervenciones deben ser miradas a generar lazos de confianza con las personas que están en los asentamientos irregulares, donde se concentra niñez irregularizada que no tiene acceso a salud y que está siendo expuesta a riesgos importantes en materia sanitaria.

Capacitar al personal de salud en el enfoque de determinantes sociales de la salud erradicando la responsabilización individual y el enfoque asistencialista en el abordaje de las necesidades de salud de NNA migrantes.

Fortalecer las acciones intersectoriales y estrategias psicosociales como las duplas socio-sanitarias OPS que promueven un enfoque de bienestar integral para la atención de las necesidades de salud de la población migrante.



INCORPORACIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD EN TODAS LOS PROGRAMAS DEDICADOS A LA ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Realizar acciones comunitarias para el levantamiento de información en torno a cuidado de salud de NNA de los colectivos migrantes presentes en el territorio, experiencias y necesidades percibidas por las familias migrantes. Involucramiento de facilitadores interculturales y de personal de salud en diálogos participativos.

Capacitar a todo el personal de salud en temas de interculturalidad en salud, con bajadas específicas a cada programa: control de niño sano, vacunaciones, salud dental, salud mental, programa salud adolescente, PASMI, nutrición, estimulación temprana, gestantes, VIH, TBC y chagas, programas del Chile Crece Contigo, etc.

Colaboraciones con entidades académicas para la adecuación de pautas de medición de desarrollo cognitivo, lenguaje, motor, salud mental de NNA migrantes, etc.



RECOMENDACIONES DE ACEPTABILIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL POR PROGRAMAS

CONTROL DE NIÑO SANO

Prestación con buena aceptabilidad general, se recomienda fortalecer la continuidad y adherencia en tramo 4 años y más y gestionar las prestaciones para reducir la exigencia de presencialidad de niños y cuidadores. Incorporar dimensión intercultural del cuidado en atenciones y recomendaciones.



Se recomienda realizar intervenciones específicas para la población menos adherente a los programas, incluyendo un levantamiento de sus prácticas de cuidado de niños, niñas y adolescentes. Fortalecer el trabajo con el intersector e incluir los programas PESPI para el caso de población boliviana y peruana quechua y/o aymara.

Se recomienda promover prestaciones en espacios educativos y extramuros.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Promover condiciones habitacionales adecuadas para evitar exposición a temperaturas extremas y detectar casos sociales que requieran apoyo de otras entidades.

Generar promoción y prevención de salud en población migrante en temáticas de enfermedades respiratorias, sistemas de calefacción y abrigo de niños.



Promover acciones educativas en el uso de urgencias y manejo de síntomas agudos como parte de la preparación a las campañas de invierno.

USO DE URGENCIAS

Generar intervenciones miradas a promover el modelo de salud familiar en espacios no biomédicos y en articulación con el intersector y con la sociedad civil, así como coordinación entre redes integradas, para una mejor derivación de personas que se dirigen a urgencias.

Coordinar SAPU, SAR y otros servicios de urgencia con encargados de programas para pesquisar a población que se acerque a nivel hospitalario y de urgencia para gestionar su integración en APS.



VACUNACIONES

Integrar la información de vacunaciones en un único registro, tal como ocurre para la población nacional, integrando registros de vacunaciones en país de origen y tránsito.

Generar intervenciones informativas en la comunidad migrante sobre el PNI en Chile y levantar conocimiento sobre los planes de inmunización de los países de origen para capacitar a personal de salud.

Integrar las vacunaciones a las primeras prestaciones que se ofrecen a familias con NNA migrantes, coordinando control de niño sano con vacunación y otras prestaciones.

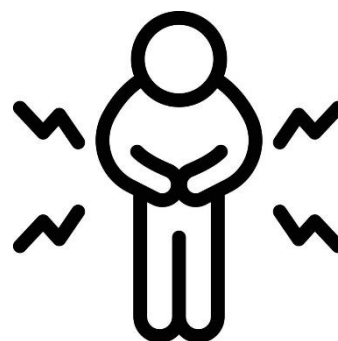


ENFERMEDADES DIGESTIVAS

Se recomienda capacitar al personal de salud en materia de parasitosis en lugares de origen de las familias migrantes, así como la pesquisa de enfermedades asociadas a malas condiciones higiénicas en el manejo de alimentos, especialmente para niños que viven en campamentos.

