

SISTEMATIZACIÓN
1^{ER} ENCUENTRO PARTICIPATIVO DE
ADOLESCENTES Y JÓVENES MIGRANTES EN SALUD

Programa Nacional Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
Departamento Ciclo Vital
División Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

[INFORME SISTEMATIZACIÓN]

1er ENCUENTRO PARTICIPATIVO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES MIGRANTES EN SALUD



Colaboradores:



MINISTERIO DE SALUD DE CHILE
Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Ciclo Vital
Programa Nacional Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Todos los derechos reservados.

Dentro de este documento, se buscó intencionalmente hacer un uso genérico de palabras para referirse a los distintos géneros a la vez, con el fin de no hacer discriminación, buscando facilitar una lectura fluida del documento, de acuerdo a denominación amparada por la Real Academia Española, pero también siguiendo las recomendaciones de la "Orientación para un uso de lenguaje no sexista e inclusivo" del MINEDUC.

Responsable Técnico Ministerio de Salud

<p>Sylvia Santander Rigollet Médico Cirujano. MSc. Psicología de la Adolescencia. PhD. en Educación. Jefa División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Bárbara Leyton Cárdenas Enfermera Jefa Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>
<p>Editor y coordinador iniciativa</p>
<p>Felipe Nayip Hasen Narváez Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Departamento Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades.</p>

Profesionales Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

<p>Macarena Valdés Correa Enfermera Encargada Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Cettina D'Angelo Quezada Matrona Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades.</p>
<p>Paula Maureira Martínez Enfermera Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.</p>	<p>Felipe Nayip Hasen Narváez Antropólogo Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Departamento Ciclo Vital. División Prevención y Control de Enfermedades.</p>
	<p>Alejandro Gallegos Cárdenas Psicólogo Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Depto. de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades.</p>

Equipo externo sistematizador y facilitador

<p>Alexandra Obach, PhD. Programa de Estudios Sociales en Salud. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.</p>	<p>Báltica Cabieses, PhD. Programa de Estudios Sociales en Salud. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.</p>
<p>Pascale Bussenius. Programa de Estudios Sociales en Salud. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.</p>	<p>Camila Sepúlveda, MSc. Programa de Estudios Sociales en Salud. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.</p>
<p>Eliana Correa. Programa de Estudios Sociales en Salud. Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.</p>	

Iniciativa financiada por el Ministerio de Salud de Chile, a través de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), Subsecretaría de Salud Pública (<https://diprece.minsal.cl/>) y ejecutado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, en conjunto con el Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

El análisis, las recomendaciones normativas y la presentación del material en este informe, que responde a la sistematización del 1er Encuentro Participativo de Adolescentes y Jóvenes Migrantes en Salud, no necesariamente representan o compromete la opinión del Ministerio de Salud de Chile.

Se prohíbe la reproducción del material contenido en este producto informativo para venta u otros fines comerciales. Las peticiones para obtener autorización de uso deberán dirigirse al Ministerio de Salud de Chile, Monjitas 565, Piso 7, Santiago, Chile. Se agradece otorgar reconocimiento a la institución, los autores y/o fotógrafos en cuestión, y de recibir notificación del material reproducido y de su uso.

Todas las imágenes de esta publicación han sido reproducidas con el conocimiento y consentimiento previo de los involucrados en cuestión. Se han realizado todos los esfuerzos para asegurar que ningún involucrado directo en el registro visual, se vea perjudicado debido al no conocimiento del uso de su imagen.

Cita sugerida: Ministerio de Salud (2020). 1er encuentro participativo de adolescentes y jóvenes migrantes en salud.

Informe de Sistematización.

1er ENCUENTRO PARTICIPATIVO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES MIGRANTES EN SALUD.

Coordinador técnico de la iniciativa MINSAL:
Felipe Hasen.

Equipo de apoyo MINSAL:
Macarena Valdés, Cettina D'Angelo, Alejandro Gallegos,

Edición:
noviembre, 2019

Sistematizadoras y equipo de apoyo externo:
Alexandra Obach,
Báltica Cabieses,
Pascale Bussenius,
Camila Sepúlveda,
Eliana Correa

Diseño y diagramación:
Paola Rivera

Fotografías:
Felipe Hasen N.
Alejandro Gallegos

Revisión final:
Dra. Sylvia Santander R.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a cada uno de los y las adolescentes y jóvenes que participaron activamente en este encuentro.

Agradecemos al equipo de profesionales del Programa de Estudios Sociales en Salud, correspondiente a la Facultad de Medicina Clínica de Universidad del Desarrollo. Especialmente a Alexandra Obach y Báltica Cabieses por dar apoyo técnico y metodológico a esta experiencia.

Agradecemos a los municipios que, a través de sus profesionales, hicieron innumerables y valiosas gestiones, facilitando la realización de este encuentro, con un enorme compromiso y disposición de trabajo conjunto.

Agradecemos a la Ilustre Municipalidad de Santiago, a través de la profesional Fabiola Giménez, de la Unidad Técnica de Migrantes y Salud, y al profesional Javier Castillo, encargado de Promoción y Participación de la Subdirección de Gestión Sanitaria.

Agradecemos a la Ilustre Municipalidad de Recoleta, a través de la profesional Delia Curahua, encargada de la oficina de Migración, y del profesional Pablo Cisterna, encargado de Asuntos Estudiantiles y Formación Política.

Agradecemos a la Ilustre Municipalidad de Independencia, a través del profesional Carlos Muñoz, encargado de la Oficina de Migración.

Agradecemos a cada uno de los establecimientos educacionales que permitieron la participación de sus alumnos y alumnas en este encuentro.

Agradecemos a Mariela Cortés, Oficial de Enlace del Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA CHILE, por el apoyo y la disposición a participar activamente durante la realización del encuentro. Agradecemos a la Defensoría de la Niñez, a través la profesional Catalina Vacarezza, psicóloga de la Unidad de Protección de Derechos y Representación Judicial de la Defensoría de la Niñez.

Por último, agradecer a todos los referentes del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, por seguir abriendo y potenciando los espacios de participación a los adolescentes y jóvenes en temas de salud, incentivando un adecuado marco de comunicación, diálogo y trato horizontal con este grupo de la población.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL EN LOS QUE SE BASA LA EXPERIENCIA.	13
1.1 Modelo de determinantes sociales de la salud.	13
1.2 Participación social en salud.	16
1.3 Enfoque de derechos humanos.	17
1.4 Salud en todas las políticas.	18
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	19
CAPÍTULO 3: REVISIÓN DE LITERATURA.	21
3.1 Descripción general.	21
3.2 Metodología	22
3.3 Resultados	23
3.3.1. Barreras de acceso al sistema de salud para migrantes.	24
3.3.1.1. Barreras idiomáticas.	24
3.3.1.2. Barreras de acceso a salud mental.	24
3.3.1.3. Falta de documentación como barrera.	25
3.3.1.4. Barreras de acceso a la información.	26
3.3.1.5. Barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva.	26
3.3.1.6. Barreras de acceso a la prevención y tratamiento de VIH/SIDA.	27
3.3.1.7. Barreras de acceso vinculadas al origen étnico-racial.	27
3.3.1.8. Barreras de acceso vinculadas a normas culturales.	28
3.3.1.9. Barreras de acceso a salud dental.	29
3.3.2. Facilitadores de acceso al sistema de salud para migrantes.	31
3.3.2.1. Experiencias de programas intersectoriales.	31
3.3.2.2. Uso de tecnología como facilitador.	32
CAPÍTULO 4: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A ADOLESCENTES.	33
4.1. Introducción	33
4.2. Metodología de aplicación de la encuesta.	33
4.3. Resultados	34
4.3.1 Datos sociodemográficos.	35
4.3.2. Antecedentes del proceso migratorio.	37
4.3.3. Experiencia del grupo de adolescentes en el sistema de salud.	40
4.3.4. Salud en adolescentes migrantes.	42
4.3.5. Conclusiones.	45
CAPÍTULO 5: SISTEMATIZACIÓN DE ENTREVISTAS GRUPALES.	47
5.1 Percepción de barreras y facilitadores para el acceso a la atención de salud en adolescentes migrantes.	47
5.1.1. Barreras para el acceso a la atención de salud.	47
5.1.2. Facilitadores para el acceso a la atención de salud.	57
5.1.3. Requerimientos de adolescentes migrantes hacia el sistema de salud público.	60
5.2. Conclusiones de las entrevistas grupales.	64

CAPÍTULO 6: ANÁLISIS DEL TALLER SOBRE SALUD PARA ADOLESCENTES MIGRANTES.	66
CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES	70
7.1. Información sobre el sistema de salud y mecanismos de inscripción.	70
7.2. Maltrato y discriminación por parte de personal de salud hacia adolescentes migrantes.	71
7.3. Acceso a salud sexual y reproductiva.	72
7.4 Acceso a salud mental.	72
ANEXOS	80
Anexo 1: Cuestionario Aplicado a Adolescentes	80
Anexo 2: Pauta de entrevistas grupales.	85
Anexo 3: Flujograma de búsqueda evidencia bibliográfica.	88
Anexo 4: Registro fotográfico.	89
BIBLIOGRAFÍA	91



INTRODUCCIÓN

En el panorama migratorio del Chile actual, surge la necesidad de indagar en la realidad del grupo de adolescentes migrantes en el país, principalmente en lo que respecta a sus necesidades en salud, identificando las vías culturalmente pertinentes para su atención. La iniciativa presentada a continuación, corresponde a un esfuerzo por visibilizar sus necesidades en salud de estos adolescentes en particular, con un enfoque de participación y de derechos humanos, ya que se hace indispensable indagar en la realidad desde sus propias experiencias y percepciones, considerando sus especificidades y diversidades desde la que se componen los colectivos migrantes de origen.

El presente documento corresponde a la sistematización del **"1º Encuentro Participativo de Adolescentes y Jóvenes Migrantes en Salud"**, organizado y convocado por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, desarrollado durante el mes de agosto del año 2019. En él se presenta el marco conceptual que guía el trabajo presentado; una revisión de literatura nacional e internacional sobre adolescentes migrantes y salud; la metodología desde la cual se llevó a cabo el encuentro de participación; los resultados de la encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes del encuentro; la sistematización de las entrevistas grupales realizadas durante el encuentro; y finalmente las recomendaciones que emanan a partir de los materiales recién enumerados.

¿Por qué surge la necesidad de realizar el Primer Encuentro Participativo de Adolescentes y Jóvenes Migrantes en Salud?

Este primer encuentro desarrollado desde el Ministerio de Salud (en adelante MINSAL) y enfocado en población adolescente y joven migrante, se desarrolla en un contexto nacional marcado por un crecimiento sostenible en la migración internacional durante los últimos 20 años.

De acuerdo a datos de extranjería, a diciembre del año 2018 se estima que el número de inmigrantes en Chile es de 1.251.225 personas, representando el 6,6% de la población total del país, siendo

Venezuela, Perú, Haití y Colombia los principales países de origen de esta población. Mientras que, de acuerdo a los datos del CENSO del año 2017, del total de población adolescente del país, un 3% corresponde a adolescentes nacidos fuera del territorio nacional.

Los y las adolescentes pertenecientes al colectivo de inmigrantes internacionales, es una población relativamente poco estudiada tanto a nivel local como extranjero. La mayoría de los estudios sobre migración se han centrado principalmente en torno a migración masculina y mujeres migrantes, adultos. Recién en la última década se ha puesto el foco en la migración de adolescentes, entendiendo a este grupo como actores relevantes de este proceso y que lo experimentan de manera particular.

Existen una serie de dinámicas y problemáticas particulares de este grupo social que han sido en su mayoría invisibilizadas y que les impactan en diversos niveles, tanto social, como cultural, financiero, político, y psicológico. Junto con esto, se identifican una serie de barreras de acceso al sistema de salud por parte de adolescentes migrantes, que, en algunos casos, se corresponden con las presentes en la población adolescente nacional u otros colectivos, pero con características específicas para la población migrante.

Este trabajo, se organizó y coordinó desde el equipo técnico del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, en conjunto con los encargados de migración de las Municipalidades de Santiago (Fabiola Gimenez y Javier Castillo), Recoleta (Carlos Muñoz) e Independencia (Pablo Cisterna). Además de contar con el apoyo metodológico del Programa de Estudios Sociales en Salud de la Universidad del Desarrollo, a cargo de las académicas Alexandra Obach y Báltica Cabieses.

Esta primera experiencia piloto, permitió promover la creación de propuestas relacionadas con la promoción, prevención y acceso a servicios de salud de adolescentes migrantes, centrando el trabajo de diagnóstico en base a tres elementos centrales:

- 1) Las principales barreras a las que se enfrenta el grupo de adolescentes migrantes para acceder a una atención de salud integral;
- 2) Los principales requerimientos hacia el sistema de salud, desde la visión del grupo de adolescentes migrantes, y;
- 3) Las adecuaciones que el propio grupo de adolescentes migrantes recomiendan para que las políticas públicas, relacionadas a la salud, sean pertinentes y respetuosas de la diversidad cultural.

En la ocasión, se contó con la presencia y las palabras iniciales de Catalina Vacarezza, representante de la Defensoría de la Niñez, y de Mariela Cortes, representante en Chile del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), quienes dieron un importante reconocimiento a esta actividad y sus proyecciones a futuro.

Al respecto, Mariela Cortés planteó que:

"UNFPA trabaja firmemente junto al MINSAL, respecto a temas tan sensibles como Salud Sexual y Reproductiva, prevención del VIH, embarazo adolescente, métodos anticonceptivos y prevención de la violencia en el pololeo, invitando a los adolescentes migrantes a que expongan sus dudas y propuestas, para

que hagan oír sus voces y que las políticas públicas orientadas a adolescentes y jóvenes no sean definidas desde el mundo adulto, sino que los adolescentes también tengan un rol activo”.

Mientras que Catalina Vacarezza, refirió que:

“Hace más de 30 años Chile ratificó la Convención de Derechos del Niño, sin embargo, hace pocos años recién se está logrando un cambio de paradigma en la sociedad, planteándose temáticas orientadas hacia un enfoque de derechos en este grupo de la población, esperando que todos los adultos traten a todos los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho”.

De esta forma, tanto la Defensoría de la Niñez como UNFPA, reconocieron la labor ejercida por el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (en adelante Programa Nacional) respecto al grupo de adolescentes migrantes, desde un enfoque de no discriminación y enfoque de derechos.

De esta forma, el Programa Nacional entiende que los enfoques con que se observan, viven y representan las realidades adolescentes y juveniles, definen en buena medida cómo se establecen los vínculos con este grupo de la población. Por ello, es sumamente importante diseñar estrategias de acción con y para adolescentes migrantes, en donde todos los actores sociales dialoguen de manera horizontal, respecto a la identificación de problemáticas y formulación de soluciones, superando en conjunto la función de la participación como un elemento mediático y artificial, para llevarlo hacia un elemento estratégico real de política pública.

Finalmente, de este trabajo participativo se deriva una fase posterior, en donde la información obtenida fue sistematizada, para posteriormente ser presentada a los participantes, público objetivo e instituciones vinculadas, como parte del proceso de retroalimentación que permita el mejoramiento de las próximas experiencias.

Además, se espera poder rescatar información etnográfica importante que aporte a la construcción de material institucional con pertinencia cultural (documentos técnicos, orientaciones, planes, buenas prácticas, estrategias comunicacionales, etc.).



CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL EN LOS QUE SE BASA LA EXPERIENCIA.

1.1 Modelo de determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son definidos como aquellas condiciones y contextos sociales en que las personas se desarrollan y que impactan en su nivel de salud. Estos determinantes sociales son posibles de intervenir a través de políticas públicas y, por esta razón, han adquirido enorme relevancia a nivel mundial en las últimas décadas (1). El modelo de determinantes sociales de la salud puede ser dividido en cuatro dimensiones que van desde lo macro hasta lo micro: estructural y de políticas; condiciones laborales y de vida; factores sociales y comunitarios, y factores individuales o proximales.

En este contexto, existe consenso en la comunidad internacional sobre el reconocimiento de la migración como un determinante social de la salud, siendo un proceso dinámico y cambiante que va más allá de la variable biológica e incluye cambios en el estilo de vida, condiciones del medio social y comunitario, lo socioeconómico, político y estructural, así como lo ambiental. Estos cambios, que implican dificultades para integrarse a nuevos estilos de vida y ambientes, generan también mayores vulnerabilidades y riesgos para la salud de las personas migrantes, sus familias y las comunidades que les reciben. Para efectos prácticos, la Organización Internacional para las Migraciones define como migrante a cualquier persona que se mueve o que se ha movido a través de una frontera internacional o dentro de un Estado, lejos de su lugar habitual de residencia, sin importar (i) el estatus legal de la persona; (ii) si el movimiento es voluntario o involuntario; (iii) cuáles son las causas del movimiento; o (iv) cuál es la duración de la estadía en el país de destino (2).

Las personas migrantes pueden estar expuestas a riesgos de salud en todo el ciclo migratorio. Según Van Der Laet (3) (4), basado en el perfil del migrante de la región, se registra que, en su

mayoría, quienes migran son personas jóvenes y saludables. Sin embargo, lejos de su contexto cultural, familiar y comunitario, y en ocasiones dado a condiciones impuestas desde las comunidades de destino, las personas migrantes suelen cambiar su comportamiento y adoptar nuevas prácticas, asumen nuevos riesgos para su salud sexual y reproductiva, pueden ser más vulnerables al alcoholismo y uso de drogas, sufren cambios alimentarios y se ven obligados a permanecer en espacios sin condiciones adecuadas de saneamiento, agua potable, entre otros.

Junto a lo anterior, en muchos países se reporta el limitado acceso a servicios de salud básicos, agravado por barreras culturales y lingüísticas que aumentan la vulnerabilidad para la población. También, en algunos casos, hay desconocimiento del propio migrante sobre sus derechos, maximizando el miedo a las autoridades y sociedad en general, posibilitando así explotación y discriminación.

Además, las personas migrantes también son víctimas de robos, asaltos, abusos sexuales, violencia física y mental, estafas por parte de traficantes y explotadores, todos elementos que determinan la alta peligrosidad de la ruta migratoria (3) (4). Además de los perjuicios físicos, la migración tiene importante influencia sobre afecciones relacionadas a la salud psicosocial. Tal como han afirmado diversos autores (5), el choque cultural que acompaña a menudo al primer contacto con un nuevo sistema sociocultural puede ser psicológicamente complejo e implicar mucho más que la simple negación de acceso a los servicios sanitarios y sociales locales. Por lo tanto, la integración social es un proceso complejo, donde la migración se trata de un proceso cargado de aspectos psicológicos y psicosomáticos que permanecen poco comprendidos, y aún peor afrontados, por los países receptores (6).

Desde lo anterior, el modelo de determinantes sociales de la salud, cruzado con las trayectorias de las personas migrantes, puede ser esquematizado como se presenta en la siguiente figura 1:

Figura 1. Descripción de determinantes sociales de la salud relacionados a la migración internacional.



1.2 Participación social en salud.

La participación puede entenderse como la capacidad de distintos actores sociales de organizarse, movilizar recursos y desarrollar acciones con el fin de incidir en las decisiones que les afectan. Esta puede ser un proceso individual o colectivo e involucrar al conjunto de la ciudadanía o a grupos organizados de la comunidad.

La participación social en salud, es un enfoque esencial para que la toma de decisiones de una sociedad sobre qué decide priorizar o no, sean legítimos y transparentes, sobre todo en vista de las sociedades democráticas en las que la participación social y la responsabilidad pública son fundamentales. Además, permite restaurar la confianza hacia las instituciones, fomentar la democracia participativa y la responsabilidad pública, y asegura decisiones costo-efectivas en el sistema de salud. La participación social, apoya el establecimiento de políticas e iniciativas que incorporan las ideas de la sociedad civil y abordan sus inquietudes, mejorando los servicios de salud y de esta forma los resultados de salud de la población (7).

Desde hace algunas décadas, una serie de iniciativas comenzaron a fomentar e incentivar la participación en salud en Chile. En el año 2006, se lanzó la agenda pro participación ciudadana, estableciendo el derecho a las personas de participar en procesos de interés público. Mientras que, en el año 2009, el Ministerio de Salud estableció una Norma General de Participación Ciudadana que se actualizó con una última versión en el año del año 2015 (Res. Ex. N° 31).

A través de estos instrumentos administrativos, se ha establecido que las personas y las organizaciones tienen derecho a participar de políticas públicas, planes, programas y acciones, además de que los Órganos de la Administración del Estado deberán poner en conocimiento público información relevante acerca de sus políticas, planes, programas, acciones y presupuestos.

En el 2014, se genera una nueva Agenda Pro Participación ciudadana que amplía la definición de participación ciudadana, considerando que las instancias de debate entre la ciudadanía y el Estado son fundamentales y prácticas en tanto deben traducirse en el co-diseño y elaboración de políticas públicas. En el año 2015, se genera un documento en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que define el rol e importancia de la participación en este nivel de atención, señalando incluso que la participación puede ser considerada como un determinante social de la salud.

Por su parte, el Programa Nacional ha priorizado desde el año 2009 la implementación de espacios de participación y co-diseño de políticas públicas en salud, en conjunto con adolescentes y jóvenes a lo largo de todo el país, a través de metodologías que permiten espacios horizontales de diálogo, como lo son, por ejemplo, los Consejos Consultivos, bajo Resolución Exenta N°65 del Ministerio de Salud (8). En el marco de esa instancia, es que se ha dado como tarea a cada uno de los referentes de programa en las SEREMIs y Servicios de Salud, la conformación de los Consejos Consultivos Regionales como órganos participativos que incide en la gestión pública, a través de procesos inclusivos y democráticos, convocando a la mayor cantidad posible de organizaciones afines a temáticas de salud de esta población.

Esto ha permitido mejorar el acceso y la calidad de servicios diferenciados, integrados e integrales, especialmente desde el nivel primario de atención, respondiendo a las necesidades de salud actuales del grupo de adolescentes y jóvenes, con enfoque de determinantes sociales, género y pertinencia cultural.

Estas experiencias participativas sin duda resultan del esfuerzo conjunto de los diversos profesionales del sistema de salud, la sinergia del trabajo intersectorial y de la incorporación de la voz y participación del grupo de adolescentes y jóvenes beneficiarios. Participación que se torna clave en la identificación de las formas más pertinentes de cubrir sus necesidades en salud, junto con monitorear y evaluar el impacto de las prestaciones y políticas dirigidas a este grupo.

La base de este diálogo es una reflexión colectiva que pretende superar las tensiones existentes siempre en los diálogos intergeneracionales, derivados generalmente del tipo de conceptualización y prejuicios que utilizan tanto jóvenes como adultos cuando nos referimos unos a otros.

En este contexto, el Programa Nacional entiende que es sumamente importante seguir fortaleciendo estrategias de acción con y para adolescentes y jóvenes, superando en conjunto la función de la participación como un elemento mediático y artificial, para llevarlo hacia un elemento estratégico real de co-diseño de políticas públicas.