Indagar en las pautas alimenticias de las familias migrantes y el acceso a alimentación saludable.

Incorporar interculturalidad en las pautas alimentarias que se aconsejan en espacios de salud.



NUTRICIÓN Y LACTANCIA MATERNA

Se recomienda promover atención nutricional con pertinencia cultural e implicación de profesionales nutricionistas con facilitadores interculturales.

Realizar acciones comunitarias para conocer las pautas de alimentación de la población migrante, así como dar a conocer las comidas saludables disponibles en Chile.

Indagar en el caso de desnutrición, sobre las condiciones de vida de los NNA y la posibilidad de garantizar acceso a alimentación a través de los servicios escolares y de salud.

Garantizar acceso a alimentación JUNAEB a todos los NNA independiente de situación migratoria

Promover diálogos interculturales en torno a la noción de apego y prácticas de maternidad especialmente con colectivos haitianos y bolvianos.



ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y DESARROLLO PSICOMOTOR

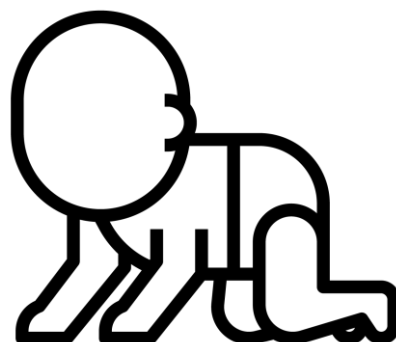
Adaptar las pautas de evaluación del desarrollo del lenguaje y psicomotor para NNA migrantes, considerando bilingüismo y patrones de aprendizaje diversos.

Realizar intervenciones con facilitador intercultural en jardines infantiles y escuelas.

Considerar Determinantes Sociales como acceso a espacios al aire libre y recreación en la evaluación de desarrollo motor y cognitivo.

Incorporar interculturalidad a los programas ChCC.

Capacitar educadores de párvulo y otros profesionales en temáticas de interculturalidad.



SALUD MENTAL

Establecer una línea específica de trabajo de PASMI con niños y adolescentes migrantes, en las comunas en que se concentra esta población.

Realizar acciones intersectoriales, ya que buena parte de los síntomas pueden referirse en recintos escolares.

Capacitar de los equipos de salud mental en temáticas migratorias y fortalecimiento de las acciones de salud mental en APS.

Mejorar las derivaciones de APS a salud mental y aumentar la disponibilidad de horas

Promover concepto de salud mental, información sobre programas y estrategias de prevención entre cuidadores a través de actividades extramuros

Fortalecer acciones de soporte a la parentalidad migrante

Intervenciones interculturales en materia de VIF.



SALUD EN ESCUELAS Y RECINTOS EDUCATIVOS

Coordinar acciones con MINEDUC relativas a convivencia escolar priorizando escuelas con alta matrícula migrante.

Realizar intervenciones en materia de bullying, valorización de la diversidad dentro de las escuelas.

Fortalecer los vínculos de APS con establecimientos educativos y acompañar intervenciones como vacunaciones de iniciativas de educación en salud.

Integrar jornadas informativas de inicio de año escolar en temáticas de salud de NNA en general y migrantes.



SALUD DE ADOLESCENTES MIGRANTES

Disminuir las brechas de afiliación a salud en adolescentes migrantes a través de intervenciones en escuelas diurnas y nocturnas. Promover afiliación en espacios de trabajo informal, deportes y barrios con alta concentración migrante.

Realizar acciones conjuntas con MINEDUC para la disminución de inasistencia escolar de adolescentes migrantes a través de aumento de matrícula en regiones con índices crecientes de población migrante. Complementar con el fomento del uso de escuelas vespertinas y/o para adultos.

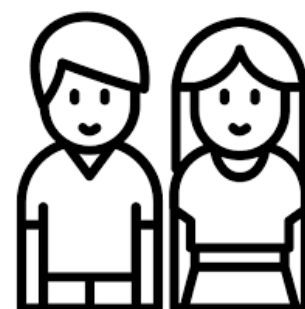
Integrar la interculturalidad al programa de salud adolescente y reducir brechas de acceso a anticoncepción a través de la promoción de información sobre el programa con cuidadores y comunidad migrante.

Fiscalizar el ejercicio del derecho a salud adolescente, incluso en ausencia de adulto responsable para mayores de 14 años.

Fortalecer en el programa de salud adolescente temáticas relativas a salud mental, bullying y asunción temprana de responsabilidades entre adolescentes migrantes.

Realizar acciones participativas con adolescentes migrantes en establecimientos escolares y otros espacios extramuro.

Promover la organización de un sistema de nacional de cuidados que permita reducir la responsabilización temprana de cuidado de otros de adolescentes migrantes.



NNA MIGRANTES EN RECINTOS SENAME

Reforzar las estrategias de apoyo a la parentalidad migrante, a partir de implementaciones interculturales de programas como “habilidades para la vida”, “nadie es perfecto”, etc.

Ampliar la sensibilización a los equipos de salud en torno a la priorización de un enfoque de derecho por sobre un enfoque punitivo en el trabajo con familias y cuidadores.

Introducir pertinencia cultural en el trabajo con violencia de género y violencia contra la niñez.

Reforzar el trabajo intersectorial con Ministerio de Justicia, Salud, Desarrollo Social y Educación para el abordaje de la situación de menores no acompañados. Incluir a la comunidad migrante y facilitadores interculturales en dichas instancias.



CANCER, CHAGAS, TBC Y OTRAS ENFERMEDADES

Mejorar las estrategias de afiliación y regularización de NNA que permitan diagnóstico temprano.

Coordinar con la red hospitalaria y programas como PINDA, TBC y Chagas para priorizar la atención y orientación en el sistema de NNA migrantes.

Integra información sobre estos temas en las intervenciones comunitarias en salud de NNA de modo de promover aceptabilidad y detección temprana.

Realizar intervenciones con colectivos específicos de alto riesgo (p.e pob. rural Chagas)



Recomendaciones Regionales

Región de Tarapacá	
Afiliación a salud	Promover iniciativas de afiliación a salud priorizando familias migrantes con NNA en campamentos de Alto Hospicio e Iquique
	Realizar acciones intersectoriales de afiliación a salud en jardines infantiles, escuelas y escuelas nocturnas
	Realizar operativos de afiliación a salud en ferias, terminales de buses, sectores comerciales, campamentos y tomas. Privilegiar colectivos específicos que presentan mayor vulnerabilidad como niños migrantes en zonas rurales.
Barreras discrecionales	Fortalecer el enfoque de derechos y deberes enfatizando la probidad en el cumplimiento de las labores de funcionarios públicos. Sensibilizar sobre el derecho a salud de NNA migrantes y fiscalizar la aplicación impropia de barreras discrecionales como exigencia de autodenuncia y cobros indebidos. Realizar iniciativas de contención y promoción de ambientes laborales sanos dentro de los equipos de salud y administrativos.
Barreras idiomáticas	Fortalecer la coordinación con facilitadores interculturales en intervenciones con colectivos no hispanohablantes, como el colectivo haitiano y con el programa PESPI para el trabajo con población boliviana quechua/aymara. Integrar el trabajo de facilitadores a las prestaciones de programas de infancia y adolescencia.
Falta de información	Recuperar acciones realizadas en el periodo pre-pandemia como iniciativa de líderes migrantes, mesas regionales, coordinación con dirigentes de tomas y campamentos, asociaciones de la sociedad civil, etc. para divulgar información clara y verídica, así como realizar intervenciones comunitarias desde el ámbito de la prevención y promoción como “baby shower educativo” y otras iniciativas afines.
Barreras estructurales asociadas a la disponibilidad	La región presenta aspectos críticos en varios índices como los relativo a niñez migrante en situación de pobreza extrema y concentra también mayor presencia de mujeres migrantes respecto a la media nacional, lo que implica acciones conjuntas en materia de programas de salud de la mujer y de la niñez. El aumento de la población migrante en situación irregular, así como el desgaste que han vivido los equipos de salud, el crecimiento de los asentamientos informales y la criminalización de la migración requieren de medidas específicas para la región. Se recomienda la realización de intervenciones intersectoriales en materia de cohesión social, la inversión en recursos humanos e infraestructura y la priorización de grupos vulnerables como el de la niñez y adolescencia migrante en condición de pobreza.
Necesidades asociadas a distribución de la población	Se observa un crecimiento sostenido de la población migrante, siendo la región (de las estudiadas) que concentra mayores índices de pobreza en NNA migrante, mayor tasa de embarazo adolescente migrante y una población femenina mayor a la