1.3. Enfoque de derechos humanos.

El enfoque de derechos humanos es un marco conceptual basado en la dignidad intrínseca de todos los seres humanos (9). Nace en 1948 en el contexto post Segunda Guerra Mundial desde la Comisión de los Derechos Humanos de la ONU en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado de Las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (10).

“Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana”.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece la articulación más completa al reconocer “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Por su parte, la ONU explicita que el efectivo ejercicio del derecho a la salud es un elemento clave para poder potenciar los otros derechos humanos.

En este contexto, la actual Política de Salud de Migrantes Internacionales (9) está orientada en el mismo sentido, en tanto se debe “propiciar avances sostenibles en el tiempo, analizando y abordando las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder arbitrarias, que se traducen en barreras de acceso para que las personas migrantes y sus familias puedan ejercer su derecho a la salud”. De este modo, el acceso a la salud por parte de la población migrante es un derecho que debe ser respetado, protegido y promulgado por los Estados (9).

Los componentes específicos del derecho a la salud hacia toda la población, incluyen:

Disponibilidad: un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, así como de programas.

Accesibilidad: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad), accesibilidad de la información.

Aceptabilidad: respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, que tengan en cuenta la edad y el género.

Calidad: adecuados desde el punto de vista científico y médico.

Además, se debe promover la equidad en la concreción de estos componentes específicos, tomando en cuenta que la población es heterogénea y que algunos grupos son más vulnerables que otros. En este sentido la población migrante es más vulnerable que otros sectores de la población.

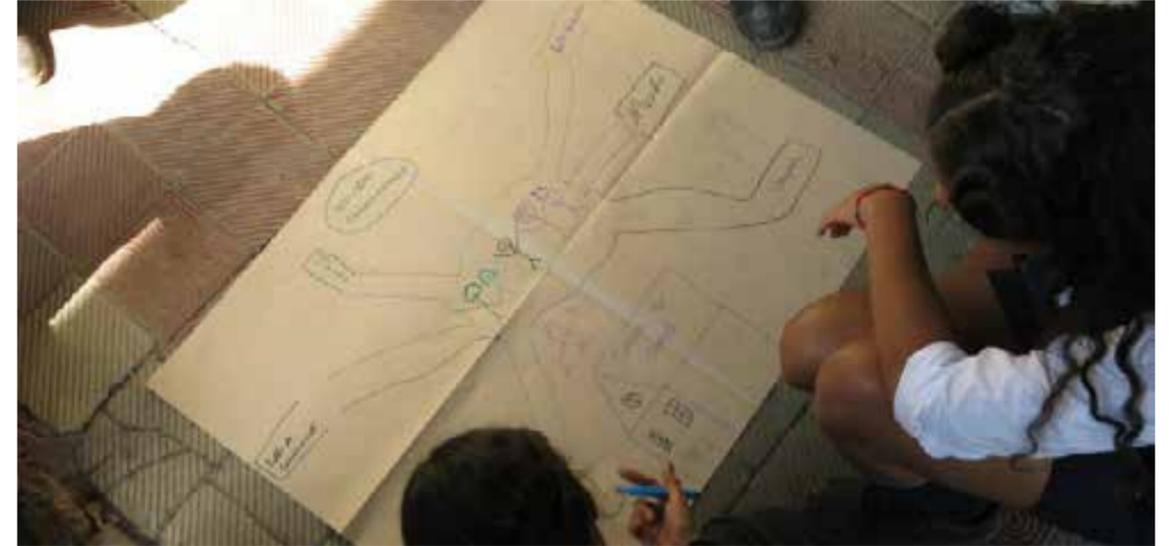
Poniendo la mirada en nuestro país sobre salud, derechos humanos y población migrante, Chile ha ratificado adherirse a una serie de recomendaciones internacionales emanadas de distintas políticas internacionales, declaraciones y consultas globales que han sido incluidas en la creación de la Política de Salud de Migrantes Internacionales del Ministerio de salud de Chile, según la cual:

“Todos estos instrumentos destacan la importancia de promover la salud de los migrantes, avanzando desde una mirada humanitaria a un entendimiento de su incorporación como parte del fortalecimiento de los sistemas de salud y la implementación de la cobertura de salud universal, y exhortan a los países a tratar este tema con un enfoque de derechos humanos, con perspectiva de salud pública, y acceso equitativo a la atención de salud, no importando la situación migratoria y de manera integral e inclusiva” (9).

1.4 Salud en todas las políticas.

El enfoque de Salud en Todas las Políticas (SeTP) es un término que fue acuñado en el año 2006, durante la segunda presidencia de Finlandia en la Comunidad Europea, el cual intenta proporcionar soluciones prácticas a tomadores de decisiones para mejorar la salud y equidad (11). Ha sido definido por la OMS como un enfoque que toma en cuenta en forma sistemática el impacto de las decisiones en la salud y los sistemas de salud, buscando sinergias y evitando impactos negativos en la salud.

El enfoque de SeTP se sustenta en los derechos humanos relacionados con la salud y las obligaciones derivadas, enfatiza las consecuencias de las políticas públicas en los determinantes sociales de la salud y aspira a mejorar la responsabilidad de los tomadores de decisiones respecto al impactos que ellos pueden generar en salud en todos los niveles (12). En otras palabras, este enfoque pone en relevancia la visión sistémica de la creación de las políticas públicas y cómo se afectan unas con otras.



CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA.

El “1^{er} Encuentro Participativo de Adolescentes y Jóvenes Migrantes en Salud” correspondió a una jornada de un día de duración, realizada el día 20 de agosto del año 2019 en el Ex Hospital San José, ubicado en la comuna de Independencia, Región Metropolitana.

El grupo participante en la jornada fue de 33 adolescentes migrantes o pertenecientes a familias en situación de migración¹ que cursan entre 8^o básico y 3^o medio de establecimientos educacionales de las comunas de Independencia, Recoleta y Santiago.

La jornada se desarrolló mediante una modalidad práctica, donde se llevaron a cabo diversas metodologías, con el fin de lograr los objetivos propuestos. Estas fueron las siguientes:

* **Aplicación de encuesta** al grupo de adolescentes migrantes asistentes a la jornada, con el objetivo de realizar un diagnóstico de la opinión de éste grupo sobre el sistema de salud en Chile.

* **Entrevistas grupales con adolescentes migrantes:** se realizó un total de dos entrevistas grupales con el grupo de adolescentes participantes. En la primera entrevista grupal, se buscó indagar en las barreras de acceso para atención de salud integral, conocimiento respecto al sistema de salud, así como el uso y la experiencia dentro de los centros de salud. La segunda entrevista grupal, tuvo como objetivo identificar los principales requerimientos de adolescentes migrantes hacia el sistema de salud y recomendaciones de adecuaciones a las políticas públicas relacionadas a la salud integral pertinentes y respetuosas de la diversidad cultural.

Para ambas entrevistas, con distintos objetivos, se dividieron a los y las adolescentes en cinco grupos en total, cada uno de ellos moderado por un integrante del equipo a cargo de la jornada, con el objetivo de lograr una conversación fluida y un intercambio de opiniones respecto a los temas a tratar, dentro de un ambiente de confianza y seguridad.

1- Al hacer esta distinción, nos referimos a adolescentes nacidos en Chile, pero que pertenecen a familias (madres o padres) que aún se encuentran en situación migratoria irregular.

* **Entrevistas grupales con docentes de establecimientos educacionales participantes:** se realizó un total de dos entrevistas grupales con el grupo de docentes que acompañaron a los y las adolescentes al encuentro. En la primera entrevista grupal se buscó indagar en las barreras de acceso para atención de salud integral para adolescentes migrantes, percibidas desde la realidad de los docentes y sus aulas educativas. La segunda entrevista tuvo como objetivo identificar las principales necesidades de adolescentes migrantes hacia el sistema de salud y recomendaciones de adecuaciones a políticas públicas relacionadas a la salud integral, pertinentes y respetuosas de la diversidad cultural, desde la visión de los establecimientos educacionales y sus docentes.

* **Taller participativo 1:** Esta instancia tuvo como objetivo el identificar las principales necesidades y demandas hacia el sistema de salud en relación a la salud física, emocional y mental, por parte de los adolescentes participantes. En esta actividad, a modo de incentivo para la discusión posterior, se expuso un video vinculado al tema de las barreras que enfrentan los y las adolescentes en salud y luego se procedió a conversar en torno a una serie de preguntas vinculadas a las barreras y necesidades que enfrentan en el sistema de salud. Finalmente, se realizó un ejercicio de imaginación para sensibilizar a los adolescentes con su experiencia frente al sistema de salud y para que luego cada uno escribieran en papeles, de forma anónima, sus necesidades en salud, lo que les gustaría pedirle al sistema de salud y las preguntas que les gustaría hacerle a los profesionales de la salud, depositando sus respuestas en una caja secreta.

* **Taller participativo/informativo 2:** El segundo taller, correspondió a una clase expositiva a cargo de la investigadora y académica en temas de salud, migración y adolescencia, Báltica Cabieses, respecto al acceso y uso del sistema de salud por parte de adolescentes extranjeros. En esta instancia, el grupo participante tuvo la oportunidad de responder sus dudas acerca de los servicios disponibles para la atención de este grupo etario, en conjunto con los funcionarios del MINSAL.



CAPÍTULO 3: REVISIÓN DE LITERATURA.

3.1 Descripción general.

En este capítulo, se presenta la revisión de literatura respecto a experiencias de otros países del mundo sobre el acceso al sistema de salud por parte de la población adolescente migrante. La revisión, tiene como objetivo entregar antecedentes nacionales e internacionales respecto a las barreras que enfrentan adolescentes migrantes para el acceso al sistema de salud, con el fin de guiar la construcción de las políticas públicas dirigidas a este grupo desde el Ministerio de Salud.

Al respecto, la literatura internacional y nacional da cuenta de las múltiples barreras que enfrentan adolescentes migrantes al atenderse en el sistema de salud de los países receptores. Las principales barreras identificadas son: idiomáticas, falta de información sobre los servicios, falta de documentación, barreras en el acceso a salud mental, barreras de acceso a salud sexual y reproductiva, barreras de acceso a tratamiento y prevención de VIH/SIDA, barreras vinculadas a la raza y a las normas culturales, entre otras. La evidencia ha mostrado que la presencia de dichas barreras genera peores resultados en salud por parte de personas migrantes, lo cual ha llevado a un menos uso y acceso a la atención de salud (13). Sumado a esto, los adolescentes constituyen un grupo etario que ha sido sistemáticamente invisibilizado por las políticas públicas, situación que se acrecienta aún más para el caso de quienes son migrantes (14).

Tanto en el resto de América Latina como en Chile, existe escasa literatura que aborde esta temática, por este motivo el presente informe permite responder al vacío de conocimiento actual y consti-

tuirse como un insumo respecto a las barreras que enfrenta este grupo de adolescentes migrantes en el acceso a salud.

A continuación, se presenta la metodología usada para la revisión de literatura, la cual incluyó búsqueda en una base de datos y la revisión de artículos recomendados por expertos. Además, se presentan los resultados de la revisión de literatura, la cual está ordenada en torno a las barreras y facilitadores para el acceso a salud.

3.2 Metodología.

A) Respecto a los artículos recomendados por expertos:

Se revisaron 4 artículos y documentos recomendados por dos expertas en la temática, quienes han elaborado proyectos vinculados a barreras en el acceso a salud de adolescentes, migración internacional y atenciones en salud a personas migrantes. Esta primera revisión permitió revisar literatura que no se encuentra indexada en PubMed/Medline y también identificar palabras clave y temáticas específicas, que guiaron la búsqueda de literatura en base de datos.

B) Respecto a la búsqueda en bases de datos PubMed:

En septiembre de 2019, se realizó una búsqueda en la base de datos de PubMed/Medline, a partir de palabras claves que fueron identificadas en la literatura recomendada por expertos/as.

En referencia a la situación de migración de adolescentes, las palabras utilizadas fueron: *"Transients and Migrants"[Mesh], "Emigrants and immigrants"[Mesh], "Refugee", "Migration background", "Immigrant background", "Migrant", "Migrants", "Immigrant", "Immigrants", "Ethnic minority" y "Country of origin". Además, en referencia a adolescentes, se utilizaron los siguientes conceptos: "Adolescent", "Adolescent Health Services", "Adolescent Health", "Young Adult", "Young Adults" e "Youth".*

Asimismo, a partir de la literatura revisada y recomendada por expertos/as, y en base al objetivo de este informe, se decidió incluir el concepto de "acceso al sistema de salud" como tercera estrategia (#3): *"Access to health care" y "Health Services Accessibility".*

Sumado a esto, se incluyó como cuarta estrategia (#4) el concepto "barreras de acceso": *"Barriers to access"* (ver tabla 1).

Tabla 1. Palabras utilizadas en la búsqueda de la literatura en PubMed/Medline.

#	ECUACIÓN DE BUSQUEDA	HITS
1	("Transients and Migrants"[Mesh] OR "Emigrants and immigrants"[Mesh] OR "Refugee" OR "Migration background" OR "Immigrant background" OR "Migrant" OR "Migrants" OR "Immigrant" OR "Immigrants" OR "Ethnic minority" OR "country of origin")	59018
2	("Adolescent" OR "Adolescent Health Services" OR "Adolescent Health" OR Young Adult" OR "Young Adults" OR "youth")	2522470
3	("Access to health care" OR "Health Services Accessibility")	171956
4	("Barriers to access")	18282
5	#1 & #2	16360
6	#1 & #2 #3	1397
7	#1 & #2 #3 #4	312

Fuente: Elaboración propia. Basado en buscador de PubMed/Medline.

Finalmente, se seleccionó la ecuación #7 (ver tabla 1) para la revisión de literatura, descargando 312 hits en total. En el Anexo 2, se presenta el flujograma de búsqueda en que se basó la revisión de literatura en PubMed/Medline.

Se revisaron los títulos y resúmenes de los 312 hits, a partir de los cuales se seleccionaron 74 en total, según su atingencia. Se descargaron los textos completos disponibles (n=20 no estaban disponibles) y se revisaron para su incorporación. Finalmente, se utilizaron 35 artículos y documentos en la elaboración del informe. De este modo, los artículos fueron seleccionados de acuerdo con su relación a la temática: *barreras de acceso a salud de adolescentes migrantes internacionales.*

3.3 Resultados

El acceso a salud de los y las adolescentes migrantes, ha sido una temática generalmente invisibilizada en la política pública, del mismo modo, la literatura que existe respecto a las barreras que enfrenta este grupo es escasa. Por tanto, esta revisión de literatura recoge las principales barreras enfrentadas por las personas en situación de migración en Chile y el mundo, referidas en algunos casos particulares a jóvenes y adolescentes. Además, reúne las barreras más importantes enfrentadas por adolescentes como grupo específico de análisis.

Sin embargo, cabe destacar que la experiencia de migración se vive de forma diferente en cada contexto y depende de características particulares, tales como, el país de origen y de acogida, el nivel socioeconómico, el género, el origen étnico, las capacidades individuales, etc.

3.3.1. Barreras de acceso al sistema de salud para migrantes.

3.3.1.1. Barreras idiomáticas.

Una de las principales barreras que enfrentan las personas migrantes, en particular aquellas que provienen de países que tienen como lengua principal una diferente del país de destino, tiene que ver con las diferencias idiomáticas (15) (16). Esto representa un problema en la atención de salud en la medida en que los países receptores no cuenten con servicios de interpretación, facilitadores o mediadores interculturales que permitan la comunicación entre proveedor y paciente (16). Sumado a esto, los desafíos de la comunicación no solo radican en el entendimiento textual de la información, sino que en el entendimiento del entorno y contexto social del cual proviene cada persona, ya que las situaciones contextuales de sus vidas tienen directa incidencia en el entendimiento de ambas partes. De este modo, la comunicación se vuelve particularmente compleja en situaciones donde experimenta circunstancias difíciles, siendo la empatía y voluntad de entender de los prestadores de salud, fundamentales (17). En general, la disposición de un intérprete intercultural que empatee y esté familiarizado con la experiencia migratoria, así como con el contexto cultural del migrante, se hace necesario para dar una adecuada respuesta a estas situaciones.

Respecto a la barrera idiomática, la literatura internacional argumenta que el grupo de adolescentes suelen aprender con mayor facilidad y rapidez el idioma del país de destino. Un estudio de corte cualitativo realizado a familias migrantes en Estados Unidos, analizó cómo en contextos de atención de salud donde no existe un facilitador o mediador intercultural disponible, suele ocurrir que los familiares adolescentes tienden a actuar de intérpretes para las familias. Si bien, este grupo puede representar un facilitador en este proceso, esto se vuelve problemático en el caso de que la información sobre la salud de la persona, que puede ser un familiar, la madre o padre, represente una carga emocional o un tema que su familiar no quiera compartir con él o la adolescente (18).

De este modo, la posibilidad de contar dentro de los centros de atención pública y privada con mediadores o facilitadores interculturales que permitan la adecuada comunicación entre prestador de servicio y usuario/a, es necesaria para dar la solución a este problema (19). Además, es vital establecer cursos de capacitación tanto para personal de salud como para los mediadores interculturales, de modo que puedan otorgar un adecuado servicio de interpretación dejando de lado sus juicios y valores respecto a la situación de los y las pacientes, priorizando así la empatía comprensión a las dificultades del contexto de él o la migrante.

3.3.1.2. Barreras de acceso a salud mental.

Los problemas de salud mental, son un tema que cada día cobra mayor relevancia en la salud pública, tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Esta temática se vuelve aún más compleja cuando hablamos de adolescentes en situación de migración, ya que la adolescencia representa una etapa del desarrollo donde múltiples cambios ocurren y donde se enfrentan mayores desafíos en términos de salud mental. Además, la experiencia migratoria constituye un factor estresor dadas las dificultades que implica dejar el país de origen para adaptarse a la nueva realidad del país de destino donde no sólo se experimenta un cambio en el entorno físico, sino que también cultural, familiar, de amistades, etc. (20) (21). Dichos factores estresores significan muchas veces un impacto negativo en la salud mental, convirtiéndose en una de las principales necesidades de migrantes frente al sistema de salud, especialmente para aquellos que se encuentran indocumentados (22) (23).

En la etapa de adaptación del migrante al nuevo contexto, suele ocurrir el fenómeno conceptualizado como “estrés por aculturación”, el cual refiere a la tensión emocional originada del proceso de aculturación. Las personas, al ingresar a una nueva sociedad y cultura, enfrentan múltiples retos de adaptación a un nuevo idioma, diferentes costumbres, normas sociales y, en algunos casos, deben someterse a cambios extremos en el estilo de vida. Estas demandas pueden traducirse en un aumento significativo de los niveles de ansiedad en las personas (24).

El acceso a la atención de salud mental entre personas migrantes, enfrenta una serie de barreras. En primer lugar, un estudio realizado en Canadá, el cual compara la primera atención por problemas de salud mental entre jóvenes migrantes y no-migrantes (20), da cuenta de la sobre representación que existe en torno a la primera atención en el departamento de emergencias por parte de jóvenes migrantes por sobre jóvenes canadienses. Estos resultados muestran que el grupo de adolescentes migrantes no tiene el mismo acceso a servicios y prestaciones de salud mental que los jóvenes canadienses, quienes suelen acudir tempranamente a atenderse a los servicios de salud. Por tanto, las intervenciones para mejorar el acceso a salud mental, deben ser consideradas una necesidad específica dentro del sistema de salud para este grupo de la población.

Otra de las barreras que enfrentan adolescentes y jóvenes en el acceso a salud mental, tiene que ver con la información disponible y la cercanía de los servicios. Un estudio realizado a jóvenes migrantes provenientes del sur de Asia (25) identificó que, por un lado, existe una falta de información sobre la disponibilidad de estos servicios y, por otro, una percepción de lejanía de los servicios de salud mental. Considerando que los y las adolescentes pasan gran parte de su tiempo dentro de las escuelas, se estableció como propuesta de estrategia efectiva para la intervención de atención en salud mental, llevar los servicios hacia el interior de los establecimientos educacionales.

Por otra parte, a partir de un estudio realizado mediante entrevistas semiestructuradas a personas migrantes y refugiadas en el sur de Australia, se identificó que el estigma a las enfermedades de salud mental y el miedo a ser visto asistiendo a centros de salud mental representan una barrera de acceso a estos servicios (26). En este sentido, buscar ayuda, ya sea en fuentes informales como formales, es considerado como una muestra de debilidad personal o fracaso, por lo que dicha creencia genera sentimientos de vergüenza y, por lo tanto, un obstáculo para pedir ayuda en los centros de salud mental (27). Sin embargo, una de las estrategias más efectivas para enfrentar esta situación, es brindar una atención confiable y confidencial, de modo que él o la adolescente perciba el centro de atención como un espacio seguro y respetuoso (28).

3.3.1.3. Falta de documentación como barrera.

La falta de documentación oficial constituye también una barrera de acceso al sistema de salud. Al momento de la llegada al país de destino, es común que las personas tarden un período de tiempo en regularizar su documentación, además se debe considerar que muchas personas migrantes entran al país de manera no reglada; para estos casos, la documentación se vuelve un tema aún más complejo. Sumado al estrés psicológico de la situación de indocumentación, las personas migrantes no se atreven y temen acercarse al sistema de salud por miedo a la deportación (23). Por ello, para enfrentar dicha barrera de acceso, es necesario focalizar la difusión de información sobre el derecho de atención en salud de personas migrantes, así como reducir la burocracia y tiempo de procesamiento para la incorporación al sistema de salud, independiente de la calidad legal de migración del adolescente o de sus padres o adultos responsables.

3.3.1.4. Barreras de acceso a la información.

En la llegada al país de destino, las personas migrantes enfrentan la dificultad de tener que aprender a navegar y comprender un nuevo sistema de salud (29), aunque la información de salud no siempre es de fácil acceso o está disponible de manera clara. Además, en los casos de migrantes que no poseen el mismo idioma que el sistema de salud propone, se hace aún más complejo acceder a la información requerida. En estos casos, las fuentes de información suelen ser las redes de apoyo y de contacto de la persona, lo que puede llevar a confusiones y dificultar el acceso eficaz a los servicios de salud (30). Sin embargo, las redes de apoyo como fuente de información son consideradas por las personas en situación de migración, como el medio principal para informarse de los servicios y procesos para acceder y atenderse en salud (31).

En este contexto, es responsabilidad de cada país y, por ende, de los sistemas de salud de los países de destino contar con fuentes de información con pertinencia cultural. Sumado a esto, las personas migrantes tienen necesidades particulares de salud, tales como vacunación e inmunización, salud mental, salud sexual y reproductiva, entre otros; por lo que las fuentes de información disponible deben ser claras dirigidas a las necesidades de específicas de las personas migrantes (29) (32). En el caso particular del grupo de adolescentes, se recomienda que la difusión de la información este enfocada principalmente en los contextos escolares, generando un mayor vínculo entre el sistema de salud y los establecimientos educacionales en los cuales se encuentran insertos los adolescentes migrantes.