	masculina. Esto requiere de intervenciones miradas a fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, programa de salud adolescente y programa de salud de la mujer.
Necesidades asociadas a colectivos específicos	La región, entre las estudiadas, es la que presenta mayor porcentaje de población boliviana y mayor porcentaje de NNA que se autoidentifican como pertenecientes a pueblos originarios, situación que exige fortalecer el rol de facilitadores interculturales, articulación con el programa PESPI y su incorporación en todas las prestaciones asociadas a niñez y adolescencia.
Asistencia Escolar	La región presenta desafíos importantes en términos de asistencia escolar de NNA migrantes, especialmente estos últimos (15-19 años) que no se encontraban asistiendo a establecimientos escolares es de 23,5 v/s 9,2 de adolescentes chilenos en la misma situación. Es necesario promover esfuerzos intersectoriales para lograr reducir la brecha de jóvenes fuera del sistema escolar, con su consecuente efecto como factor protector de salud.
Salud Adolescente	La región presenta datos preocupantes en torno a salud de adolescentes, con una importante tasa de embarazo adolescente en población migrante, mucho de ellos en condición de riesgo biopsicosocial. Se recomienda realizar acciones miradas a fortalecer el programa de salud adolescente, especialmente a través de la afiliación de población sin previsión, la divulgación de información sobre el programa en espacios extramuros, especialmente escuelas diurnas y nocturnas, así como el fortalecimiento del enfoque intercultural en los espacios amigables presentes en las escuelas. Se recomienda promover la capacitación del personal en torno al programa, el derecho a acceso a salud de adolescentes sin adulto responsable después de los 14 años y el acceso a métodos anticonceptivos y de barrera. Promover derechos sexuales y reproductivos en población adolescente y joven independiente de su condición migratoria.

Región de O'Higgins	
Afiliación a salud	Promover iniciativas de afiliación a salud priorizando familias migrantes con NNA en sectores agrícolas, packing y entre trabajadores temporeros/as agrícolas en comunas urbanas y rurales de la región.
	Realizar acciones intersectoriales de afiliación a salud en jardines infantiles, escuelas y escuelas nocturnas, así como operativos con el sector agrícola en campamentos estacionales de recolección de fruta y verdura.
Barreras discrecionales	Fortalecer el enfoque de derechos y deberes enfatizando la probidad en el cumplimiento de las labores de funcionarios públicos. Sensibilizar sobre el derecho a salud de NNA migrantes y fiscalizar la aplicación impropia de barreras discrecionales como exigencia de autodenuncia y cobros indebidos.

Diagnóstico situación niñez	Se recomienda generar intervenciones específicas para comunas rurales cuya población migrante esté asociada a trabajos temporales. Coordinar acciones con empresas agrícola presentes en los territorios, juntas de vecinos y asociaciones locales en torno al fortalecimiento del enfoque de derecho, información en temas de trata de personas y capacidades sobre acceso a salud de NNA migrantes. Se recomienda utilizar los recursos disponibles en comunidades rurales con mayor cohesión social. Es necesario fortalecer los programas de enfermedades altamente presentes en comunidades rurales como Chagas e incorporar un enfoque intercultural a las intervenciones.
Necesidades asociadas a distribución de la población	A diferencia de otras regiones esta región presenta una población migrante mayoritariamente masculina y un porcentaje mayor de NNA migrantes en zonas rurales. Se recomienda fortalecer intervenciones miradas a población adulta masculina (extensión horaria y promoción de programas de salud del adulto) y coordinar intervenciones con niñez migrante en centros rurales de atención primaria. Según tramos etarios la Región presenta mayor presencia de niños migrantes en el tramo 0-2 años (lactantes). 1
Necesidades asociadas a colectivos específicos	La región, entre las estudiadas, es la que presenta mayor porcentaje de población haitiana, situación que exige fortalecer el rol de facilitadores interculturales y su incorporación en todas las prestaciones asociadas a niñez y adolescencia.
Salud Adolescente	La Región presenta brechas importantes en materia de inasistencia escolar y adolescentes migrantes que se encuentran trabajando. Según CENSO 2017 un 23,3% de adolescentes migrantes se encontraba trabajando v/s 19,9% de chilenos. Estos datos requieren de fortalecer los sistemas de protección de la infancia y adolescencia y coordinar acciones intersectoriales entre MINEDUC y salud, considerando el efecto de factor protector que tiene la escolarización sobre la salud.
Nutrición	Priorizar los casos de desnutrición por déficit que presentan cifras importantes en la región, especialmente en adolescentes, pero también en lactantes y niños en edad escolar. Garantizar el acceso a alimentación escolar (JUNAEB), retiro de leches y fortalecer programa de salud adolescente.
Barreras idiomáticas	Fortalecer la coordinación con facilitadores interculturales en intervenciones con colectivos no hispanohablantes, como el colectivo haitiano y con el programa PESPI para el trabajo con población boliviana quechua/aymara, especialmente en sectores rurales.
	Fortalecer el uso medios digitales, redes sociales, transmisiones youtube, Instagram, anuncios radiales, whatsapp en los idiomas presentes en el territorio para promover información sobre acceso y uso de programas de salud por parte de NNA migrantes.

Región Metropolitana	
Afiliación a salud	Realizar acciones intersectoriales de afiliación a salud en jardines infantiles, escuelas y escuelas nocturnas
	Realizar operativos de afiliación a salud en ferias, terminales de buses, sectores comerciales, campamentos y tomas
Necesidades asociadas a distribución de la población	La población migrante de la Región Metropolitana estaba liderada por la comunidad peruana, de más larga tradición y con más años de inserción en los sistemas sanitarios y educativos. Desde el año 2018 el colectivo más numeroso pasa a ser el colectivo venezolano, siendo la región con mayor presencia de niños, niñas y adolescentes migrantes en zonas urbanas. Perú, Venezuela y Colombia son las principales nacionalidades presentes entre los NNA migrantes en RM. Esto implica que aspectos como la movilidad cotidiana, el gasto de bolsillo y el tiempo tienen un mayor impacto como barrera de atención que en otras regiones. Se recomienda fortalecer las iniciativas miradas a reducir la asistencialidad de las prestaciones y generar intervenciones comunitarias en los territorios de mayor concentración de niñez y adolescencia migrante, aprovechando el consolidado establecimiento de programas como “Espacios Amigables” en centros educativos y la madurez de asociaciones presentes en el territorio como por ejemplo, el colectivo “Sin Fronteras”, especialmente dedicado a temas de niñez.
Asistencia Escolar	La región presenta desafíos importantes en términos de reinserción escolar de NNA migrantes, especialmente estos últimos (15-19 años) que en los datos REM aparecen más a menudo sin estudiar. Es necesario promover esfuerzos intersectoriales para lograr reducir la brecha de jóvenes fuera del sistema escolar, con su consecuente efecto como factor protector de salud.