3.3.1.5. Barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva.

El acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva es un tema transversal en la población adolescente, pero adquiere ciertas particularidades en situación de migración, principalmente vinculado al desconocimiento del sistema de salud y las diferencias culturales y de creencias que existe en torno a esta temática (33).

El estudio realizado en Chile, "Barreras de acceso al servicio de salud para la prevención del embarazo adolescente" (14), da cuenta de los múltiples obstáculos que enfrentan la gran mayoría de los y las adolescentes, más allá de su país de origen, raza y género, en el acceso a los servicios de salud sexual reproductiva.

En primer lugar, la falta de confidencialidad y privacidad que vive el grupo de adolescentes y jóvenes en la atención de salud provoca sentimientos de vergüenza y, por consiguiente, lejanía del servicio. Esto se debe en parte a las instalaciones e infraestructura de los centros que no permiten la privacidad que este grupo de la población necesita. Se menciona que el hecho de ser llamados por el nombre a viva voz, es un factor que provoca vergüenza y lejanía. A su vez, la vergüenza de ser vistos dentro del establecimiento por sus familiares, amigos/as, vecinos/as y comunidad, hace que se sientan expuestos y vulnerables (14).

En segundo lugar, la burocracia de acceso constituye otra barrera de acceso, se sostiene que ciertas características propias de la adolescencia, tales como la impaciencia y la búsqueda de la inmediatez, generan que el grupo de adolescentes al verse enfrentado a un contexto burocrático, como lo es el ingreso a los centros de salud, decidan irse sin obtener la atención que buscaban. Esto genera la pérdida de la valiosa oportunidad de atención, particularmente en el caso de los adolescentes varones que tienden a acudir menos a los centros de salud (14). A su vez, un estudio cualitativo rea-

lizado al personal de salud involucrados en la atención de centros de salud para adolescentes en Chile, identificó que una barrera de acceso importante, es el hecho de que a adolescentes menores de 14 años se les impida el ingreso a consultas por Salud Sexual y Reproductiva si no van en compañía de un adulto (34).

En tercer lugar, la falta de capacitación del personal de salud para atención de adolescentes, los valores del proveedor y las diferencias según proveedor y servicio de salud, también constituye otra barrera de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. De este modo, la falta de capacitación y preparación en el trabajo con adolescentes y jóvenes, provoca que se perpetúen una serie de estigmatizaciones por parte del personal de salud sobre este grupo al considerarlos un "problema", ya que se les vincula a prácticas y actitudes irresponsables y peligrosas, que provocan daño en su propia salud y en la salud de las demás personas. Así, gran parte de los equipos de salud, piensa sobre los adolescentes desde un paradigma adultocéntrico y desde una mirada que los clasifica como sujetos de riesgo (14).

Finalmente, una de las barreras fundamentales corresponde a la escasa coordinación y trabajo intersectorial que existe en salud en lo relativo a adolescentes. Se plantea que para instalar de manera efectiva un modelo de salud preventivo, se hace imprescindible trabajar de manera coordinada con otros sectores, principalmente educación; para ejecutar acciones que vayan en la dirección de la promoción de estilos de vida saludables desde un enfoque integral, superando el hasta ahora enfoque biologicista del sector salud. El trabajo coordinado permitiría dirigir mejor los recursos y promover la participación de la comunidad en los temas de prevención en Salud Sexual y Reproductiva (14).

3.3.1.6. Barreras de acceso a la prevención y tratamiento de VIH/SIDA.

Múltiples investigaciones, establecen que la condición de migrante representa un factor de mayor vulnerabilidad en la prevención y tratamiento de VIH/SIDA, debido a factores como adaptación a la nueva cultura, barreras idiomáticas, pobreza y el acceso desigual a los servicios de salud, entre otros. Dichas desigualdades en salud generan que las personas migrantes tengan mayores barreras para acceder a atención oportuna y menores rangos de adherencia en terapia anti-retroviral (35). El acceso a la prevención y tratamiento de VIH/SIDA está directamente vinculado a las barreras de acceso a salud sexual y reproductiva antes mencionadas. Sin embargo, esta enfermedad, junto a las demás infecciones de transmisión sexual, tiene la particularidad del estigma asociado a su diagnóstico (36). En este sentido, el estigma y discriminación por parte del sistema de salud percibido por los adolescentes es un tema que aún persiste, y que genera una distancia y temor a realizarse el examen de diagnóstico (37).

Sumado a esto, las fuentes de información más cercanas entre jóvenes suelen ser sus pares, amistades y, en algunos casos, docentes de sus establecimientos educacionales; por lo que es fundamental desarrollar estrategias de educación e información considerando los entornos en los que se desarrollan y desenvuelven los adolescentes. Esto implica también generar acciones desde salud, para desarrollar un trabajo intersectorial con el sector educación, especialmente en la implementación de estrategias de educación sexual en los ambientes y aulas escolares (37).

3.3.1.7. Barreras de acceso vinculadas al origen étnico-racial.

Entendiendo que existen diversas barreras en el acceso a salud que afectan a personas migrantes, es importante notar que dichas barreras se pueden potenciar en algunas personas. Así, el color de

piel, particularmente para migrantes afro descendientes, es motivo de discriminación generando una brecha en el acceso al sistema de salud y, de este modo, la literatura internacional sostiene que existe una subutilización de los servicios de salud por parte de ellos (38).

En muchos casos, las situaciones complejas del proceso de migración tienen consecuencias en la salud mental de las personas. Un estudio cualitativo entrevistó a migrantes afro descendientes, en Inglaterra, reconociendo que los entrevistados expresaron la preocupación de haber recibido poca ayuda por parte de profesionales de salud en sus problemas emocionales, factor que se sumó a su ansiedad e incomodidad al usar los servicios de promoción de la salud, generando una mayor distancia de esta población hacia el sistema de salud (39).

Sumado a lo anterior, la dimensión de "raza" no suele operar de manera individual, sino que está conectada con otras formas de desigualdad, tales como la clase social y el género. Por ello, las mujeres afro descendientes de menores ingresos presentan mayores niveles de depresión que las mujeres blancas (40). En este contexto, es necesario llevar a cabo estrategias de salud que tengan en cuenta las desigualdades experimentadas por los distintos grupos y colectivos migrantes, sensibilizando al personal de salud de acuerdo a las necesidades de cada uno de estos grupos específicos.

3.3.1.8. Barreras de acceso vinculadas a normas culturales.

Las diferencias culturales que enfrentan los colectivos migrantes al relacionarse a un nuevo sistema de salud, ha sido documentada en múltiples estudios como una barrera de acceso a la atención de salud. Una investigación cualitativa realizada a mujeres migrantes latinas en Estados Unidos, detectó que las diferencias culturales entre su país de origen y el de destino, afectaban su vinculación con el sistema de salud, como el rol de la medicina alternativa, el rol de la familia y el rol de la religión, siendo el segundo el tema más mencionado por las participantes. Las mujeres admitieron que cuando están enfermas, están más deprimidas debido a que no pueden cumplir con las expectativas y tareas de cuidado en la familia que entrega su cultura. Sumado a esto, el uso de medicina tradicional es frecuente y es muchas veces preferido, ya que evita tener que gastar dinero extra en comprar medicamentos en las farmacias.

Finalmente, muchas de las participantes mencionaron creencias tradicionales vinculadas a enfermedades como por ejemplo "el mal de ojo"² (13). Estas diferencias culturales en la salud deben ser tomadas en cuenta por el personal de atención desde una perspectiva de interculturalidad para otorgar un adecuado servicio.

Por otra parte, un estudio cualitativo realizado a personas migrantes y refugiadas en Europa, demostró que la gran mayoría de los pacientes tenían el deseo de recibir una atención y cuidado más compasivo y de mayor competencia cultural por parte del personal de salud (41). Además, refirieron la importancia de contar con intérpretes confiables que mediaran en la relación. El estudio concluye sobre la necesidad de proveer capacitaciones al personal de salud para un cuidado sensible a las diferencias culturales de personas migrantes.

2- Muchas culturas alrededor del mundo creen que, a través de los pensamientos o una mirada, una persona es capaz de causarle daño a otra en la forma de enfermedad o mal estado de salud. Existen diferentes términos para este fenómeno, pero en esta oportunidad nos referiremos a él como el "mal de ojo".

3.3.1.9. Barreras de acceso a salud dental.

El acceso a salud dental aparece como uno de los temas más recurrente en la literatura de acceso a salud en personas migrantes. Un estudio llevado a cabo en Estado Unidos identificó las barreras que las mujeres mexicanas enfrentan en el acceso a salud dental en North San Diego, donde establecía que, en general, la experiencia de salud dental era negativa, principalmente por las barreras de acceso relativas al idioma y trato. Así, el trato respetuoso se mencionó como un componente fundamental en la relación médico-paciente, mostrando que cuando las personas de minorías étnicas y raciales eran discriminadas, estos grupos vulnerables sentían que no estaban recibiendo una atención y cuidado de calidad. Además, los tiempos de espera para conseguir una cita y para ser atendidos en los centros de salud, se identificaron como un motivo de estrés y frustración, lo que derivaba en la cancelación de las citas. Los costos de la atención también fueron mencionados como una de las barreras principales de acceso, los que en casi una totalidad de los casos eran considerados muy por sobre la capacidad de pago de las entrevistadas (42).

Por otro lado, otro estudio realizado en la ciudad de North York, en Ontario (Canadá), examinó la salud dental de adolescentes migrantes entre 13 y 14 años. La investigación demostró que la salud dental de jóvenes migrantes era significativamente peor que la de las personas no-migrantes, pero esta cifra mejoraba con el tiempo de estadía en Canadá, es decir, entre migrantes que llevaban más de 6 años en el país, su salud dental era considerablemente mejor que aquellos migrantes recién llegados. El estudio sugiere que esta cifra se debe a los programas de salud dental introducidos en las escuelas, los cuales identifican las necesidades del grupo de adolescentes dentro de las instituciones educativas y luego notifican a los padres sobre ellas (43).

Tabla 2: Resumen de tipos de barreras enfrentadas por migrantes en el acceso al sistema de salud.

Nº	BARRERA	RECOMENDACIONES
1	Barrera idiomática.	- Disponibilidad de facilitadores o mediadores interculturales para la atención en salud.
2	Barreras de acceso a salud mental.	- Difusión de información dirigida a adolescentes sobre la disponibilidad y acceso de salud mental. - Estrategias de intervención focalizadas en los espacios escolares con el objetivo de facilitar el acceso. - Asegurar confidencialidad y respeto en la atención.
3	Falta de documentación como barrera.	- Difusión de información sobre el derecho de acceso a salud para personas migrantes. - Reducción de barreras burocráticas y tiempo de procesamiento para la incorporación al sistema de salud.
4	Barreras de acceso a información.	- Campañas de difusión de información focalizada a población adolescente migrante. Principal énfasis en establecimientos educacionales. - Información disponible en múltiples idiomas.
5	Barreras de acceso a salud sexual y reproductiva.	- Trato confidencial y privado en la atención de necesidades de salud sexual y reproductiva. - Disminución de los tiempos de espera y las barreras burocráticas en la atención. - Capacitaciones al personal de salud para trabajar con población adolescente migrante. - Trabajo intersectorial, particularmente entre educación y salud.
6	Barreras de prevención y tratamiento de VIH.	- Capacitaciones y cursos de sensibilización para el personal de salud sobre ITS con el objetivo de derrotar las barreras de estigma y discriminación. - Instalar iniciativas de trabajo intersectorial entre educación y salud de educación sexual para la promoción de salud sexual y reproductiva.
7	Barreras vinculadas al origen étnico	- Capacitaciones y sensibilización para el personal de salud para otorgar una adecuada atención de acuerdo a las necesidades de cada persona.
8	Barreras relacionadas a las normas culturales.	- Proveer capacitaciones para un cuidado sensible a las diferencias culturales de personas migrantes para el personal de salud. - Contar con mediadores e intérpretes.
9	Barreras de acceso a salud dental.	- Menores costos en la atención de salud. - Capacitaciones para otorgar un trato adecuado a los y las pacientes. - Programas de atención y diagnóstico en las escuelas.

Fuente: Elaboración propia.

3.3.2. Facilitadores de acceso al sistema de salud para migrantes.

3.3.2.1. Experiencias de programas intersectoriales.

La población migrante enfrenta múltiples barreras en la atención de salud, por lo que el sistema de salud debe ser capaz de adaptarse a los múltiples desafíos que presentan este grupo, particularmente en el caso de adolescentes migrantes, grupo que a lo largo del tiempo se ha visto sistemáticamente invisibilizado. Por ello, las políticas públicas deben orientarse a generar estrategias que faciliten el acceso a salud para este grupo. En este sentido, múltiples estudios han afirmado que, dentro de las estrategias de intervención más efectivas para disminuir las barreras de acceso al sistema de salud por parte de adolescentes, se encuentra el trabajo intersectorial entre salud y educación.

En Estados Unidos, los servicios de salud basados en escuelas se han desarrollado desde 1960 y han instalado servicios médicos básicos de SSR (en adelante SSR) y salud mental al interior de los establecimientos educacionales. A su vez, se han aplicado programas de educación en salud para todos los estudiantes inscritos en las escuelas. Estos programas de trabajo intersectorial entre educación y salud, han reducido las barreras de acceso al cuidado médico, particularmente entre adolescentes migrantes indocumentados. Los principales beneficios de esta estrategia tienen que ver con la posibilidad de proveer al grupo de adolescentes el acceso a salud, ya que mediante la intervención dentro de las escuelas se puede generar un vínculo con la comunidad, para afianzar la relación entre este grupo y el sistema de salud (44).

Un estudio realizado en Chile (45), analizó las diferencias entre dos estrategias de trabajo intersectorial entre salud y educación para la provisión de servicios de SSR en la Región Metropolitana. Si bien, ambas estrategias tenían como objetivo acercar a los adolescentes al servicio de salud, el estudio concluyó que las estrategias que integran las prestaciones de salud dentro de las escuelas resultan ser significativamente más efectivas, particularmente en temas de salud sexual y reproductiva, resultando fundamental en el acceso a métodos anticonceptivos. Esta estrategia logró enfrentar barreras de prevención al embarazo adolescente, debido a que el grupo de adolescentes y jóvenes tienen la posibilidad de acceder continuamente a información y orientaciones en este tema, además de que logran entablar una relación de confianza con el personal de salud.

Este tipo de estrategias permiten entender la salud desde su dimensión integral en la vida de los adolescentes, reforzando la idea holística de la salud que debe abordarse desde su totalidad y no de manera aislada. A su vez, sirve para potenciar los valores que sustentan a la salud primaria, como el derecho más alto de equidad, solidaridad y respuestas a las necesidades de salud de la población (45).

Por otro lado, un estudio cualitativo etnográfico realizado a usuarios y no usuarios de un Espacio Amigable de la Región Metropolitana, identificó que el grupo de adolescentes tiene mayoritariamente una percepción negativa de la educación sexual entregada por las escuelas. Afirman que necesitan fuentes de información claras y confiables que cubran sus dudas sobre su SSR, que estas permitan superar los enfoques conservadores y de riesgo en torno a su sexualidad. Además, jóvenes entrevistados en el estudio, reconocieron que su principal fuente de información en torno a la SSR son los centros de salud, a través de los Espacios Amigables, aunque muchos dicen no conocerlos. A su vez, existe la creencia de que, para acudir a los centros de atención, es necesario estar en la compañía de un/a adulto/a, generando con esto una importante barrera de acceso. La gran mayoría de adolescentes declaró tener contacto con el personal de salud solo cuando ellos van a las escue-

las a dictar talleres y actividades, instancias que consideraron muy bien valoradas debido a la confianza que tienen en el personal de salud como fuente de información. Esto demostró que el grupo de adolescentes perciben la necesidad de que en las escuelas se entregue conocimiento y educación en materia de salud sexual, es decir, la necesidad de generar un vínculo entre ambos sectores para que trabajen en conjunto (46).

En dicho estudio, se pudo constatar la experiencia de uno de los Espacios Amigables que está desarrollando la innovadora estrategia de introducir los equipos de salud al interior de las escuelas de forma permanente. Al respecto, los equipos de trabajo establecieron que esta estrategia ha permitido mejorar significativamente el acceso a salud de los adolescentes, ya que pueden acudir espontáneamente a controles de salud en aulas habilitadas en la misma escuela (46).

3.3.2.2. Uso de tecnología como facilitador.

En los últimos años, el uso a teléfonos inteligentes con acceso a internet ha tenido un aumento significativo. Por ello, algunos estudios han investigado este fenómeno estableciendo que el uso de tecnología puede ayudar a derribar las barreras de acceso en la atención de salud.

La incorporación de tecnología y las redes sociales, han resultado ser un facilitador en el acceso y navegación del sistema de salud, permitiendo proporcionar servicios respetuosos que reconozcan la diversidad y, a su vez, mejorar la alfabetización en salud y la "navegación" por el sistema.

El uso de aplicaciones móviles entrega la posibilidad de facilitar información en diversos idiomas, georreferenciar los sistemas de salud y entregar información pertinente, según las necesidades de cada grupo, ello genera que la incorporación de esta tecnología en la prestación de servicios de salud sea cada vez más necesaria y atractiva, particularmente para cubrir necesidades de adolescentes migrantes (47).

Un estudio de cohorte cualitativo realizado a jóvenes entre 12 y 24 años en Australia estableció que el uso de tecnología ha significado un aporte en la comprensión, mejorando la conexión y compromiso entre los usuarios/as jóvenes y el sistema de salud (47), como también refirieron confiar en los sitios web gubernamentales y organizacionales. Por ejemplo, adolescentes y jóvenes de diversidades sexuales, valoraron que la información en línea disponible para localizar profesionales de la salud, les permitiera identificar a médicos y profesionales con mayor sensibilidad a este grupo específico, lo que resultó en una participación mayor y más continua. Además, los usuarios sugirieron utilizar las redes sociales para la promoción de estos servicios, debido al uso e impacto que tiene esta herramienta en dicho grupo etario.



CAPÍTULO 4: RESULTADOS DEL CUESTIONARIO APLICADO A ADOLESCENTES.

4.1. Introducción.

En esta sección, se describen los resultados del Cuestionario para Adolescentes que fue aplicado durante este encuentro participativo con adolescentes migrantes, su objetivo fue realizar un diagnóstico de la opinión del grupo de adolescentes migrantes sobre el sistema de salud en Chile.

En las siguientes páginas, se describe la metodología utilizada para el diseño del cuestionario y posterior análisis de los resultados obtenidos. Luego se presentan los resultados, los cuales se dividieron según las cuatro secciones del cuestionario, con el fin de facilitar su comprensión y, finalmente, en las conclusiones de esta sección, se presenta una integración de los resultados obtenidos en las distintas secciones.

Se espera que la información presentada en esta sección permita avanzar en la comprensión de cómo el grupo de adolescentes migrantes perciben el acceso y atención de salud en Chile, con el fin de poder mejorar el vínculo de este grupo de la población con el sistema de salud.

Como antecedente, se incorpora en el Anexo N° 1 de este informe, el cuestionario aplicado.

4.2. Metodología de aplicación de la encuesta.

Se diseñó y aplicó un cuestionario con el objetivo de realizar una evaluación integral sobre el proceso migratorio, experiencia en el sistema de salud y cómo perciben su propia salud el grupo de adolescentes migrantes en Chile. La encuesta fue elaborada por el equipo del Programa de Estudios

Sociales en Salud (ICIM, UDD), en base a lo solicitado por el equipo técnico del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL, orientado a levantar información esencial sobre el acceso al sistema de salud chileno por parte de estos adolescentes.

El cuestionario presenta cuatro secciones, abordando distintas temáticas priorizadas:

- * **Sección I:** Datos sociodemográficos.
- * **Sección II:** Antecedentes del proceso migratorio.
- * **Sección III:** Experiencia en el sistema de salud.
- * **Sección IV:** Salud en adolescentes migrantes.

Las Secciones I y II fueron diseñadas en base a una encuesta aplicada previamente por el equipo facilitador (48), la cual surge de los resultados obtenidos en el Proyecto FONDECYT 11130042 “Desarrollando inteligencia en salud pública primaria para migrantes internacionales en Chile: un estudio multi-métodos” (2013-2017, CONICYT, Chile).

Las Secciones III y IV evalúan la experiencia del grupo de adolescentes migrantes en el sistema de salud y la autopercepción de salud, así como preguntas sobre temas como discriminación, las cuales fueron diseñadas de acuerdo con estudios previos desarrollados por el equipo de investigación y en común acuerdo con el equipo técnico del MINSAL.

Cabe mencionar que, al estar el cuestionario escrito en español, se tomaron los resguardos para poder contar con un profesional de la salud que hablara creole y español, además de dos facilitadoras lingüísticas de nacionalidad haitiana, quienes apoyaron en la aplicación del cuestionario a los adolescentes pertenecientes a esa nacionalidad.

El cuestionario contiene preguntas cuantitativas, incluyendo preguntas dicotómicas, escalas, entre otras, las que permitieron una alta tasa de respuestas completas, además de una rápida aplicación.

La información recogida fue tabulada en una base de datos Excel. Para los datos cuantitativos, se realizó un análisis descriptivo utilizando el programa IBM SPSS Statistics 17. Mientras que, para las variables continuas, se obtuvieron las medias y desviaciones estándar, y para las variables categóricas, las frecuencias absolutas y porcentajes.

Previo a aplicar el cuestionario, se les aclaró a todo el grupo de participantes el carácter voluntario y confidencial de la encuesta, dando la posibilidad de no contestar el cuestionario si es que así lo deseaban o, en el caso de que lo estimen pertinente, no contestar secciones o preguntas específicas.

4.3. Resultados.

Los resultados se dividen en cuatro secciones: i) Datos sociodemográficos, que incluye los antecedentes personales evaluados en la encuesta; ii) Antecedentes del proceso migratorio; iii) Experiencia en el sistema de salud; y iv) Salud en adolescentes migrantes.

4.3.1 Datos sociodemográficos.

La encuesta se le aplicó a un total de 30 personas, de las cuales 50% se identificó como hombres, un 43,33% como mujeres, un 3,33% como otro género y una persona no indicó su sexo (3,33%). El rango etario de la población estudiada fue de 12 a 28 años³, con un promedio de edad de 15,23 años (Desviación estándar de 2,906). En la Tabla 1 se muestra la información sociodemográfica de los participantes.

Al grupo de participantes se les consultó por su curso actual, encontrándose adolescentes que cursaban entre octavo básico y tercero medio. El 16,66% cursaba séptimo básico, 36,66% octavo básico, 10% primero medio, 6,66% segundo medio y 30% tercero medio.

Respecto a la comuna en que viven, se encontró una diversidad entre el área norte y sur oriente de la Región Metropolitana, principalmente las comunas de Conchalí, Recoleta y Santiago: 3,33% vivía en Conchalí, 33,33% en Independencia, 3,33% en La Florida, 6,66% Puente Alto, 26,66% en Recoleta, 23,33% en Santiago y dos personas (6,66%) respondieron como comuna “metropolitana” sin distinción particular.

En relación con la comuna en que se encuentra el establecimiento educacional al cual asisten, el 46,43% acudía a un establecimiento educacional de Recoleta, 28,57% en Santiago, 25% en Independencia y dos personas no respondieron la pregunta.

Respecto de la comuna de residencia y la comuna del establecimiento educacional, se obtiene que solo el 28,57% vive y estudia en la misma comuna, 6,66% en Independencia y Santiago, y 13,3% viven y estudian en Recoleta. Los adolescentes que viven en el sector sur oriente de la Región Metropolitana (n=2), estudian en la comuna de Santiago.

Respecto al país de nacimiento, la mayoría de los participantes eran de Venezuela (33,33%), seguido de Colombia y Chile⁴ con un 16,66% cada uno, República Dominicana (13,33%), Perú (10%) y Bolivia, Ecuador y Haití con un 3,33% cada uno. La nacionalidad concordó con cada una de las respuestas del país de nacimiento.

3- Precisar que el adolescente de más edad (28), era un varón de nacionalidad haitiana, que al llegar a Chile inició proceso de escolarización, perteneciendo a uno de los colegios que asistieron al encuentro.

4- Esta adscripción se refiere a niños, niñas y adolescentes nacidos en Chile, pero pertenecientes a padre o madre migrante de primera generación.

Tabla 3. Información sociodemográfica de los participantes, recogida en la encuesta aplicada.

DATO SOCIODEMOGRÁFICO	n	%
Género		
Femenino	13	43,33
Masculino	15	50
Otro	1	3,33
Total	29	96,66
Año escolar en curso		
Séptimo básico	5	16,66
Octavo básico	11	36,66
Primero medio	3	10
Segundo medio	2	6,66
Tercero medio	9	30
Total	30	100
Comuna en que vive		
Conchalí	1	3,33
Independencia	10	33,33
La Florida	1	3,33
Puente Alto	1	3,33
Recoleta	8	26,66
Santiago	7	23,33
"Metropolitana"	2	6,66
Total	30	100
Comuna del establecimiento educacional		
Santiago	8	28,57
Recoleta	13	46,43
Independencia	7	25
Total	28	100
País de nacimiento		
Bolivia	1	3,33
Chile	5	16,66
Colombia	5	16,66
Ecuador	1	3,33
Haití	1	3,33
Perú	3	10
República Dominicana	4	13,33
Venezuela	10	33,33
Total	30	100

Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

Se les consultó, además, respecto de la relación que tienen con todas las personas con las que viven actualmente, pudiendo marcar más de una respuesta. La Tabla 4 muestra la distribución de dicha respuesta, observándose que el 90% vive con al menos uno de sus padres, mientras que la mayoría vive específicamente con su madre (76,66%), y solo el 10% dice vivir con ambos padres.

Tabla 4. Relación con la persona con la que vive.

PERSONA CON LA QUE VIVE	n	%
Madre	23	76,66
Padre	18	60
Hermanos/as	24	80
Tíos/as	1	10
Padrastro/Madrastra	5	16,66
Abuelo/a	6	20
Primos/as	3	10
Sobrino/a	1	3,33

Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

4.3.2. Antecedentes del proceso migratorio.

Esta sección del cuestionario fue respondida únicamente por los adolescentes migrantes internacionales, es decir, 25 de los participantes. Y no por aquellos nacidos en Chile, pero pertenecientes a familias en situación de migración irregular.

Tiempo en Chile.

En promedio, el grupo de participantes llevan 5 años y 8 meses aproximadamente (68,88 meses) viviendo en Chile (Desviación Estándar 23,73 meses, que equivale a 1 años y 11 meses). El rango de respuesta va de 1 mes para la persona que lleva menos tiempo y 8 años (96 meses) a la persona que lleva más tiempo. Por lo tanto, los participantes llegaron al país entre los años 2011 y 2019. La mayoría de la población llegó en los años 2017, 2018 y 2019 (n= 9, n=5 y n=3, respectivamente para cada año) (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de adolescentes participantes según año de llegada a Chile (n=24).

Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

Decisión de migrar.

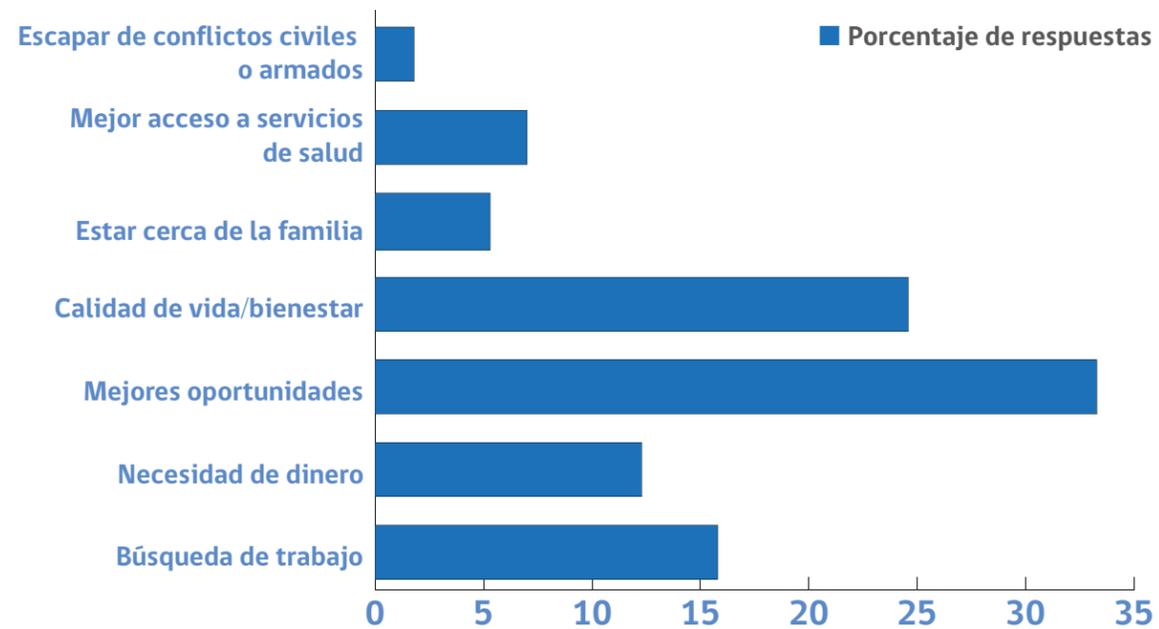
Al consultar quién tomó la decisión de migrar, opción en que podían marcar más de una respuesta, se observa que en el 76% (n=19) de los casos la decisión de migrar fue tomada por la madre, padre o tutor responsable. En tanto el 12% (n=3) tomó la decisión por sí mismo, mientras que en un sólo caso la decisión fue tomada por madre/padre o tutor responsable y otro familiar; y, finalmente, en un 8% (n=2) la decisión fue tomada por ellos en conjunto a sus padres o tutores responsables.

Razones para migrar.

A los encuestados se les preguntó por las razones que tuvo su familia para elegir migrar a Chile junto a el/ella. Se les entregó un listado de opciones, en donde los participantes podían seleccionar más de una razón para migrar, obteniendo 57 respuestas en total.

Como se observa en el gráfico 2, la principal razón para elegir salir de su país y migrar a Chile, fue por la búsqueda de mejores oportunidades (33,33%), seguida de calidad de vida/bienestar con un 24,6% y búsqueda de trabajo con un 15,8%.

Gráfico 2. Razones para migrar a Chile.



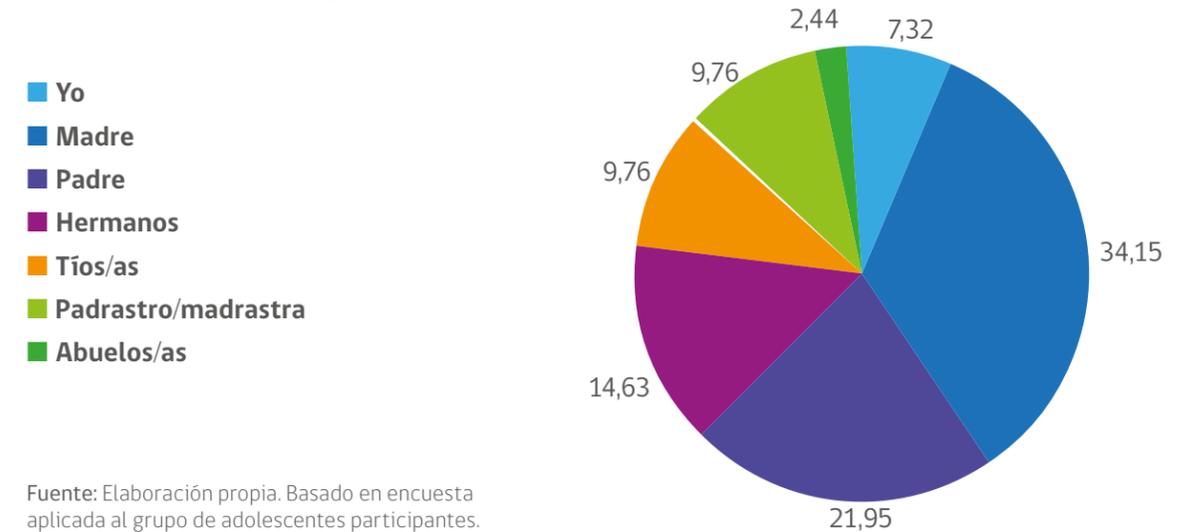
Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

¿Quién migró primero a Chile?

Al consultarles quién fue el primer integrante del grupo familiar en migrar a Chile, pregunta en la que podían anotar más de una respuesta (n= 41) (ver gráfico 3), se obtuvo que en un 34,15% (n=14) viajó primero su madre, en un 21,95% (n=9) el padre y en un 14,63% (n=6) sus hermanos. Al observar las respuestas

entregadas se obtiene que tres adolescentes mencionan que ellos viajaron primero, lo que corresponde a un 7,32% de las respuestas; y, cabe destacar, en ningún caso viajó el núcleo familiar completo.

Gráfico 3. Persona que migra primero.

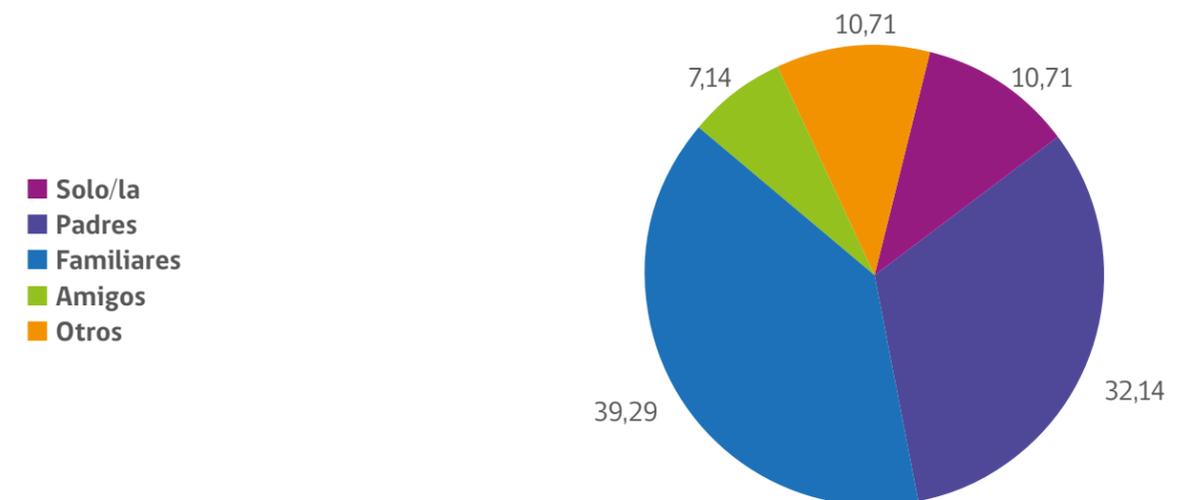


Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

¿Con quién viajó?

Se le consultó al grupo participante respecto de las personas con quien realizó el viaje a Chile, pregunta en la cual podían anotar más de una respuesta (n=28) (ver gráfico 4). Al respecto, se encontró que un 39,29% (n=11) viajó con familiares (de manera genérica), seguido de un 32,14% (n=9) que viajó con sus padres; mientras que un 10,71% (n=3) declaró viajar solo; un 10,71% (n=3) con otras personas (madrina, abuela, hermana, etc.); y un 7,14% (n=2) declaró viajar con amigos personales o de la familia.

Gráfico 4. % de adolescentes que viajó a Chile con una "persona cercana", según categoría.



Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

Familiares que quedaron en el país de origen.

A los adolescentes encuestados, se les consultó respecto a las personas de su grupo familiar que quedaron en su país de origen, incluyendo hermanos, padres y otros familiares. Al respecto, los encuestados podían marcar más de una respuesta.

La Tabla 5 muestra la distribución de las respuestas, observando que un número importante de participantes indica que sus abuelos/as quedaron en sus países de origen (n=19), seguido de los tíos/as (n=16). Llama la atención que hay 8 personas que indicaron que sus hermanos quedaron en sus países de origen, 7 personas señalaron que su padre, 3 personas que su madre y 1 persona indicó que su hijo/a quedó en el país de origen, lo que resalta la importancia de generar políticas que aborden la reunificación familiar en migrantes internacionales, también entendido esto como un factor protector de la salud física y mental.

Tabla 5. Porcentaje de familiares que se quedaron en el país de origen (n=55), según encuesta.

FAMILIAR	n	%
Papá	7	12,73
Mamá	3	5,45
Hermanos/as	8	14,55
Abuelos/as	19	34,55
Tíos/as	16	29,09
Hijos/as	1	1,82
Ninguno	1	1,82
Total	55	100

Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

Experiencia al migrar.

Al grupo de adolescentes se les pidió evaluar de 1 a 10 su experiencia de migrar, donde 1 es "muy mala experiencia" y 10 "muy buena experiencia". Se les indicó que consideraran en su respuesta todo el proceso migratorio, desde que decidió salir de su país, el tránsito y su asentamiento en Chile. Al respecto, las respuestas fueron del 1 al 10, con un promedio de 7 (Desviación Estándar 2,04) para la valoración de la experiencia de migrar (n total=25). Es decir, mayoritariamente buena.

4.3.3. Experiencia del grupo de adolescentes en el sistema de salud.

Esta sección incluye las respuestas emitidas por el grupo de adolescentes migrantes en relación con su propia experiencia respecto al acceso y atención de salud, donde respondieron 25 de ellos.

Atención de salud en Chile.

Se le preguntó al grupo de participantes si habían recibido alguna atención de salud en Chile desde su llegada, pudiendo ser estas consultas médicas, emergencia hospitalaria u otra.

Al respecto, el 48% (n=12) había tenido una atención de salud en Chile, mientras que el restante no había recibido ninguna prestación de salud desde su llegada al país. Del grupo de adolescentes que, si había recibido atención de salud, sólo siete respondieron el número de consultas que había recibido. Las respuestas fueron entre 1 y 5 consultas, con un promedio de 2,29 (Desviación Estándar= 1,48).

Sistema de salud en el que ha sido atendido.

Respecto al sistema de salud al que habían accedido los adolescentes (n=12), se les consultó por si era público, privado, ambos o no conocían la información. Al respecto se obtuvo que el 75% (n=9) acudió solamente a servicios de atención públicos, mientras que sólo 1 persona (8,33%) acudió a sistema de salud privado y un 16,66% (n=2) no sabía a qué tipo de servicio de salud acudió.

Previsión de salud.

Se les consultó a los participantes sobre si poseían o no previsión de salud y, en el caso de que sí tuvieran, de qué tipo era.

Al respecto, el 60% no sabe si está afiliado o qué tipo de previsión tiene, mientras que un 25% declaró no tener previsión de salud. El 20% de adolescentes declaró estar afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, de ellos, sólo 4 conocen a qué categorización de FONASA pertenecen, en donde 1 es FONASA A, 2 son FONASA B y 1 es FONASA C (ver tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de adolescentes según previsión de salud (n=25).

PREVISIÓN	n	%
FONASA	5	20
Ninguno	5	20
No sabe	15	60
Total	25	100

Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

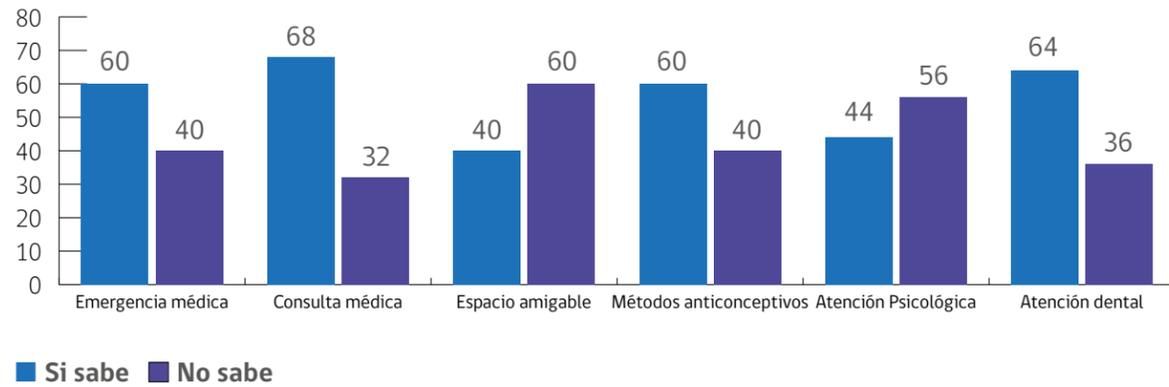
Conocimiento sobre prestaciones del sistema de salud.

Se le consultó al grupo de adolescentes participantes sobre si sabían dónde acudir en caso de urgencias, consulta médica, atención por métodos anticonceptivos, dental, psicólogo y conocimiento sobre los espacios amigables (ver gráfico 5).

En relación con esto, se obtuvo que el 60% (n=15) no conoce el Programa de Espacios Amigables de Atención, y el 56% (n=14) no sabe dónde debe acudir en caso de necesitar atención psicológica.

En cambio, el 68% (n=17) de los adolescentes, sabe a qué consultorio/hospital debe acudir en caso de necesitar una consulta médica, y el 64% (n=16) sabe dónde acudir en caso de necesitar atención dental.

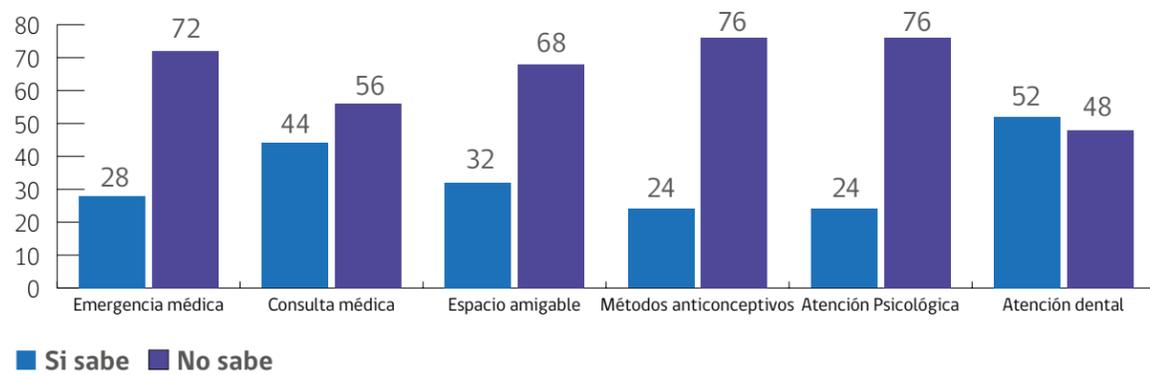
Finalmente, al consultarles si saben a qué servicio del sistema de salud deben acudir en caso de necesitar algún método anticonceptivo, el 60% (n=15) tiene conocimiento, versus un 40% (n=10) que no maneja información de dónde debe acudir.

Gráfico 5. Porcentaje de conocimiento de prestaciones de salud.

Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

Uso de prestaciones del sistema de salud.

En relación con las preguntas sobre el conocimiento de dónde acudir en caso de necesitar alguna de las prestaciones anteriormente mencionadas, se le consultó al grupo de adolescentes si las habían utilizado. Aquí se observan algunos cambios, pues el 52% (n=13) recibió atención dental, el 44% (n=11) acudió a consulta médica y el 32% (n=8) usó los Espacios Amigables. Sin embargo, el 76% (n=19) no ha acudido ni solicitado métodos anticonceptivos ni tampoco ha recibido atención psicológica (ver gráfico 6).

Gráfico 6. Porcentaje uso de prestaciones del sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

4.3.4. Salud en adolescentes migrantes.

Esta sección del cuestionario la respondían únicamente el grupo de adolescentes migrantes internacionales, lo que corresponde a 25 participantes, no considerando a aquellos adolescentes nacidos en Chile, pero que pertenecen a familias en situación de migración (5 adolescentes indicaron estar en esta situación).

El objetivo de esta sección es conocer la auto percepción de salud que tienen los y las adolescentes migrantes y detectar experiencias de discriminación de éstos mismos.

Percepción de su salud.

Se le pidió al grupo de participantes evaluar de 1 a 10 su salud, donde la nota 1 es "muy mala" y 10 "muy buena". Las respuestas fueron del 3 al 10, con un promedio de 8 (Desviación Estándar= 1,78) para la auto percepción de su salud (n total=24).

Estado de salud en el último mes.

Se le pidió al grupo de participantes evaluar en una escala del 1 al 5 la presencia de los siguientes síntomas, donde 1 es "nunca" y 5 es "siempre". Respecto a la pregunta sobre si se ha sentido bien físicamente en el último mes, se obtiene un promedio de 3,92 (Desviación Estándar= 1,077) con un mínimo de 2 y máximo de 5. Con relación a si se ha sentido triste, el promedio fue de 2,84 (Desviación Estándar= 0,9666) y a la pregunta siguiente que era si se sentían solos/as, se obtiene un promedio similar con un 2,54 (Desviación Estándar= 1,443). Finalmente, al consultar si se han sentido contentos/as en sus establecimientos educacionales durante el último mes, el promedio fue de 3,83 (Desviación Estándar= 1,754) (ver Tabla 7).

Tabla 7. Opiniones sobre la auto percepción del estado de salud en el último mes.