5. BIBLIOGRAFIA GENERAL

- Álvarez A., García A. & Bonet M. (2007) Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cub Salud Pública*. 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013
- Arenas, F.; González, D.; Aliaga, G. (2009) La conurbación Rancagua-Machalí: transformaciones socioespaciales de una ciudad media. En: Chile: del país urbano al país metropolitano, p. 347-358.
- Benítez, A. & Velasco, C. (2019) Desigualdades en salud: brechas en acceso y uso entre locales e inmigrantes. En: Isabel Aninat & Rodrigo Vergara (Eds). *Inmigración en Chile. Una mirada Multidimensional*. Centro de Estudios Públicos-CEP y Fondo de Cultura Económica.
- Biblioteca del Congreso Nacional s/f Chile y la migración: los extranjeros en Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/siit/actualidad-territorial/chile-y-la-migracion-los-extranjeros-en-chile>
- Bravo Montero K. (2022) Caracterización de los migrantes venezolanos en situación de calle. Santiago de Chile: Fundación Gente de la Calle and Konrad Adenauer Stiftung.
- Cabieses, B., Bernal, M. & McIntyre AM. (2017) La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad del Desarrollo.
- Cernadas, P. C., García, L., & Salas, A. G. (2014). Niñez y adolescencia en el contexto de la migración: Principios, avances y desafíos en la protección de sus derechos en América Latina y el Caribe. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 22, 9-28.
- CIOMS (2016) Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas-CIOMS.
- CNEP (2020) Migración y Productividad en la Economía. Disponible en: <https://cnepe.cl/wp-content/uploads/2020/11/Migracion-Productividad-y-Economia.pdf>
- Correa, E. (2021). Programa para el cuidado de la salud y bienestar de familias migrantes internacionales en contextos de vulnerabilidad social en Chile. En: Cabieses, C., Obach, A. & Urrutia, C. *Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (pp. 319-44.). Universidad del Desarrollo.
- Di Iorio, J., Lenta, M. M., & Gueglio, C. (2021). *De la retórica a la gramática de la investigación con niñas, niños y adolescentes*. Sociedad e Infancias. 5, 121-132. <https://doi.org/10.5209/soci.71480>
- Frenz, P. & Vega, J. (2010) Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. First Global Symposium on Health Systems Research.

- Disponibile en:
https://www.healthsystemsresearch.org/hsr2010/images/stories/9coverage_with_equity.pdf
- Guerra, M. & Ríos, M. (2017) Embarazo como estrategia de regularización del estatus migratorio. Discursos de los trabajadores en salud en atención primaria. En: En Cabieses, B., Bernales, M. & McIntyre AM (Eds). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. (pp. 213-224). Universidad del Desarrollo.
- Hochschild, A. (2000) Global Care Chains and Emotional Surplus Value. En Cape, J. *On The Edge: Living with Global Capitalism*, (pp. 131- 146)
- INE (2021) Informe de resultados de la estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de Diciembre de 2021. Desagregación Nacional, regional y principales comunas. Instituto Nacional de Estadísticas- INE y Servicio Nacional de Migraciones. Octubre 2022.
- Kauffman, V. (2006). "Motilité, latence de mobilité et modes de vie urbains". En Bonnet, A & Aubertel, P. (Eds) *La ville aux limites de la mobilité* (pp. 223-233). PUF. https://www.puf.com/content/La_ville_aux_limites_de_la_mobilite%C3%A9
- Liberona, N., Romero M., Salinas, S. & Veloso, K. (2022) Tráfico de inmigrantes en las fronteras del norte de Chile: irregularización migratoria y sus resistencias. *Derecho PUCP* (89): 9-36.
- Liberona, N. & Pérez, C. (2022, 16 de Febrero) Un nuevo marcador social/racial para migrantes en Chile: del lienzo antimigrante a las pulseras del albergue Lobito. *Revista Común*. Disponible en: <https://revistacomun.com/blog/un-nuevo-marcador-social-racial-para-migrantes-en-chile-del-lienzo-antimigrante-a-las-pulseras-del-albergue-lobito/>
- Liberona, N. & Mansilla, M. (2017) Pacientes ilegítimo: Acceso a la salud de los inmigrantes indocumentados en Chile. *Salud Colectiva* 13(3): 507-520.
- Menéndez, E. (1993) Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En F. Mercado (Comp.) *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México* (pp. 130-162). México: Universidad de Guadalajara.
- MIDESOF 2021. REGIÓN METROPOLITANA POBLACIÓN EXTRAJERA RESIDENTE AL 31 DE DICIEMBRE 2020. Disponible en: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Poblacion_Extranjera_RM.pdf
- MIDESOF 2021. REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO ÍNDICE DE PRIORIDAD SOCIAL DE COMUNAS 2022. https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/Poblacion_Extranjera_RM.pdf
- Morales, A. & González, J. (2022, 7 de noviembre) Política Migratoria: Un balance. *CIPER Chile*. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2022/11/07/politica-migratoria-un-balance/>