PREGUNTA	n	Mínimo	Máximo	Promedio (DE)
a. ¿Te has sentido bien físicamente?	24 *NS/NR=1	2	5	3,92 (DE 1,077)
b. ¿Te has sentido triste?	25	1	5	2,84 (DE 0,9666)
c. ¿Te has sentido solo/a?	24 *NS/NR=1	1	5	2,54 (DE 1,443)
d. ¿Te has sentido contento/a en el colegio?	24 *NS/NR=1	2	5	3,83 (DE 1,754)

*NS/NR: No sabe/No responde que fue marcada intencionalmente, no se consideran las preguntas que se dejaron en blanco.

Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

Discriminación.

Se solicitó al grupo de adolescentes, responder sobre si se han sentido discriminados durante el último año, ya sea en el colegio, espacios públicos, transporte, con sus pares, profesores, en el centro de salud, entre otros.

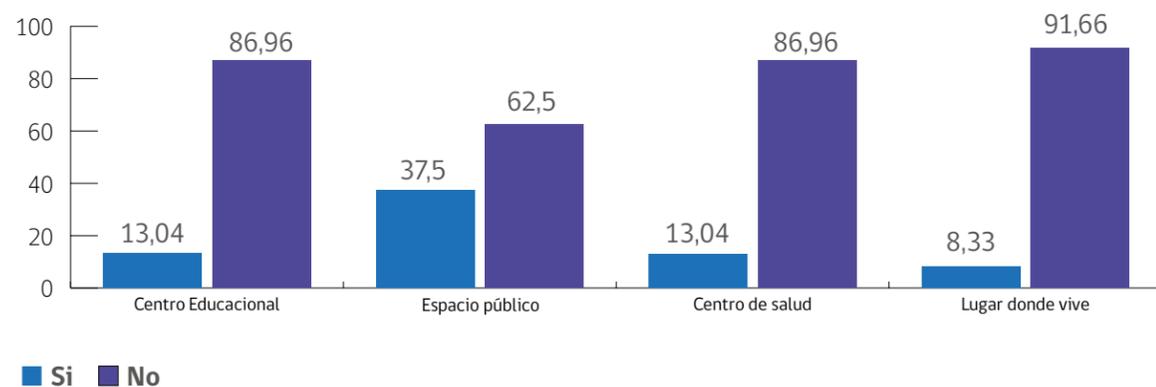
Los resultados muestran que un 76% (n=19) de los y las adolescentes declararon no haber sido discriminados/as, un 12% (n=3) respondió que sí se ha sentido discriminado/as y un 12% (n=3) respondió "no sabe/no responde".

Lugares en los que se ha sentido discriminado.

Se le pidió al grupo de participantes, responder en cuáles lugares se habían sentido discriminados/as o tratados de manera diferente. Aquí respondieron 24 adolescentes para las preguntas relacionadas a discriminación en el espacio público y en el lugar donde viven, mientras que 23 respondieron para las preguntas asociadas a discriminación en el colegio o centro de salud.

Si bien el porcentaje de adolescentes que declara haber sufrido discriminación es bajo, se observa un aumento en relación con la pregunta anterior, en donde sólo 3 adolescentes respondieron que se habían sentido discriminados/as, en cambio en esta pregunta un 37,5% (n=9) de los y las adolescentes declara haberse sentido discriminado/as en espacios públicos, seguido de un 13,04% (n=3) en centros educacionales y de salud.

Gráfico 7. Porcentaje de adolescentes migrantes que han sentido discriminación, según los siguientes lugares.

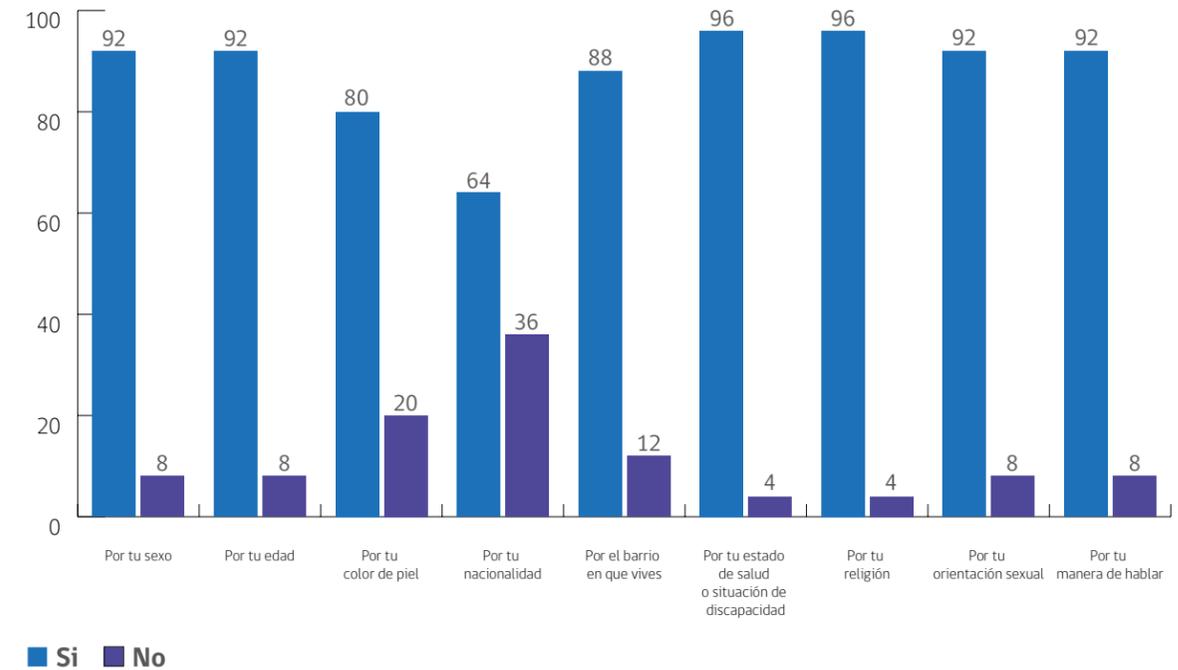


Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

Motivo de la discriminación.

Se solicitó al grupo de adolescentes responder el motivo por el cual creen que han sido discriminados o tratados de manera diferente o discriminatoria. Aquí respondieron 25 adolescentes migrantes en todas las categorías, salvo en la pregunta que estaba asociada a si "habían sentido que han sido discriminados por el barrio en el que viven actualmente", en donde el N fue de 24 respuestas (ver gráfico 8). Al preguntar los motivos de la discriminación, se obtiene que el 36% (n=9) de los y las adolescentes considera que es discriminado/a por su nacionalidad (es el porcentaje más alto entre todos los probables motivos), seguido de un 20% (n=5) que considera que es discriminado/a por su color de piel.

Gráfico 8. Porcentaje de adolescentes que declaran discriminación, según los siguientes motivos.



Fuente: Elaboración propia. Basado en encuesta aplicada al grupo de adolescentes participantes.

4.3.5. Conclusiones.

Respecto a la información sociodemográfica, 25 de los 30 participantes eran migrantes internacionales y 5 personas declararon ser chilenas.

Respecto a la escolaridad, se observan tres grupos mayoritarios: el 36,66% de los participantes cursan octavo básico; el 30% tercero medio; y el 16,66% séptimo básico. Mientras que solo el 28,57% viven y estudiaban en la misma comuna. La mayoría de los adolescentes migrantes provienen de Venezuela, encontrando también participantes provenientes de Colombia, República Dominicana y Perú. Al consultar con quién viven en Chile, la mayoría declara vivir con su madre, padre o con sus hermanos.

Al observar los resultados respecto a su experiencia migratoria, es posible identificar que la principal proporción de participantes migrantes llegaron a Chile en los últimos 3 años (n=17), y escogieron Chile principalmente por razones de búsqueda de mejores oportunidades. En la mayoría de los casos fue la madre, el padre o un hermano/a el que migró primero a Chile. Luego, migraron ellos acompañados por familiares o alguno de los padres. En su país de origen quedan principalmente abuelos/as y tíos/as. Finalmente, al solicitar evaluar su experiencia migratoria, con una escala del 1 al 10, los y las adolescentes la califican en promedio con un 7.

Respecto a la experiencia con el sistema de salud chileno, sólo un 48% sostuvo haber tenido alguna atención de salud, con un promedio de 2,29 consultas, siendo atendidos principalmente en el sistema de salud público. Es importante recalcar que un 80% de los/as adolescentes migrantes que participaron, declaran no tener o no saber si tienen previsión de salud, cifra muy significativa para interpretar la relación que estos tienen con los servicios de salud en Chile. En cuanto al conocimiento de prestaciones de salud, el 68% del grupo de adolescentes conoce a qué consultorio/hospital debe acudir en caso de necesitar una consulta médica, y un 60% sabe dónde consultar en caso de requerir algún método anticonceptivo. Finalmente, al consultar sobre el uso de algunas prestaciones médicas, se obtuvo que el 52% había consultado con dentista, y el 32% acudió a los Espacios Amigables. Sin embargo, el 76% no ha accedido a métodos anticonceptivos ni ha recibido atención psicológica.

En relación con la salud del grupo de adolescentes migrantes, en una escala del 1 al 10, la evalúan con un 8. Respecto a síntomas durante el último mes destaca la positiva evaluación en cuanto a salud física y sentirse contentos en el colegio. Al consultar por si se sienten tristes y solos, el promedio fue de 2,84 y 2,54, en una escala del 1 al 5, donde 1 fue "nunca" y 5 "siempre".

Respecto a la discriminación, solo tres adolescentes mencionaron el haberse sentido discriminados o tratados de manera diferente o discriminatoria. Sin embargo, al consultar en que lugares se han sentido discriminados, destaca que 9 adolescentes (37,5%) se han sentido discriminado en espacios públicos. En cuanto al motivo por el cual creen que han sido discriminados, destaca la nacionalidad y el color de piel.

Por último, entre los resultados encontrados y que son relevantes de mencionar, llama la atención el bajo conocimiento sobre la previsión de salud y de los servicios de salud a los cuales acudir en caso de requerir atención de urgencias, consulta médica, métodos anticonceptivos, entre otros. Esto eventualmente puede dificultar más el acceso a la atención de salud por parte del grupo de adolescentes migrantes, debido a barreras de tipo administrativas y por el desconocimiento de sus derechos a la atención de salud y las prestaciones que existen para su grupo etario. Además, si bien auto percibe su salud como buena y la mayoría respondió no haberse sentido discriminado, es importante trabajar en disminuir aún más los casos de adolescentes que han sido discriminados en centros educacionales, de salud y espacios públicos, por motivos como su nacionalidad y color de piel.

Se espera que el diagnóstico realizado, sea un insumo que contribuya a avanzar en la comprensión de la salud en los y las adolescentes migrantes y su relación con el sistema de salud chileno. Lo anterior, con el fin último de mejorar el acceso y atenciones de salud a la población adolescente migrante internacional en Chile, cumpliendo con el objetivo del Programa Nacional de Salud Integral en Adolescentes y Jóvenes.



CAPÍTULO 5: SISTEMATIZACIÓN DE ENTREVISTAS GRUPALES.

A continuación, se presenta la sistematización de las entrevistas grupales realizadas con adolescentes migrantes y un grupo de docentes de las escuelas a las que asisten los adolescentes que participaron del encuentro.

5.1 Percepción de barreras y facilitadores para el acceso a la atención de salud en adolescentes migrantes.

5.1.1. Barreras para el acceso a la atención de salud.

Desconocimiento de los Centros de Salud.

La mayoría de los y las adolescentes migrantes entrevistados sostiene tener escasa o nula información respecto al sistema de salud chileno. Asimismo, dicen desconocer los Centros de Salud de sus comunas y los procedimientos necesarios para inscribirse en ellos; de hecho, gran parte de las y los entrevistados dice no saber si están inscritos en su CESFAM respectivo. Al respecto, algunas opiniones son las siguientes (la letra G hace referencia al grupo, y la letra H=hombre y M=mujer):

"Yo no sé cómo funciona [la inscripción]" (G1H).

"No sé si estoy inscrito" (G2H2).

"No, no sé nada de eso de salud. Sí, en un futuro me gustaría inscribirme por si me llego a enfermar y recibir ayuda. Pero no sé" (G2M).

Llama la atención el hecho de que quienes dicen estar inscritos, reconocen no saber mucho del sistema y en su mayoría sostienen no haberlo utilizado nunca.

“Yo sí estoy inscrita, pero no sé mucho” (G4M1).

Asimismo, reconocen falta de claridad respecto al proceso requerido para la inscripción, así como la documentación necesaria para realizar este trámite. En este ámbito, acusan falta de información del proceso mismo y, sobre todo, de los papeles que deben presentar para poder hacer efectiva la inscripción.

“Creo que ella tenía que ponerme a cargo de ella [documentación para la inscripción] y, pues, también tenía que tener un papel que dijera que yo vivía en el lugar, para que me asignaran un consultorio” (G1M1).

“Sí, también creo que falta más información. Que se asegure bien qué papeles son necesarios para inscribirse” (G2M2).

Junto con lo anterior, falta de información respecto a si pueden realizar el trámite de manera autónoma o si requieren necesariamente estar acompañados por un adulto, o si el adulto debe ser su tutor legal o puede ser cualquier adulto presente:

“(…) me dicen que tengo que estar con mi mamá o un adulto. La suerte es que estaba con un adulto, pero no con mi mamá. Me inscribí con esa persona, con su RUT” (G3M1).

El grupo de docentes, de las escuelas participantes en el encuentro, reafirma la idea de desinformación que existe entre la población adolescente extranjera respecto a los derechos y opciones que tienen en el sistema de salud pública del país, especialmente los beneficios que existen para adolescentes, los cuales no son utilizados por la población migrante por falta de información:

“No saben que hay un beneficio, por ejemplo, en estos programas de salud pública, donde ellas pueden continuar su proceso de [atención] matrona u otros procesos. Los padres, a veces, como que no saben [de] este beneficio para los adolescentes, si quieren ingresarlos en un acompañamiento psicológico, Ni los mismos estudiantes saben eso; o de odontología. Entonces, como que también se pierde un poco esos beneficios que pueden estar ahí para las personas que ya pueden acceder al sistema de salud, sino que van solamente cuando hay una emergencia. Entonces, se pierde el resto de las atenciones o beneficios que puede tener, por desconocimiento” (G6M).

El mismo grupo de adolescentes entrevistados sostiene que la desinformación va de la mano con las diferencias en los sistemas de salud chileno y el de los países de origen de los y las adolescentes migrantes. Así, por ejemplo, el sistema de salud haitiano es muy diferente al nuestro, lo que hace que para la población haitiana la información y navegación por el sistema de salud en Chile sea difícil de comprender.

“Hemos tenido casos donde, por ejemplo, las personas de nacionalidad haitiana no tienen una valoración igual a la que tienen el chileno sobre la salud, y es porque allá no se controlan tanto, los controles son esporádicos, hay enferme-

dades que no se abordan ni se conversan... Pero tiene que ver con temas culturales y con cómo funciona el sistema de salud allá en su país. Hay algunos que se adhieren más al sistema de salud, los venezolanos, por ejemplo” (G6M).

Dado este panorama de desinformación, el propio grupo de adolescentes entrevistado demanda por más información y conocimiento del sistema de salud y el acceso a éste:

Barreras Burocráticas:

- Documentación:

Uno de los aspectos más mencionados por el grupo de adolescentes entrevistados en cuanto a barreras de acceso al sistema de salud, tiene que ver con problemas administrativos que han experimentado, o bien que “creen” existen en los centros de salud y hospitales. Uno de estos problemas, tiene que ver con la documentación, pues muchos de las y los entrevistados sostienen que no se han acercado a los centros de salud de su comuna por no tener ellos y/o sus padres, documentación migratoria al día, ya que les han dicho -tanto miembros de su comunidad migrante como en los colegios y centros de salud- que esto es un requisito indispensable para poder inscribirse y ser atendidos:

“No tiene papeles. Creo que lo que más influye en el trámite de papeles. La gran mayoría de los migrantes, el trámite es complejo” (G3M).

“Yo duré casi un año sin atenderme, por la falta de los papeles, pero luego me atendió una especialista y ya quedé atendiéndome normal con ella” (G1M1).

“No, porque tenemos que inscribirnos, tener residencia. Para los extranjeros no hay atención” (G2H).

Así también lo relata una adolescente, quien sostiene que no ha podido ser atendida, porque su madre no tiene la documentación de migración al día:

“Y, a mí igual, como llevo acá 1 año y ocho meses, y me dio alergia el año pasado, y aún no tengo FONASA ni nada. Mi mamá intentó sacar papeles y la cosa es que se los rechazaron y todavía no tengo salud ni puedo ser atendida (G3M1).

Esto genera gran frustración y miedo en los y las adolescentes, ya que sostienen sentirse desamparados ante una enfermedad grave. Frente a esta posibilidad, creen que no serán atendidos por el sólo hecho de no contar con la documentación necesaria:

“Puedes tener una enfermedad y ni siquiera darte cuenta. Y así puede ir progresando hasta que tienes que ir, pero no te pueden atender porque simplemente no tienes papeles. Y te puedes estar muriendo y no puedes hacer nada” (G3H).

Al respecto, una adolescente entrevistada relató una experiencia concreta de no haber sido atendida por no contar con los papeles necesarios, y la desconfianza respecto del sistema de salud que esta experiencia le generó:

“Yo fui y me echaron para atrás, por los papeles. Me provoca inseguridad, porque si estoy en un punto en que estoy muy mal, y mi única solución es ir y que me digan que no, me muero. Me da desconfianza” (G3M).

Hay adolescentes migrantes entrevistados que consideran “normal” que se solicite esta documentación, y que en sus países de origen es igual de complicada la inscripción en salud para la población extranjera, por lo que no se sorprenden frente a estas dificultades del sistema chileno:

“Para cualquier extranjero, en muchos países, es difícil. Porque en mi país es fácil para mí, pero si viene un chileno o de otro país, es difícil para ellos. Igual como es difícil para nosotros, porque llegamos acá y no es nuestro país. Claro que para los extranjeros es más difícil” (G2M).

De acuerdo con los docentes de las escuelas participantes del encuentro, existe mucha desinformación entre la población migrante respecto a los derechos que tienen para acceder a atención primaria. Esto lleva a que parte de la población extranjera se margine del sistema de salud por miedo principalmente, ya que persiste la idea que requieren de RUT para ser atendidos en los centros de salud:

“Harta promoción hace falta. Nos hemos dado cuenta que los extranjeros piensan que ellos deben tener su RUT para poder tener salud, y no es así. En la atención primaria con el pasaporte es suficiente. A veces, los chicos se enferman y llevan un año y no van al médico, al consultorio, porque no saben que los pueden atender” (G6M).

Ahora bien, este mismo grupo de docentes, reconoce que en ocasiones la mala voluntad de los profesionales de la salud hace que se refuercen los miedos antes mencionados entre la población migrante, ya que aún existen recintos de atención primaria que exigen RUT para su atención:

“A nosotros, nos ha tocado harto que los enviamos con los documentos que se requieren, pero depende harto de la voluntad de las personas que reciben esa documentación. Varias veces nos han rebotado los casos y nos dicen ‘no, no nos quisieron recibir’, siempre hay una excusa. Entonces, por ese lado yo creo que hay que reforzar un poco la voluntad y que sea algo para todos igual” (G6M).

- Tener menos de 18 años:

Otro de los problemas administrativos destacado por el grupo de adolescentes entrevistados, es el hecho de ser menores de edad, ya que sostienen tener la percepción de que para ser inscritos y/o atendidos en los centros de salud es obligatorio que los acompañe un adulto. En caso contrario, dicen que se les niega la atención:

“Yo creo que no nos van a atender, porque somos menores de edad” (G1M).

“Yo fui e hice el papeleo en el consultorio. Fui y me vieron todos los papeles, y cuando tenía todo eso listo, me dicen que tengo que estar con mi mamá o un adulto (G3M1).

De esta manera, destacan la necesidad de acompañamiento de un adulto como una barrera para la atención. Cabe destacar que esta noción de imposibilidad de ser atendidos de manera individual, por el hecho de ser menores de edad es una idea o percepción generalizada entre los y las adolescentes migrantes entrevistados:

“Ser menor de edad y no saber mucho los procedimientos” (G1H1).

“Si, yo creo que igual ser menor de edad y no saber eso” (G1H2).

Llama la atención algunos testimonios que puntualizan que en los Espacios Amigables se presta atención al grupo de adolescentes sin necesidad de un adulto, pero no es una información de conocimiento generalizado y, además, se hace la diferenciación entre dichos espacios y la atención hospitalaria, donde sostienen, entienden o piensan que es obligatoria la presencia del adulto:

“Los que son Espacios Amigables, obviamente van a atendernos. Pero, por ejemplo, si te pasa algo o tú quieres ir a un hospital normal por algo, no te van a atender por ser menor de edad, eso yo tengo entendido” (G1M2).

- Barreras interpersonales en la relación usuario/a y trabajador de salud:

Del grupo de adolescentes entrevistados, quienes han acudido al sistema de salud, principalmente a atención primaria, comparten la opinión de que la calidad de la atención es muy buena en términos técnicos, pero excesivamente fría y distante en el trato:

“Me parece excelente, por una parte, excepto la atención, porque cuando uno llega y va a decir los síntomas, ni te ven a la cara ni te prestan atención, y es como que todo lo que dices va directo a la computadora y no hay un diálogo. Y no prestan atención a lo que tienes, no te sientes atendido. Eso es lo primero que debería cambiar” (G3H).

Sostienen que el trato del personal de salud es muy impersonal, que carece de contacto entre el profesional y el/la adolescente:

“No tienen un contacto directo contigo. En realidad, lo que tú dices, ellos son un filtro a la computadora. No te sientes bien atendido” (G3H).

Junto con lo anterior, sostienen que en los centros de salud se sienten violentados por preguntas personales realizadas por personal de salud, las que en muchas ocasiones nada tienen que ver con la atención específica, y que consideran que no se debiera pedir este tipo de información, como, por ejemplo, los guardias:

“Encuentro que son muchas preguntas para lo que iba a pedir. Por ejemplo, el guardia no tendría por qué preguntarle cosas que no le interesan. Él tiene que saber indicarle dónde es, no hacer preguntas personales” (G3H).

De acuerdo con los testimonios, tantas preguntas realizadas por diferentes personas (técnico, médicos y/o administrativos) hace que sientan pasada a llevar la confidencialidad en la atención de salud, así como su integridad misma como adolescentes.

Algunos sostienen también que el trato que han recibido por parte del personal de salud no es amable, sino más bien lo contrario, que les hablan mal, que los miran de una manera no amigable, todo lo cual hace perder la comunidad percibida en los centros de salud. Destacan que esto se relaciona más con la disposición de las personas que con una cultura institucional, ya que sostienen que hay funcionarios que sí realizan una atención con trato amable y respetuosos:

“La forma de mirar. Porque he ido a veces con mi hermana que está embarazada y, una vez, le tocó una mujer súper pesada que la trataba súper mal; pero, al día siguiente, nos tocó una mujer súper amable, alegre” (G4M).

Esto hace que uno de los aspectos peor valorados de la atención de salud en Chile sea el trato que reciben por parte del personal de salud:

“La mala atención, no me gusta cómo atienden” (G1M).

“Como tratan a los inmigrantes y también la mala atención” (G1M).

Cabe destacar, además, que esta percepción de maltrato cambia en la experiencia de algunos entrevistados, cuando van acompañados de un adulto, ya que sostienen que en ese contexto son mejor atendidos:

“Cuando voy con mi mamá nos tratan mucho mejor” (G4M).

- Percepción de discriminación.

Una de las explicaciones frente al mal trato recibido por parte del personal de salud, lo vinculan a la discriminación que sufren en Chile, y en el sistema de salud en particular, por el solo hecho de ser migrantes y a la mala percepción que existe sobre este grupo en la sociedad chilena en general:

“Hay ocasiones en que denigran a personas por ser migrantes, en varios aspectos, no sólo en salud les excluyen. Por ejemplo, en las escuelas pasa mucho, por el simple hecho de estar en un país que no conoces. La cuestión de las palabras distintas, que son cosas comunes. Hay que adaptarse...” (G3M).

“No sé, puede ser que sea como un problema, pero por la discriminación, dependiendo tal vez del país que uno venga, te pueden discriminar o no. Tal vez las mismas personas que atienden en salud, a veces pasa que por ser personas extranjeras las discriminan o no las atienden como corresponde” (G3H).

Sostienen, además, que la discriminación se acrecienta dependiendo del país de origen de las personas migrantes, acrecentándose en el caso de la población haitiana:

“Creo que depende de múltiples variables, como decían los muchachos, puede que seas extranjero y quieres pedir hora, y miran tu carnet y preguntan de qué país viene. Por ejemplo, le ha pasado a mi mamá que dice “soy de Colombia” y le dicen “ah, colombiana...” (G3M).

“Yo escucho en las noticias, que alguien haitiano o colombiano estaba embarazado y llamó un taxi y, al llegar y ver que era negro, se fue” (G5H).

“(...) A veces, uno pide una información y lo que hacen es responderle mal a uno, porque yo no sé para qué lo contratan si cuando usted contrata a una persona, no puede estar esa persona enojada y tiene que tratar bien al que está consultando, con cordialidad, y a veces lo tratan mal, no responden, te discriminan, y eso no debería ser así... He visto como discriminan a las personas, como una vez que yo estaba con mi hermana que iba a dar a luz, y yo estaba ahí, y vi a un haitiano que estaba preguntando sobre su esposa, y una mujer chilena le habló mal, y lo estaba discriminando, porque no le explicaba a él, porque en realidad el hombre no sabía bien el español” (G1M).

Respecto a salud en específico, sostienen que faltan instancias de información y educación a los inmigrantes respecto al sistema de salud chileno, ya que en la actualidad sostiene que el personal de salud los y las discrimina por no tener la información necesaria para navegar por el sistema, lo cual es altamente resentido por el grupo de adolescentes:

“Es que son muchos aspectos, es como enseñarle, en vez de retarle. No llegar y decirte ‘es que estamos en Chile’. Son cosas que dan rabia” (G3H).

Cabe destacar que no todos los y las adolescentes que se entrevistaron perciben discriminación por parte del sistema de salud, ni que esto constituya una barrera. Aun así, estos relatos son minoritarios dentro de los testimonios:

“En mi opinión, diría que no, pero igual hay gente que no le agradan los migrantes, como una de diez; pero no es una barrera, a menos que haya un tema de papeleo” (G3H).

Por parte del grupo de profesionales docentes de las escuelas que participaron en el encuentro, se sostiene una percepción de que existe fuerte discriminación hacia adolescentes migrantes, no solo desde el sector salud, sino también desde la sociedad en general, donde se reproducen una serie de mitos sobre la población adolescente extranjera; como, por ejemplo, que son responsables del aumento de VIH/SIDA en el país. Esta discriminación también la identifican como proveniente desde el sector educación, por parte de docentes y funcionarios de los establecimientos educacionales:

“Tiene que ver a partir de mitos, que llegó más SIDA, llegaron más enfermedades, que son puros prejuicios, puras tonteras a partir de correr la voz... Pero yo creo que hay prejuicios y estigmas todavía, que tienen que ver con la cultura y la mala información que están instaladas; y de los adultos, los profes, no tanto los estudiantes” (G6M).

- Largos tiempos de espera en la atención de salud.

Otra barrera identificada por la mayoría de los y las entrevistadas es en relación a los largos tiempos de espera que han experimentado en los distintos centros de salud, o bien, que han escuchado sucede en el sistema de salud desde sus propios pares o familiares, lo que hace que no quieran

acercarse en el caso de quienes nunca han ido, o no quieran regresar ya que consideran que es una mala experiencia:

"Porque una vez fuimos al consultorio y, no, se demoraban mucho en atender entonces no se podía..." (G1M).

"Sí, tuve que esperar mucho rato" (G1M).

Asimismo, perciben que acceder a una hora con especialista en el sistema público de salud es casi imposible, ya que la espera es demasiada hasta que las horas son asignadas. Algunos comparan esta situación con sus países de origen donde, en general, sostienen que existe menor espera, ya que sus sistemas de salud cuentan con más personal, a diferencia de Chile, donde perciben falta de personal de salud para hacerse cargo de toda la población que se atiende en el sistema público.

Otros testimonios sostienen que, si bien en Chile los tiempos de espera para la atención hospitalaria son largos, en sus países de origen no es muy diferente y, en algunos casos, peor:

"En República Dominicana hay más personal y especialistas para todo. Tú vas con un problema de algo y, en realidad, no te atiende un médico general, sino un especialista inmediatamente y aquí no. Aquí te atiende un médico general y, a veces, un aprendiz o algo, y después ellos te derivan al especialista y ahí tienes que esperar muchos meses, a veces. Pero allá no, en mi país uno llega y le ven el problema y, de una vez, la atiende un especialista. Creo que aquí falta más personal, obviamente la medicina es más avanzada, pero falta personal" (G1M).

"Desde mi punto de vista, la salud acá no es del todo tan mala, porque si comparo con mi país, allá se espera una semana completa y nada" (G3M).

De acuerdo con las y los entrevistados, el tiempo de espera se intensifica en la atención en hospitales, sobre todo en urgencias. La mayoría de las experiencias del grupo participante con hospitales han sido más bien negativas, ya que consideran que el personal de salud, principalmente de servicios de urgencia, nunca les dan prioridad en tanto población adolescente extranjera:

"Pues yo iba mucho al hospital, porque siempre me daban crisis y, aparte de eso, siempre iba con problemas abdominales y eso. Y, pues, no me atendían de una vez, yo amanecía en el hospital esperando que me atendieran y, pues, para ellos mi problema no era tan grave, pues me dejaban ahí" (G1M).

"Bueno tenía algo y mi mamá me llevo, duramos desde la madrugada hasta el otro día, o sea, un día completo y me atendía cada 5 horas. Entonces, no me lo encontré bueno" (G1M).

"Yo creo que yo me sané en el transcurso de espera... Porque es que te ponen a esperar todo un día entero. Tú vas con un problema y tú, ya del sueño, ya quieres irte para tu casa, porque ellos te dejan ahí como si no le importara como tú te sientes, solamente te dicen hay personas que llegaron más graves, que eso no es por orden de llegada, sino por el problema que tenga, etcétera" (G1M).

"Tengo entendido que atienden por urgencia, por gravedad; pero se demoran caleta." (G2M).

"Emergencia no debería llamarse emergencias, debería llamarse espera, porque uno va para emergencias y lo que la ponen es a esperar" (G3M).

Además de la espera, el grupo de adolescentes entrevistados menciona que en los hospitales si no están inscritos en FONASA, deben cancelar una suma de dinero que los deja desprotegidos frente a ciertas enfermedades:

"Se supone que tengo FONASA y me enfermé. Ahí fui al SAPU y me dijeron que no tengo FONASA, y no estoy en el sistema, y que debo pagar ocho mil pesos. Le dije 'OK, no tengo FONASA', y mi amiga pagó los ocho mil pesos. Eso se tarda siempre, y cuando yo entro ya tenía como una semana mal" (G3M).

El grupo de docentes de las escuelas que participaron del encuentro apoyan esta idea, sosteniendo que la solicitud de RUT a extranjeros en los hospitales como requisito para la atención gratuita, es una de las principales barreras para el acceso de esta población a la atención terciaria:

"Yo creo que principalmente el tema del RUT... o sea, ellos tienen derecho a la salud primaria, pero en el caso de hospitalizaciones es necesario el RUT, y si no, tienen que pagar particular. Y muchas de las familias están en situación que están con trabajos no formales entonces es muy complejo. Yo creo que esa es la principal barrera, desde la experiencia que tengo yo" (G6M).

Llama la atención la percepción de los y las adolescentes de que en los hospitales son tratados como adultos, sin pertinencia de acuerdo con su edad, lo que los hace sentirse vulnerables y no priorizados en la atención de salud:

"Yo siento que nos tratan como adultos. No hay una prioridad. Es como que, si no eres niño, puedes esperar. No invisible, pero no priorizado" (G3M).

- Barreras para el acceso a preservativos y/o anticoncepción:

Uno de los temas que preocupa especialmente a los y las adolescentes migrantes, tiene relación con el acceso a preservativos y/o anticoncepción. La gran mayoría sostiene que el hecho de que haya que pedir una hora en el centro de salud con él o la matrona para que les entregue una orden para preservativos, es un trámite que obstaculiza el acceso a éstos, ya que, como se vio anteriormente, muchos no acuden a los centros de salud, y los que van piensan que es muy engorroso solicitar hora con él o la matrona. Comparan, además, su experiencia en Chile en relación con sus países de origen y, en algunos casos, sostienen que en Chile es más difícil acceder de manera rápida y oportuna a preservativos:

"Me los regalaban (...), pero acá es súper distinto, tiene que pedir hora, la matrona te da una receta para que pueda retirarlo. Mucho trámite. Entonces, si uno tiene una urgencia y no tiene dinero para comprar condones en una farmacia, igual es como un riesgo" (G5M).

Además de las dificultades recién descritas, manifiestan la creencia de que en los centros de salud los preservativos deben ser solicitados por un adulto, lo que hace más difícil el acceso a éstos:

“Mi mamá me los pide en el consultorio. Me dijo que se los dan a un mayor, por eso los recibe ella. Yo tengo 15 años” (G5M).

Al respecto, destacan también la presencia de matronas/es en los colegios como algo sumamente positivo, ya que eso permite mejor acceso y adherencia a SSR y, en lo específico, el acceso a preservativos y anticoncepción:

“En el colegio hay una matrona y me queda más cerca que ir al doctor” (G1H).

- Barreras para el acceso y adherencia a salud mental:

En concordancia con la literatura en salud, uno de los aspectos más relevantes en salud de adolescentes migrantes tiene que ver con salud mental. Si bien existe consenso internacional respecto a esta prioridad en salud, el acceso a atenciones en salud mental se ve dificultada por una serie de elementos; entre ellos, la disponibilidad de profesionales y la oportuna derivación. Además de esto, un problema que aparece en las entrevistas realizadas tiene que ver con la baja adherencia a los tratamientos de salud mental, la cual se ve afectada principalmente por las malas experiencias que los y las adolescentes han tenido.

Al respecto, el grupo de adolescentes entrevistados destaca como principales barreras, el poco tiempo de duración de la consulta y el largo tiempo de espera entre una atención y otra, lo que hace que sientan que no merece esfuerzo ir a atención de salud mental, debido a que bajo dicha modalidad de atención dicen no sentirse escuchados ni valorados:

“En realidad, no sirve, porque uno va a una consulta, por ejemplo, y le dice ni la mitad de lo que te está pasando, y luego te vuelve a atender después de un mes y la conversación se queda en el aire. Entonces, no se llega a nada, porque nunca termina de saber él realmente lo que tú tienes (...) la consulta debería ser más larga y seguida” (G1M).

“Que alarguen las horas con los psicólogos, es que ellos presten atención y terminen de escuchar lo que quieren decirle y no que lo guarden para la otra semana y la otra semana no tener psicólogo” (G1M).

Las barreras de acceso a la atención de salud mental son también reconocidas por el grupo de docentes de las escuelas participantes en el encuentro, donde reconocen el impacto que el proceso migratorio tiene en la salud mental del grupo de adolescentes migrantes de sus establecimientos educacionales, y la falta de atención de salud mental que existe para este grupo:

“Las problemáticas de salud mental, yo diría que afectan bastante. Este tema del cambio de un país al otro, obviamente, trae asociado una dinámica familiar diferente, cambios de adaptación... Y muchos también están con síntomas de duelo migratorio, que también es algo normal, pero si no se trabaja puede llegar a ser más patológico. Entonces, en ese sentido, yo diría que el acceso a salud mental

es una dificultad, y ellos presentan varias necesidades en ese ámbito, y ha sido un tema también poder efectuar algunas derivaciones” (G6M).

Además, los y las docentes perciben un colapso en el sistema de salud, principalmente en lo que respecta a salud mental, especialmente para la atención de migrantes, lo que repercute directamente en la salud de adolescentes pertenecientes a este grupo:

“Se hace primordial la atención en salud mental y lo que es, por ende, también a la familia. Tenemos nosotros red de apoyo con convivencia escolar, pero a la vez las redes externas están colapsadas, o tenemos hora dentro de dos meses y hay cosas que son urgentes. Entonces, también nosotros nos vemos afectados, porque vemos que nosotros, los estudiantes, sobre todo los adolescentes, con el equipo de convivencia tienen mucha comunicación; se han ganado su espacio. Pero también uno ve el asunto de las emociones, depresión, o diferentes temáticas de salud mental, las redes con las que nosotros contamos también están colapsadas. La atención en el CESFAM toca dentro de dos meses más, y ¿qué hacemos nosotros entre medio, o qué hace la familia? ¿Qué hace el profesor? ¿Qué hacemos nosotros como institución?” (G6M).

5.1.2. Facilitadores para el acceso a la atención de salud.

- Percepción de buena calidad de la salud en Chile:

En los relatos del grupo de adolescentes que se entrevistaron, aparecen también una serie de facilitadores para el acceso al sistema de salud. Uno de los principales tiene que ver con que, en general, consideran que la salud en Chile es de un muy buen nivel clínico, por lo que les da confianza:

“Se podría decir que acá es más avanzado, aunque no hay tanto personal, pero si es avanzado, la medicina es avanzada, porque si yo no hubiera llegado a Chile nunca hubiese sabido que tenía asma y yo podría que no lo estuviera contando, que no estuviera viva, porque allá me daban crisis, pero no sabían que yo era asmática y no tenían idea. Cuando yo llegué acá, fue acá que lo descubrieron y eso fue algo bueno, quiero decir que la medicina es más avanzada” (G1M).

“Desde mi punto de vista, valoro que hay avance. Hasta donde sé, Chile ha sido bueno en comparación a otros países de la región” (G3M).

Destacan, además, la buena atención de salud que existe en Chile para niños y niñas, siendo una de las áreas donde reconocen mayor diferencia con respecto a sus países de origen:

“La salud para niños es muy bueno. Mi hermanito hace poco se fracturó el brazo y lo atendieron muy bien apenas llegó” (G3M).

“Igual, para los niños. A mi hermanito lo inscribieron para su cita con su pediatra para vacunas y todo. Le dan leche y todo, lo atienden muy bien” (G3M).

Por otra parte, destacan el buen nivel de la infraestructura de ciertos centros de salud, la cual consideran muy adecuada y agradable:

“Al menos, al centro que yo fui, hay espacios de lectura y es como súper bonito que ciertos consultorios integren ciertos espacios para que las personas interesadas lean. A mí me parece super bien y es como lo único que puedo destacar del lugar” (G1M).

- Experiencias de buen trato en la atención.

Junto con lo anterior, aparecen como facilitadores para el acceso a la atención, experiencias de buen trato recibido por parte del personal de salud en su primera visita al centro de salud, lo cual se transforma, en caso particulares, en una importante motivación para volver:

“La mía fue buena, porque yo fui a pedir cita en la mañana y como estaba super mal me dieron cita para la tarde y me atendieron súper rápido” (G1M).

“Es que el año pasado, si no me equivoco, tuve un problema con la gastritis. Entonces, me toco ir a un centro de salud en el que estoy inscrita y fue super bueno, porque fue una doctora super simpática (G1M).

- Programa de Espacios Amigables de Atención para adolescentes.

Uno de los aspectos destacados por el grupo de entrevistados, tiene que ver con la buena percepción que existe –entre quienes han sido usuarios–, respecto a los Espacios Amigables. Cabe destacar que hay un número importante de adolescentes que sostiene no conocer ni tener información sobre la existencia de estos espacios de atención. Pero quienes sí los han usado, consideran que efectivamente estos espacios facilitan una atención de salud para adolescentes, en términos de respetar la privacidad en la atención, la confidencialidad y, sobre todo, porque permiten la atención sin la presencia de un adulto que los acompañe:

“Bueno, lo que yo tengo entendido es que los espacios amigables son para consultar con matrona y nutricionista y por vía del colegio, es un espacio en donde tú no tienes que ir con un adulto para que te atiendan, igual tú puedes ir solo para la privacidad, para que nadie se entere de lo que tus vayas a chequearte y eso es un espacio amigable, es lo que le da protección” (G1M).

“Nos gusta, porque muchas veces para atenderse con una matrona uno tiene que ir con la mamá, y uno quiere decir cosas que no puede decir, porque están presentes y ahí uno puede ir solo y expresarse bien de lo que tiene, sin vergüenza de que otra persona se vaya a enterar” (G1M).

Llama especialmente la atención, el conocimiento que existe entre adolescentes migrantes varones respecto a estos espacios, quienes han acudido principalmente en calidad de acompañantes de sus parejas para que estas accedan a anticonceptivos:

“Yo lo usé, por mi novia. Estaba con ella y me preguntaron datos, lo que he vivido acá, preguntas básicas. A mi novia la han atendido matronas sobre salud sexual. Me parece bien, porque son muy preocupados” (G3H).

Junto con lo anterior, quienes ha hecho uso de estos espacios de salud agradecen la disponibilidad gratuita que existe en los Espacios Amigables de diversos dispositivos de anticonceptivos y preservativos, no así en a través de la consulta ginecológica, donde deben adquirir estos elementos en la farmacia, pagando de su bolsillo, lo que genera una importante barrera de acceso:

“He ido al consultorio, he pedido cita para el ginecólogo. Eso sí, en el Espacio Amigable dan todo: inyecciones, preservativos; pero en el ginecólogo no. Ahí te dicen ‘necesitas esto y esto. Si te quieres cuidar, puedes usar esto, que sale tanto en la farmacia’, y la inyección que te dan gratis en el Espacio Amigable, sale \$12.000 en la farmacia” (G3M).

- Espacios Amigables de atención al interior de las escuelas.

Un aspecto que valoran los/as adolescentes entrevistados/as es la existencia de Espacios Amigables al interior de las escuelas, ya que a través de este formato sostienen que les es más fácil acceder a la matrona/matrón y poder iniciar anticoncepción, acceder a preservativos y a información en materia de SSR. Sobre este formato de atención de salud, lamentan que los tratamientos, por ejemplo, de anticonceptivos y entrega de preservativos, se vean interrumpidos durante el periodo de vacaciones:

“Bueno, yo tuve la experiencia en el Espacio Amigable del liceo. El año pasado y acá las vacaciones sobre diciembre, enero y febrero, y en ese tiempo cómo uno se cuida y busca anticonceptivo. Y cuando fui en noviembre no me podían dar las inyecciones de los otros tres meses, entonces quedaba como ‘¿y ahora qué?’. Entonces, tenían el consultorio en un lugar y uno pedía hora, fui y fue chévere. Me pesaron, me midieron, me hacían preguntas. No era como que me dieran el anticonceptivo, y un registro y listo, sino que me buscan, me revisan y todo. Fue súper chévere. Y ahora que eso no esté, es triste. Era una oportunidad buena, iban muchas personas” (G3M).

“Bueno, mi novia también estuvo con el matrón y eso. Y también tuvimos una lucha fuerte por el tema de las inyecciones, pero como al segundo mes de vacaciones nos dieron el de ese mes y el del siguiente. Es un problema hallar quién la pone” (G3H).

La incorporación de equipos de salud al interior de las escuelas es una experiencia muy bien evaluada por docentes de las escuelas que participaron en el encuentro. Al respecto, sostienen que la incorporación de matrones/as y psicólogos/as en las escuelas, permite la atención espontánea de estudiantes, lo que facilita su acceso a salud y rompe con ello una serie de barreras, entre ellas, la escasa participación y acceso de varones adolescentes en los centros de salud:

“Hubo un tiempo en que efectivamente costaba hartito acercarse los temas de reproducción, sexualidad, afectividad en los estudiantes, había cierta distancia.

Y, desde hace un tiempo, se generó el Espacio Amigable que se implementaba a través de la dirección de salud, y eso implicaba que en algunos establecimientos había un equipo de un psicólogo y una matrona, y hacía consultorías ahí. Eso también sirvió, porque era espontáneo, y también se generó en Santiago Joven, un espacio fijo de este Espacio Amigable. Entonces, la verdad es que eso ayudó, por lo menos permitió un poco acercar. Y, ahora, claro, se está trabajando temáticas de afectividad bastante dentro de los establecimientos, a través del programa Sexualidad Comunal, entonces, como que se ha ido por ahí avanzando un poco plantear el tema y trabajar también desde los varones, no solo como algo centrado sólo en la mujer. Ahora, de que falta, falta. Yo no sé si los estudiantes espontáneamente han seguido consultando tanto” (G6M).

5.1.3. Requerimientos de adolescentes migrantes hacia el sistema de salud público.

- Percepción de adolescentes migrantes sobre su propia salud:

En términos generales, los y las adolescentes migrantes consideran que su salud es buena, sin enfermedades particulares, más allá de episodios de resfríos o cosas menores:

“Yo creo que buena. Casi no me enfermo, muy poco. Por eso creo que tengo buena salud. Y, además, que siempre mejoro muy rápido” (G2H).

“No sé. Bueno, me cuido comiendo verduras, frutas, porque también el fútbol sirve” (G2M)

Llama la atención la mención que gran parte del grupo de adolescentes entrevistados hacen del impacto que el frío experimentado en Chile ha tenido sobre su salud:

“Yo creo que sí, porque del país del que nosotras venimos es cálido. Entonces cuando nosotras llegamos el frío y todo eso, el invierno nos afecta mucho, nos resfría” (G1M).

“Yo en mi vida me había resfriado y, bueno, llegué acá y caí en cama seguido de resfríos, porque es muy helado” (G1M).