- MINSAL (2015) Política de Salud de Migrantes Internacionales. Ministerio de Salud - Fonasa - Superintendencia de Salud, Chile.
- OIM. (2019). *Términos fundamentales sobre migración*. International Organization for Migration. <https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobre-migracion>
- Ortega, H. (2022) Crisis Migratoria en Iquique: una mirada desde la ética médica. *Cuad Méd Soc* 62(1): 93-97
- Oyarte, M., Cabieses, B. & Delgado, I. (2017) Egresos hospitalarios en Chile: Análisis comparativo entre migrantes internacionales y población local. En: Cabieses, B., Bernal, M. & McIntyre AM (Eds). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. (pp. 181-212). Universidad del Desarrollo.
- Patton M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Reyes, Matías, et al. Trayectorias residenciales de hogares inmigrantes que habitan en campamentos. Estudio de casos en las comunas de Lampa y Maipú, Región Metropolitana, Chile. *Revista de Geografía Norte Grande*, 2022, no 81, p. 15-34.
- Rodríguez, T. (2023, 16 de Febrero) La Región de Tarapacá presenta fuerte aumento de campamentos. El diario Inmobiliario. Disponible en: <https://eldiarioinmobiliario.cl/sin-categoria/la-region-de-tarapaca-presenta-aumento-de-campamentos/>
- Tanahashi T. (1978) Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 56(2):295-303
- Tortajada, M. B. E., Torres, F. C. i, Cámara, A. M. N., & Puig, M. S. (2021). Aportes reflexivos para la investigación con las infancias. Corresponsabilidad en el avance de su participación. *Sociedad e Infancias*, 5(Especial), Article Especial. <https://doi.org/10.5209/soci.71444>
- UNICEF. (2022). Uprooted: The growing crisis for refugee and migrant children [Internet]. New York: UNICEF; 2016 [citado 11 de octubre de 2022] p. 140. Disponible en: <https://www.unicef.org/reports/uprooted-growing-crisis-refugee-and-migrant-children>.
- Urrutia Pérez, C., Correa-Matus, E., Cabieses Valdés, B., & Obach King, A. (2022). ¿Qué es lo cultural del encuentro intercultural de atención de salud de poblaciones migrantes internacionales en Chile? Algunas reflexiones antropológicas. *CUHSO* (Temuco), 32(1), 493-513.
- Vásquez, L., Ferreira, R., Mogollón, A., Fernández, J. Delgado E. & Vargas, I. (2011) Introducción a las técnicas cualitativas de investigación. Aplicadas en Salud. Universidad del Valle. Programa Editorial.
- Vega J, Solar O, Irwin A. (2005) Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue L, Marin, F. M, (Eds) *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. (pp. 9-18) Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES).
- Victorino, F. C., Herrera M., T., Victorino, F. C., & Herrera M., T. (2017). La tuberculosis en Chile: Situación epidemiológica y avances del Programa Nacional de Control y

Eliminación 2017. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(4), 320-324.
<https://doi.org/10.4067/S0717-73482017000400320>

Yeates, N. (2012). Global care chains: A state-of-the-art review and future directions in care transnationalization research. *Global Networks*, 12(2), 135-154.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0374.2012.00344.x>