“Creo que hay personas que son más débiles, por el cambio de clima se enferman todo el tiempo, o pueden llegar a tener problemas. Y, como están acostumbrado a otro clima, puede ser un factor para enfermarse” (G4M).

Los y las docentes de las escuelas participantes coinciden con este diagnóstico respecto al impacto que el cambio de clima tiene en la salud de los y las adolescentes extranjeras, siendo este un tema importante de abordar:

“Cómo enfrentar el invierno. Es un tema para nosotros, porque hay niños que andan muy desabrigados y nosotros les explicamos lo que es el invierno aquí, en nuestro país. Hay niños que vienen de otros países que tiene otro tipo de clima, como tro-

pical. Entonces, cuando vienen acá, a lo mejor a ti te ha pasado, el invierno es muy fuerte acá. Entonces, el problema respiratorio... y siempre tenemos que hablar con los apoderados respecto a eso, los problemas respiratorios, cómo hay que vestirse, cómo hay que abrigarse, porque acá el invierno es bastante. Una ya está acostumbrada, pero para algunos es difícil, es muy crudo el invierno” (G6M).

- Priorización de temáticas de salud:

Respecto a los temas de salud que más les preocupan y perciben que más convocan a los y las adolescentes migrantes, mencionan: (i) salud sexual, (ii) salud mental, (iii) consumo de drogas y alcohol, y luego otros temas, como (iv) salud nutricional, salud bucal, entre otros.

(i) En los **ámbitos de sexualidad y salud sexual**, perciben que el mundo adulto sigue tratando este tema como tabú, que no se conversa sobre sexualidad con ellos, y que los adultos perciben a los y las adolescentes como menores de edad, por ende, ajenos al inicio y exploración de la sexualidad:

“Lo ven como un tabú, como que las personas ven a los adolescentes que son menores de edad y no pueden hacerlo, para ellos es algo promiscuo, se podría decir. Como ‘sale tú ni siquiera tienes edad para eso’ ” (G1M).

Una de las prioridades en SSR para el grupo de adolescentes migrantes es el acceso a preservativos. Cuando deben comprarlos en las farmacias, además de generarse una barrera de acceso por el precio de los preservativos, les afecta el tener que lidiar con los vendedores de las farmacias.

“Cuando uno va a la farmacia a comprar condones, el señor va a pensar que uno va a eso. Eso es lo que da vergüenza, pero ellos ya saben, si uno quiere cuidarse, entonces no debe importar lo que piensen, pero igual importa, da vergüenza ir y preguntar por los condones, cuáles son los más económicos, los más buenos, cualquier cosa” (G4H).

Así, también, aparece como una prioridad el acceso a anticonceptivos. Al respecto, un tema que apareció durante las entrevistas desde el grupo de adultos profesionales de las escuelas fue el de adolescentes migrantes mujeres que traen sus dispositivos puestos desde sus países de origen, pero no acceden a controles de dichos dispositivos, ya que las adolescentes no acceden al sistema de salud acá en Chile:

“Lo que yo veo es que las mamás llevan a las niñas a ponerse el Implanon [anticonceptivo subcutáneo]. Y a los migrantes como que algunos están en tratamiento de su país de origen, pero no he visto tanto la forma de acercarse” (G6M).

(ii) En los **ámbitos de salud mental**, destaca la temática del suicidio como una práctica muy presente entre adolescentes, principalmente chilenos, lo que les preocupa ampliamente:

“Desde que llegué acá, sí he tenido muchos compañeros que se han puesto a hablar conmigo, porque están muy deprimidos, sus padres no los ayudan, que se quieren suicidar y se hacen daño” (G5M).

Llama la atención la diferenciación que hacen entre adolescentes extranjeros y chilenos en este ámbito, sosteniendo que el grupo de adolescentes chilenos son más propensos a la ideación y ejecución del suicidio. Esto lo perciben como una debilidad, ya que sostienen que las y los adolescentes chilenos no tienen las fortalezas necesarias para enfrentar los problemas de la vida, a diferencia de ellos que se perciben como más resilientes:

“Yo igual lo veo, son exagerados. Si los regañan, se cortan o se quieren matar [adolescentes chilenos]” (G5H).

“Tal vez en el área de lo psicológico sí, pero igual yo creo que, o sea, yo he visto muchos chilenos que son más sentimental que nosotros, como que hay veces que sufren más” (G1M).

Respecto a problemáticas de salud mental y suicidio en la adolescencia, algunos adolescentes entrevistados lo atribuyen a la ausencia prolongada de padres y madres por las largas jornadas laborales que estos deben realizar, esto se acentúa en adolescentes migrantes, toda vez que el proyecto de vida migratorio de la familia gira en torno a las oportunidades laborales. Perciben que esta realidad los deja en una situación de desprotección y vulnerabilidad, ya que no cuentan con los soportes emocionales necesarios para hacer frente a las problemáticas cotidianas:

“Lo que pasa es que siento que los padres se ponen a trabajar tantas horas y los niños quedan tanto tiempo solos, que los padres lo compensan con regalitos o dejando hacer lo que ellos quieren. Y eso no debería ser” (G5H).

Los y las docentes de las escuelas participantes en el encuentro sostienen que la ideación suicida y el suicidio es, efectivamente, una de las problemáticas que más preocupa respecto a la salud de adolescentes, y que especialmente los migrantes no quedan fuera de este tema:

“Entonces, este año el psicólogo está atendiendo a la vespertina, donde hay mucho estudiante migrante, y se detectó ideación suicida. Y, de hecho, se suicidó un niño, la semana pasada. Fue un caso que, lamentablemente, no se pesquisó a tiempo” (G6M).

“Es súper fuerte, porque hablamos también de adolescentes de educación media, que a veces están llorando y uno no sabe de qué, y trata de conversar, sentarse con ellos, escucharlos” (G6M).

Otros temas vinculados a salud mental tienen que ver con duelo migratorio, específicamente lo que provoca extrañar a sus familiares que quedaron en el país de origen, lo cual genera un importante estado de nostalgia y sensación de tristeza, ya que muchas veces los familiares que quedaron en el país de origen son los padres o madres, a quienes los adolescentes dicen necesitar, sobre todo en la etapa de la vida en la que se encuentran:

“A mí me pasó que yo estaba con mi mamá, porque mis padres están separados. Entonces, mi papá se vino hace 5 años con su esposa y, en ese momento, se vino a establecer. Una vez que se estableció, pude venir yo. Entonces, al principio me afectó no estar con él y ahora me afecta no estar con mi mamá. Todavía la extraño, nos comunicamos vía teléfono” (G5H).

Esto se ve acrecentado por el sentido de comunidad arraigado en varias de las culturas de los países de origen de los y las adolescentes migrantes. Cuando esta comunidad se separa, el impacto en los integrantes es importante, en este caso, al grupo de adolescentes que ha debido alejarse de sus comunidades de origen:

“Nosotros los caribeños somos más comunidad. Entonces, puede también venir por esa parte cultural, en donde quizá la formación de una pareja es diferente a otros lugares. O sea, no creo que un europeo tenga mucho ese concepto de unidad, de pareja... Vivimos muy en comunidad... eso es una de las cosas por las que también muchos estudiantes entran en depresión. Santiago está como con muchos edificios, y nosotros en nuestra cultura somos más casas, más comunidad más residencias” (G6M).

Por otra parte, ciertos adolescentes entrevistados hacen mención del impacto que tiene en ellos las emociones de desarraigo, nostalgia y pena que viven sus padres y familiares más cercanos. En muchas ocasiones, relatan que ellos se hacen cargo de este dolor y lo asumen como propio:

“En principio, a mi madre le pegaba mucho el dejar su vida atrás, su familia, y venirse a otro país a empezar de cero. Cuando ya le empezó a ir bien acá, ya se sentía muy bien y, de hecho, mi mamá tenía pensado devolverse a Venezuela con nosotros, porque la depresión la tenía mal. A mí me afectó que mi mamá estuviera así, pero yo estaba muy bien. Todavía extraño a mi familia. Como familia, ayudamos a mi mamá y ella cambió esa mentalidad y se siente bien aquí” (G5M).

Junto con lo anterior, mencionan extrañar a sus amigos y grupos de pares del país de origen, relataando que, en Chile, muchas veces se sienten solos:

“A mí me pasa que los amigos de ahora no significan tanto como los de allá, pero también es cierto que no tengo tanta actividad con él como los de ahora. Me siento solo” (G5H).

Por otra parte, se reconoce que el grupo de adolescentes migrantes deben cargar en muchos casos con la crianza de sus hermanos menores, ya que sus padres trabajan extensas jornadas y no pueden realizar esta labor. De acuerdo con los y las docentes de las escuelas, esta es una realidad muy frecuente en adolescentes migrantes, y estas responsabilidades los sobrecargan física y emocionalmente:

“...de un día para otro deciden ir a otro país, por necesidad. Entonces, los pequeños toman su maleta y viajan a un país que quizá es desconocido y no toda la familia está acá, los padres trabajan en horarios extensos... Tenemos también adolescentes migrantes que tienen que cuidar a sus hermanos pequeños. Bastantes casos, porque los padres trabajan. Van a dejar a sus hermanos, después se van al liceo o a buscarlos, y los hermanos que tienen media jornada los esperan. Estos adolescentes los van a buscar para la casa, darles almuerzo, preocuparse de ellos y es una carga emocional, y también eso va haciendo que tengamos adolescentes sobrecargados física y mentalmente, que tienen que hacerse cargo de hermanos pequeños, tomar esa función” (G6M).

Así también, las diferencias culturales, el desconocimiento del territorio y experiencias de discriminación afectan, según el testimonio del grupo de adolescentes migrantes, a su salud mental, especialmente en lo que tiene que ver con su autoestima: "...las personas que muchas veces los acosan, los discriminan también... hay muchas diferencias en los países, entonces a veces eso choca demasiado y afecta más a un inmigrante psicológicamente que a un propio chileno, porque parece que esa persona pueda tener un problema, pero para el inmigrante es más grave, porque obviamente no está en su país" (G1M).

"Yo encuentro que hay muchas enfermedades, o sea, de baja autoestima" (G1M).

Las experiencias de discriminación en adolescentes están, en muchos casos, vinculadas al color de piel y diferencias en el idioma. Esto afecta profundamente a los y las adolescentes migrantes y son pocos los espacios a los cuales recurren para apoyarse, ya que sostienen que las acciones discriminatorias no provienen solo desde pares, sino también desde profesores, profesionales de salud y otros adultos significativos:

"Algunos niños los molestan por el cabello, la piel, el acento o cualquier cosa. Hemos llegado a problemas, por eso, porque hay ciertos profesores que también hacen ese tipo de discriminación hacia los alumnos. 'Tú eres negra, no hables', cosas así. Eso me parece una falta de respeto. Fueron al colegio a hablar de eso y están investigando y resolviendo esos problemas" (G5H).

(iii) Respecto al consumo de drogas y alcohol, aparece la percepción desde el grupo de adolescentes participantes, de que existe un consumo masivo y normalizado entre adolescentes en Chile. Esto se ve tanto dentro como fuera de las escuelas. Perciben una diferencia respecto a sus países de origen donde, sostienen, el consumo no es tan masivo ni comienza desde tan pequeños como en Chile:

"Los jóvenes menores consumen droga, eso es distinto. Salen del liceo a tomar cerveza, fumar. En Colombia, por ejemplo, se ve la droga, pero en mi barrio era extraño ver alguien fumando. Si lo hacen, es apartados, no frente a todos. Acá es como normal, un niño de 13 años ya fumando cigarros, marihuana" (G4H).

"También hay jóvenes que son muy influenciables, se dejan llevar. Puede ser la droga, el alcohol, cualquier cosa. En el liceo pasa mucho. Amigos me han dicho que en sus liceos meten cocaína, marihuana, todo eso. Se ve feo. Jóvenes que tienen un futuro por delante y no lo aprovechan, se encierran en eso. Prefieren perderse" (G4M).

5.2. Conclusiones de las entrevistas grupales.

En este capítulo, se puede apreciar la percepción del grupo de adolescentes migrantes respecto a las principales barreras y facilitadores para el acceso al sistema de salud.

Entre las principales barreras, destacan:

- Desconocimiento del sistema de salud chileno.

- Desconocimiento de la existencia de los centros de salud y/o de los mecanismos de inscripción en estos.

- Barreras burocráticas tales como la solicitud de documentación (especialmente RUT), no ser atendidos por ser menores de edad a menos de estar acompañados por un adulto, percepción de mal trato por parte del personal de salud, percepción de discriminación por el hecho de ser migrantes, largos tiempos de espera en atención primaria y sobre todo en atención hospitalaria.

- Barreras para el acceso a SSR, especialmente a preservativos y anticonceptivos.

- Barreras para el acceso a salud mental como la dificultad en la derivación a salud mental, el poco tiempo de duración de las consultas y las largas esperas entre una consulta y otra, lo que hace que los adolescentes no adhieran a tratamiento.

Entre los principales facilitadores identificados por el grupo de adolescentes destacan:

- La percepción de buena calidad de la salud chilena.

- Experiencias de buen trato que han tenido en el sistema de salud, lo que los motiva a volver y a adherir de mejor forma a los tratamientos.

- La existencia de los Espacios Amigables, ya que, si bien la mayoría de los entrevistados no los conocen, quienes han acudido a estos espacios los valoran enormemente, ya que permite una atención en salud más amigable y cercana, con resguardo de la confidencialidad y respetuosa de las especificidades.

- Atención de salud al interior de las escuelas, experiencias muy valoradas por el grupo de adolescentes, ya que permite el acceso directo y permanente a salud, sobre todo a SSR. Respecto a los requerimientos que tiene el grupo de adolescentes hacia el sistema de salud, destacan:

- La necesidad de que el sistema de salud se haga cargo de sus especificidades en tanto migrantes, por ejemplo, problemas de salud derivados del cambio de territorio y de clima experimentado por cada adolescente migrante.

- Que el sistema de salud responda priorizando las necesidades en salud de la población adolescente migrante, siendo estas (i) SSR, (ii) salud mental, (iii) consumo problemático de alcohol y drogas; (iv) salud nutricional, salud bucal y otras.



CAPÍTULO 6: ANÁLISIS DEL TALLER SOBRE SALUD PARA ADOLESCENTES MIGRANTES.

Durante la jornada, se realizó un taller participativo con los y las adolescentes, con el fin de conocer desde su experiencia y perspectiva, sus necesidades de salud y su relación con el sistema de salud. Para esto, luego de un ejercicio de imaginación, el cual buscó guiar al grupo de participantes para que se conecten con su cuerpo, proceso vital en la adolescencia e historia propia de migración, se le pidió a cada participante que escriba en tres hojas separadas los siguientes temas:

- Barreras en salud.
- Lo que les gustaría pedirle al sistema de salud.
- Las preguntas que les gustaría hacerle a cada profesionales de la salud.

Cada una de estas hojas con las respuestas correspondientes fue depositada en una caja específica (tres cajas secretas, una para cada tema). El anonimato y confidencialidad que entregan las cajas permitió que, a la hora de escribir sus respuestas, cada participante se manifieste con mayor libertad y sin vergüenza.

Las tarjetas de pregunta fueron las siguientes:

Caja secreta 1: **Barreras.**

- ¿Cuáles consideras que son las principales barreras para acercarte al sistema de salud?

Caja secreta 2: **Demandas.**

- Pensando en tus necesidades de salud ¿Qué te gustaría pedirle al sistema de salud?

Caja secreta 3: **Preguntas al profesional.**

- En relación a tus necesidades de salud, si estuvieras frente a un profesional de salud, ¿qué pregunta le harías?

A continuación, se muestran graficadas las barreras, demandas y preguntas al profesional, más frecuentes encontradas en las respuestas de los adolescentes:

Figura 2. Resumen caja secreta N° 1: Barreras para acercarse al sistema de salud.

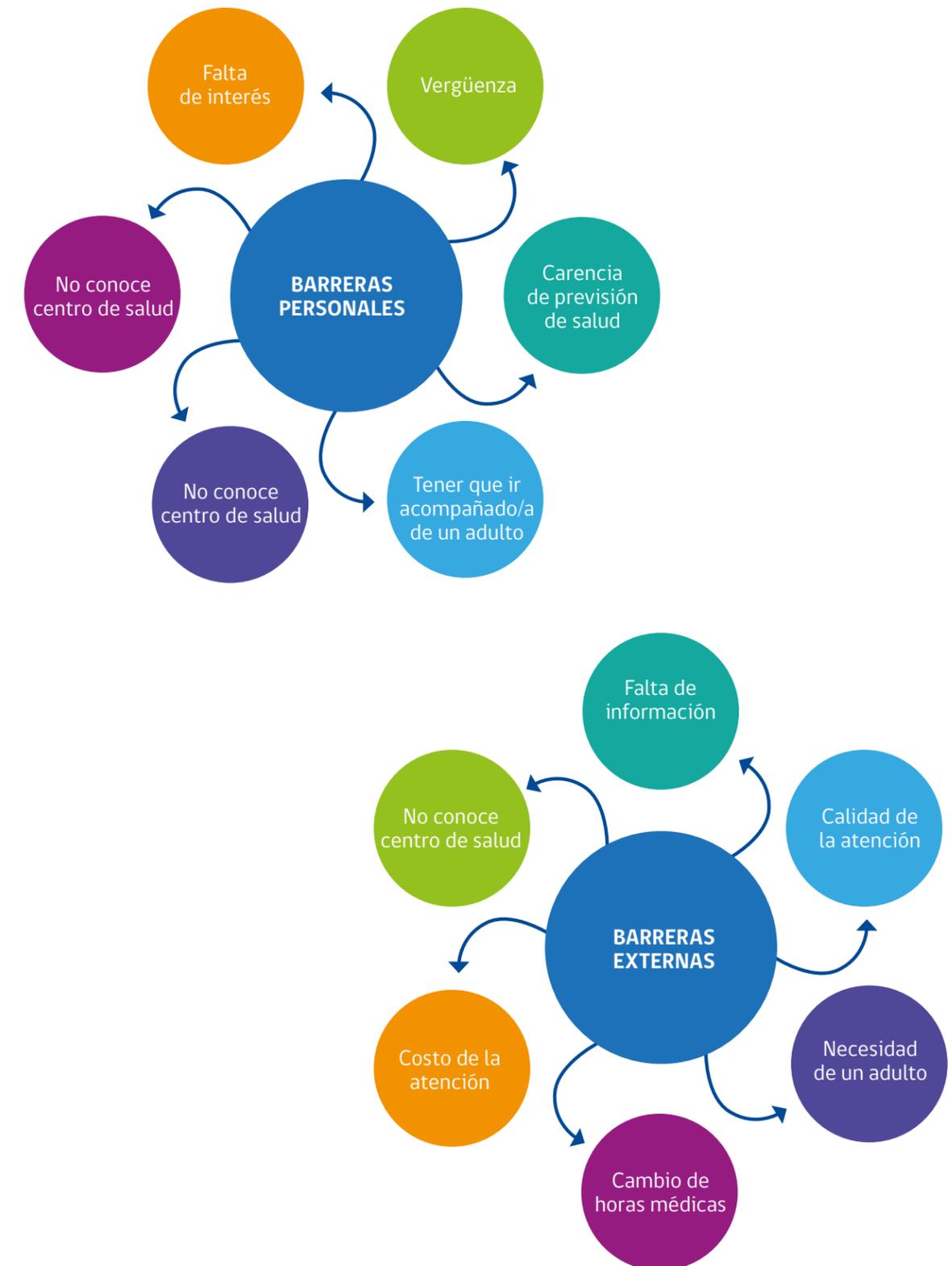


Figura 3. Resumen caja secreta N° 2: Demandas al sistema de salud.



Figura 4. Resumen caja secreta N° 3: Preguntas al profesional de salud.





CAPÍTULO 7: RECOMENDACIONES.

A partir del trabajo presentado en este informe, es posible establecer una serie de recomendaciones para el trabajo del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, respecto específicamente a adolescentes migrantes, las cuales se resumen a continuación:

7.1. Información sobre el sistema de salud y mecanismos de inscripción.

1. Es necesario tomar en consideración la desinformación que existe entre adolescentes migrantes respecto al sistema de salud chileno en general, y atención primaria en particular. Asimismo, la escasa información que tienen sobre los mecanismos de inscripción en atención primaria. Junto con esto, las creencias que rondan entre adolescentes migrantes respecto a los requisitos para la inscripción, por ejemplo, la idea que requieren de documentación al día, un RUT y la presencia de un adulto para poder ser atendidos.
2. Es necesario establecer mecanismos claros de información sobre el sistema de salud para población migrante adolescente, que comunique en un lenguaje sencillo y coloquial los requisitos y pasos para la inscripción en los centros de salud. Lo anterior, debido a que existe confusión respecto a los diversos niveles de atención de salud, además de que las barreras de acceso instaladas en la percepción de los adolescentes cruzan los niveles de atención, sin que hagan una diferenciación clara respecto a cuáles son propias de cada nivel. Para romper estas ideas preconcebidas, se requiere de información y sensibilización hacia adolescentes migrantes respecto a cómo navegar en el sistema de salud.
3. Asimismo, distribuir esta información en los territorios donde el grupo de adolescentes efectivamente están. En este sentido, la escuela aparece como el lugar idóneo para realizar acciones

informativas y de acercamiento de los y las adolescentes al sistema de salud. Sin embargo, es necesario considerar también aquellos adolescentes que no están inscritos en escuelas y, por ende, requieren de otro tipo de acercamiento al sistema de salud.

4. Para la superación de estas diversas barreras de acceso al sistema de salud, se proponen las siguientes recomendaciones:

- a. Realizar acciones informativas sobre el acceso al sistema de salud dirigido a adolescentes migrantes en las escuelas.
- b. Realizar acciones informativas sobre el acceso al sistema de salud dirigido a docentes de educación en los establecimientos educacionales.
- c. Realizar acciones informativas sobre el acceso al sistema de salud dirigido a los adultos significativos o responsables de adolescentes migrantes en instancias de reuniones de apoderados en las escuelas.
- d. Realizar acciones informativas sobre el acceso al sistema de salud dirigido a adolescentes migrantes en espacios de la sociedad civil, con el fin de llegar a adolescentes que no están matriculados en el sistema de educación formal.
- e. En cada una de estas acciones, establecer metodologías de clarificación respecto a los mitos que circulan en torno al acceso al sistema de salud, y la realidad respecto a lo que conlleva acercarse e inscribirse en el sistema de salud.
- f. Facilitar al grupo de adolescentes migrantes mecanismos de identificación de los Centros de Salud más cercanos a su lugar de estudio o residencia, que sean fáciles de utilizar y acordes a su generación, por ejemplo, aplicaciones (APP) para descargar desde sus teléfonos celulares que georreferencien los Centros de Salud más cercanos y faciliten el acceso a estos a través de instrucciones claras y amigables de los requisitos necesarios solicitados por el sistema de salud. Si bien esto es una acción común a toda la población adolescente, es un requisito que estas aplicaciones también tengan versiones traducidas, por ejemplo, al creolé.
- g. Apoyar la creación de protocolos de acogida a adolescentes migrantes al interior de las escuelas, los cuales cuenten con información de acceso al sistema de salud.

7.2. Maltrato y discriminación por parte de personal de salud hacia adolescentes migrantes.

1. El trato por parte del personal de salud aparece como un tema central en la percepción que tienen los y las adolescentes respecto del sistema de salud. En general, desde el discurso analizado, son escasas las experiencias de buen trato, en los relatos recabados en este encuentro participativo. Señalan que el trato es brusco, despectivo, frío y distante. Además, el maltrato lo perciben como acciones discriminatorias por causa de su situación migratoria. Para la superación de estas barreras se proponen las siguientes recomendaciones:

- a. Realizar acciones de sensibilización con personal de salud de atención primaria y hospitalaria respecto a la especificidad de adolescentes migrantes y sus necesidades en salud.
- b. Capacitar en interculturalidad en salud a los trabajadores de salud en general, y a quienes se relacionan con adolescentes de manera particular y específica.
- c. Generar equipos de salud interculturales, con especificidad en adolescencia, en los Espacios Amigables, al interior de los Centros de Salud y en hospitales.

- d. Generar acciones de sensibilización y de no discriminación en las escuelas. A cargo o con participación de profesionales de salud a nivel territorial.

7.3. Acceso a salud sexual y reproductiva.

1. El acceso a SSR aparece como una necesidad prioritaria para adolescentes migrantes. Se identifican las barreras mencionadas anteriormente como obstaculizadores para el acceso a salud en estos ámbitos. Además, se identifican barreras específicas como, por ejemplo, la falta de un enfoque de masculinidades en la atención de SSR para adolescentes, lo que dificulta el acceso a varones extranjeros, quienes se muestran más interesados y dispuestos que los chilenos en acceder a estas atenciones en salud.

Tanto hombres como mujeres adolescentes extranjeros priorizan en SSR el acceso a preservativos y métodos de anticoncepción. Para superar estas barreras se recomienda:

- Sensibilizar y entrenar a los equipos de salud en las necesidades específicas de adolescentes migrantes en esta área.
- Fortalecer el trabajo intersectorial entre salud y educación, ya que el acceso a preservativos y métodos de anticoncepción en las escuelas es altamente valorado por los y las adolescentes migrantes.
- Fortalecer la instalación de Espacios Amigables al interior de las escuelas para la promoción y prevención en SSR, con un enfoque de interculturalidad.

7.4 Acceso a salud mental.

- La salud mental se identifica como un área prioritaria para adolescentes migrantes. Existe conciencia entre este grupo respecto al impacto que el proceso migratorio tiene en su salud mental, tanto en lo que respecta a su propia experiencia, como el impacto en sus familiares más cercanos.
- En este ámbito se recomienda:

- Sensibilizar y entrenar a los equipos de salud mental en las necesidades específicas de adolescentes migrantes en esta área.
- Fortalecer la instalación de Espacios Amigables al interior de las escuelas para la promoción y prevención en salud mental.
- Facilitar los mecanismos de derivación a salud mental en adolescentes migrantes.

Cuadro 1: Resumen información cualitativa y cuantitativa recogida durante el encuentro.

FUENTE DE INFORMACIÓN	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ENCUESTA	<p>El grupo de adolescentes migrantes que participó del encuentro, llevan un tiempo variable de residencia en Chile, por lo que sus necesidades, conocimientos y experiencias sobre salud y el sistema de salud chileno pueden ir variando en el tiempo.</p> <p>Las condiciones familiares de los y las migrantes adolescentes que viven en Chile son diversas, la mayoría con algún progenitor, pero no siempre estando ambos presentes, así como también se observan familias ampliadas con abuelos, primos o sobrinos.</p> <p>Los/as adolescentes migrantes conocen las razones por las cuales sus padres migraron de sus países de residencia habitual. En la mayoría de los casos, la decisión fue de sus padres o tutores, pero también hay casos de familias migrantes donde lo decidieron juntos o el adolescente de manera independiente, aunque son estos últimos una minoría de casos.</p> <p>En la mayoría de los casos, los y las adolescentes no migran a Chile con sus familias completas, sino que lo hacen solo algunos de ellos. En un grupo de ellos, padres y hermanos quedan atrás. Esto da cuenta de quiebres en la estructura familiar nuclear, los cuales son significativos y pueden impactar en el bienestar de los y las adolescentes.</p> <p>Respecto a las prestaciones de salud disponibles en Chile, el 60% no conoce los espacios amigables y el 56% no sabe dónde debe acudir en caso de</p>	<p>En la atención directa de salud, se recomienda considerar las siguientes preguntas para población de adolescentes migrantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - País de origen. - Tiempo de residencia en Chile. - Conocimiento y experiencias sobre el sistema de salud chileno. - Necesidades particulares de salud. - Núcleo familiar y familiares que quedan atrás. - Razones para migrar. - Si el/la adolescente fue parte de la decisión de venir a Chile. - Medio o ruta de migración. - Con quién migró. <p>Se recomienda educar e informar en espacios educativos u otros sobre las prestaciones de salud disponibles en Chile para esta población. Por ejemplo, explicar los niveles de atención y los mecanismos de referencia y contra referencia.</p> <p>Se observa una subutilización de prestaciones de salud sexual y reproductiva, y de salud mental. Se recomienda reforzar las estrategias de acceso a estas prestaciones para población adolescente migrante desde un enfoque intercultural.</p> <p>Es necesario tomar en consideración la desinformación que existe entre adolescentes migrantes respecto al sistema</p>

Cuadro 1: Resumen información cualitativa y cuantitativa recogida durante el encuentro.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ENCUESTA	<p>necesitar atención con psicólogo/a. En cambio, el 68% del grupo de adolescentes migrantes sabe a qué consultorio/hospital debe acudir en caso de necesitar una consulta médica y el 64% sabe dónde acudir en caso de necesitar atención dental. Finalmente, al consultarles si saben a qué servicio del sistema de salud deben acudir en caso de necesitar algún método anticonceptivo, el 60% dice saberlo.</p> <p>Sobre uso efectivo de prestaciones de salud disponibles, el 52% recibió atención dental, el 44% acudió a consulta médica y el 32% usó los espacios amigables. Sin embargo, el 76% no ha acudido ni solicitado métodos anticonceptivos ni tampoco ha recibido atención psicológica.</p> <p>Un 12% de los/as adolescentes indica haberse sentido discriminados alguna vez. Cuando se consulta sobre lugares donde se podrían haber sentido discriminados/as, estos reconocen lugares públicos, el colegio o el centro de salud. La principal razón por la cual se han sentido discriminados es su nacionalidad, seguido de color de piel.</p>	<p>de salud chileno en general, y atención primaria en particular.</p> <p>Es necesario establecer mecanismos claros de información sobre el sistema de salud para población migrante adolescente, que comunique en un lenguaje sencillo y coloquial los requisitos y pasos para la inscripción en los centros de salud. En el caso de ser necesario, dicha información tiene que ser entregada en el idioma propio del país de origen del adolescente migrante.</p> <p>Se debe entregar información en los territorios donde los y las adolescentes efectivamente están. En este sentido, la escuela aparece como el lugar idóneo para realizar acciones informativas y de acercamiento al grupo de adolescentes al sistema de salud. Sin embargo, es necesario considerar a aquellos adolescentes que no están inscritos en escuelas y, por ende, requieren de otro tipo de acercamiento al sistema de salud.</p> <p>Se debe trabajar para mejorar aspectos de forma y trato a adolescentes migrantes desde el sector público general y de salud en particular, a través de capacitaciones constantes al personal. El trato por parte del personal de salud aparece como un tema central en la percepción que construyen los y las adolescentes respecto del sistema de salud.</p>

Cuadro 1: Resumen información cualitativa y cuantitativa recogida durante el encuentro.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ENTREVISTAS GRUPALES	<p>La mayoría de los y las adolescentes migrantes entrevistadas sostiene tener escasa o nula información respecto al sistema de salud chileno. Llama la atención el hecho que quienes dicen estar inscritos, reconocen no saber mucho del sistema y en su mayoría sostienen no haberlo utilizado nunca.</p> <p>Se reconoce falta de claridad respecto al proceso requerido para la inscripción, así como la documentación necesaria para realizar este trámite. Falta de información respecto a si pueden realizar el trámite de manera autónoma o si requieren necesariamente estar acompañados por un adulto.</p> <p>El grupo de adolescentes migrantes relatan como principal barrera de acceso efectivo al sistema de salud, la barrera administrativa o burocrática para su inscripción formal.</p> <p>Resulta especialmente preocupante que adolescentes migrantes relaten no poder inscribirse al sistema de salud por situación de irregularidad de sus padres.</p> <p>Existen relatos respecto a no haber podido hacer uso efectivo del sistema de salud, lo que provoca angustia y desconfianza hacia el sistema y sus equipos de salud.</p> <p>Falta información sobre derechos y deberes en salud para esta población particular.</p>	<p>Se debe mejorar el nivel de conocimiento y acceso efectivo a ciertas prestaciones de salud por parte de adolescentes migrantes.</p> <p>Para acortar barreras de acceso, se recomiendan las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizar acciones informativas sobre el acceso al sistema de salud dirigido a adolescentes migrantes en las escuelas. Realizar acciones informativas sobre el acceso al sistema de salud dirigido a personal de educación en las escuelas. Realizar acciones informativas sobre el acceso al sistema de salud dirigido a apoderados/as de los/as adolescentes migrantes en instancias de reuniones de apoderados en los establecimientos educacionales. Realizar acciones informativas sobre el acceso al sistema de salud dirigido a adolescentes migrantes en espacios de la sociedad civil, con el fin de llegar a adolescentes que no están matriculados en el sistema de educación formal. En cada una de estas acciones, establecer metodologías de clarificación respecto a los mitos que circulan en torno al acceso al sistema de salud, y la realidad respecto a lo que conlleva acercarse e inscribirse en el sistema de salud.

Cuadro 1: Resumen información cualitativa y cuantitativa recogida durante el encuentro.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ENTREVISTAS GRUPALES	<p>Existe especial interés de adolescentes migrantes respecto a menores tiempos de espera y la posibilidad de acceder a especialidades médicas cuando se requiera. Esto es especialmente marcado en adolescentes que relatan que este tipo de profesional es de más fácil acceso en sus países de origen.</p> <p>De quienes han logrado atención efectiva, se destaca que la atención de salud se percibe muy buena en términos técnicos, pero excesivamente fría y distante en el trato. Hay preocupación sobre el trato en salud, con jóvenes que relatan experiencias en que perciben no un buen trato, lo cual los hace sentirse incómodos. Destacan que esto se relaciona más con la disposición de las personas que con una cultura institucional, ya que sostienen que hay también funcionarios/as que los tratan bien.</p> <p>Se reconocen algunas experiencias de discriminación. Sostienen que la discriminación se acrecienta dependiendo del país de origen de las personas migrantes, acrecentándose para el caso de la población haitiana.</p>	<p>f) Facilitar al adolescente migrante, mecanismos de identificación de los Centros de Salud más cercanos a su lugar de estudio o residencia, que sean fáciles de utilizar y acordes a su generación e idioma nativo, por ejemplo, aplicaciones (APP) para descargar desde sus teléfonos celulares que georreferencien los Centros de Salud más cercanos y faciliten el acceso a estos a través de instrucciones claras y amigables de los requisitos necesarios solicitados por el sistema de salud.</p> <p>g) Apoyar la creación de protocolos de acogida a adolescentes migrantes al interior de las escuelas, los cuales cuenten con información de acceso al sistema de salud. Para acortar barreras de trato, se recomiendan las siguientes acciones:</p> <p>a) Realizar acciones de sensibilización con personal de salud de atención primaria y hospitalaria respecto a la especificidad de adolescentes migrantes y sus necesidades en salud desde un enfoque de salud intercultural.</p> <p>b) Capacitar en interculturalidad a las y los trabajadores de salud en general, y a quienes se relacionan con adolescentes de manera particular y específica.</p> <p>c) Generar equipos de salud interculturales, con especificidad en adolescencia en los Espacios Amigables, al interior de los Centros de Salud y en hospitales.</p> <p>d) Generar acciones desde salud de sensibilización y de no discriminación en las escuelas.</p>

Cuadro 1: Resumen información cualitativa y cuantitativa recogida durante el encuentro.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ENTREVISTAS GRUPALES	<p>Los y las docentes de adolescentes migrantes también detallan experiencias de discriminación. Sostienen que existe fuerte discriminación hacia adolescentes migrantes, no solo desde el sector salud, sino también desde la sociedad en general, donde se reproducen de manera arbitraria una serie de mitos sobre la población adolescente extranjera, por ejemplo, que son los responsables del aumento de VIH en el país.</p> <p>Sobre la atención hospitalaria, llama la atención las listas de espera y el hecho de que son tratados como adultos en lugar de adolescentes con necesidades propias de su curso de vida.</p> <p>Adolescentes migrantes relatan múltiples barreras de acceso a preservativos. Creen que sólo se pueden obtener luego de atención con matrón/a y ser solicitados sólo por un adulto. El grupo de adolescentes migrantes identifica como un elemento positivo el encontrarse con matronas/es y espacios de atención en las mismas escuelas.</p> <p>Respecto de salud mental, preocupan las barreras percibidas para una atención oportuna y la falta de una derivación pronta a especialista. También relatan baja adherencia a tratamientos, y malas experiencias previas en este tema en el pasado. En algunos casos, la atención se califica como de mala calidad.</p>	<p>Esta evidencia refuerza la importancia de resolver debilidades estructurales del sistema de salud como son la ausencia de un enfoque particular para población adolescente en la atención directa en salud.</p> <p>Se debe fortalecer y mejorar el acceso a SSR aparece como una necesidad prioritaria para adolescentes migrantes. Para acortar barreras de acceso a preservativos se recomiendan las siguientes acciones:</p> <p>a. Sensibilizar y entrenar a los equipos de SSR en las necesidades específicas de adolescentes migrantes en esta área.</p> <p>b. Fortalecer el trabajo intersectorial entre salud y educación, ya que el acceso a preservativos y métodos de anticoncepción en las escuelas es altamente valorado por los/as adolescentes migrantes.</p> <p>c. Fortalecer la instalación de Espacios Amigables al interior de las escuelas para la promoción y prevención en SSR.</p> <p>Se recomienda especial atención a la salud mental de adolescentes migrantes, idealmente de manera intersectorial. Existe conciencia entre el grupo de adolescentes participantes respecto al impacto que el proceso migratorio tiene en su salud mental, tanto en lo que respecta a su propia experiencia, como el impacto en sus familiares más cercanos.</p>

Cuadro 1: Resumen información cualitativa y cuantitativa recogida durante el encuentro.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ENTREVISTAS GRUPALES	<p>Respecto a las problemáticas específicas de salud mental y suicidio en la adolescencia, algunos/as entrevistados/as lo atribuyen a la ausencia prolongada de padres y madres por las largas jornadas laborales que estos deben realizar. Esto se acentúa en adolescentes migrantes, toda vez que el proyecto de vida migratorio de la familia gira en torno al trabajo. También se asocia a crisis de identidad individual y cultural asociadas al cambio de país.</p> <p>Por otra parte, las diferencias culturales, el desconocimiento del territorio y las claves sociales, además de las experiencias de discriminación, afectan, según el testimonio del grupo de adolescentes migrantes, su salud mental, especialmente lo que tiene que ver con su autoestima.</p> <p>Sobre consumo de alcohol y drogas, aparece la percepción que existe un consumo masivo y normalizado entre adolescentes en Chile, esto se ve tanto dentro como fuera de las escuelas. Los adolescentes migrantes perciben una diferencia respecto a los países de origen donde sostienen que el consumo no es tan masivo ni comienza desde tan pequeños, como en Chile.</p> <p>Sobre aspectos positivos, desde la percepción de los y las adolescentes migrantes, se destaca del sistema de salud público chileno que es de un muy buen nivel, que la atención especialmente infantil</p>	<p>Para acortar barreras de acceso a salud mental, se recomiendan las siguientes acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Sensibilizar y entrenar a los equipos de salud mental en las necesidades específicas de adolescentes migrantes en esta área. Fortalecer la instalación de Espacios Amigables al interior de las escuelas para la promoción y prevención en salud mental desde un enfoque intercultural. Facilitar los mecanismos de derivación a salud mental en adolescentes y familias migrantes.

Cuadro 1: Resumen información cualitativa y cuantitativa recogida durante el encuentro.		
FUENTE DE INFORMACIÓN	CONCLUSIÓN	RECOMENDACIÓN
ENTREVISTAS GRUPALES	<p>es buena, y que en ciertos casos hay buena infraestructura (en comparación a sus propios países de origen).</p> <p>Una primera buena experiencia en salud con buen trato se reconoce como un poderoso motivador para seguir asistiendo al sistema de salud. Los Espacios Amigables, para quienes los han usado, aparecen bien calificados, ya sea se encuentren dentro o fuera de los establecimientos educacionales.</p> <p>Uno de los aspectos destacados por los y las adolescentes participantes, es la buena percepción que existe de los Espacios Amigables. Quienes los han usado, consideran que efectivamente estos espacios facilitan una atención de salud para adolescentes, en términos de respetar la privacidad en la atención, la confidencialidad y, sobre todo, porque permiten la atención en salud sin la presencia de un adulto que acompañe.</p> <p>Un aspecto que valoran es la existencia de Espacios Amigables al interior de las escuelas, ya que, a través de este formato, les es más fácil acceder a la matrona o matrón y poder iniciar anticoncepción, acceder a preservativos y a información en materia de SSR.</p>	<p>Se recomienda potenciar las acciones intersectoriales entre salud y educación, y realizar abogacía por la instalación de Espacios Amigables al interior de las escuelas, desde un enfoque intercultural.</p>

ANEXOS.

ANEXO 1: Cuestionario Aplicado a Adolescentes.

Te invitamos a responder la siguiente encuesta auto aplicada que tiene como objetivo conocer tu opinión sobre el sistema de salud en Chile.

La encuesta es anónima y confidencial, por lo que los datos que entregues no tendrán ninguna información personal que permita identificarte y los resultados serán presentados como información general de todos quienes fueron encuestados/as. **Tu participación es completamente voluntaria.** En cualquier momento puedes decidir dejar de responder la encuesta, o no responder preguntas específicas.

Si tienes alguna consulta, por favor no dudes de preguntar al equipo de la Jornada. La información que entregará la encuesta es de gran interés para el Ministerio de Salud de Chile para poder mejorar tu vínculo con el sistema de salud.

I. ANTECEDENTES PERSONALES:

1. Género (marca con una X tu respuesta):	F	M	Otro
2. Edad:			
3. Curso actual:			
4. Comuna en la que vives:			
5. Comuna de tu establecimiento educacional:			
6. País de nacimiento:			
7. Nacionalidad/es:			

8. ¿Con quiénes vives actualmente? (marca con una X todas las alternativas que correspondan)

a) Solo/a	g) Abuelos/as
b) Mamá	h) Hijos/as
c) Papá	i) Primos/as
d) Hermanos/as	j) Pareja
e) Tíos/as	k) Otro, ¿quién? _____
f) Padrastro/madrastra	

II. PROCESO MIGRATORIO

1. ¿Cuándo llegaste a Chile?: MES: _____ AÑO: _____

2. ¿Cuántos meses u años llevas en Chile? (complete solo uno): _____ meses _____ años

3. ¿Quién tomó la decisión de migrar a Chile? (marca con una X TODAS las que correspondan).

a) Yo, la tomé por mí mismo/a	b) Mamá/papá o tutor responsable	c) Otros familiares
-------------------------------	----------------------------------	---------------------

4. ¿Qué los llevo a tomar la decisión de migrar a Chile? (marca con una X TODAS las que correspondan).

a) Búsqueda de trabajo	e) Mejor acceso a servicios de salud
b) Necesidad de dinero	f) Escapar de conflictos civiles o armados
c) Mejores oportunidades	g) Conocer otro país/turismo
d) Calidad de vida/bienestar	h) Otro
e) Estar cerca de la familia	

5. ¿Quién fue el/la primero/a en migrar a Chile? (marca con una X TODAS las que correspondan).

a) Yo	f) Tíos(as)
b) Mamá	g) Padrastro/madrastra
c) Papá	h) Abuelos(as)
d) Hermanos(as)	k) Pareja
e) Núcleo familiar completo (padres, hermanos/as)	l) Otro, ¿quién? _____

6. ¿Con quién viajaste a Chile? (marca con una X TODAS las que correspondan).

a) Solo(a)	d) Amigos (tuyos o de la familia)	g) Otros, ¿quiénes? _____
b) Padres	e) Pareja	
c) Familiares	f) Hijos(as)	

7. ¿Qué personas de su núcleo familiar quedaron en su país de origen? (marca con una X TODAS las respuestas que correspondan).

a) Papá	d) Abuelos,	h) Pareja
b) Mamá	f) Tíos/as, primos/as	i) Ninguno
c) Hermanos/as	g) Hijos/as	

8. Con una escala de 1 a 10, donde 1 es “muy mala experiencia” y 10 “muy buena experiencia”, ¿qué calificación le pondrías a tu **experiencia migratoria** en general? (considera dejar tu país, el viaje y el asentarte en Chile). (marca con una X solo UNA respuesta)

1 Muy mala	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy buena 10
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

III. EXPERIENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD

1. Desde tu llegada a Chile, ¿alguna vez te has atendido en el sistema de salud (consultas médicas, emergencia hospitalaria, etc.)? (marca con una X solo UNA respuesta)

a) Sí ¿Cuántas? _____ (Pasa a la pregunta 2)	b) No (Pasa a la pregunta 3)
--	---------------------------------

2. Si has accedido al sistema de salud, ¿te has atendido en el sistema privado o público? (marca con una X solo UNA respuesta)

a) Sí, público	d) Ambos
b) Sí, privado	e) No sé
c) Ninguno	

3. ¿Qué tipo de previsión (seguro) de salud tienes actualmente? (marca con una X solo UNA respuesta)

a) Fonasa A	e) Isapre
b) Fonasa B	f) Otro
c) Fonasa C	g) Ninguno
d) Fonasa D	h) No sé

4. Servicios y atenciones del sistema de salud (marca con una X solo UNA respuesta por pregunta)

4.a. ¿Sabes a qué consultorio u hospital acudir en caso de una emergencia médica?	
a) Sí	b) No
4.b. ¿Has acudido al sistema de salud por una emergencia médica?	
a) Sí	b) No

4.c. ¿Sabes a qué consultorio u hospital acudir en caso de necesitar una consulta médica?

a) Sí	b) No
-------	-------

4.d. ¿Has acudido al sistema de salud por una consulta médica?

a) Sí	b) No
-------	-------

4.e. ¿Conoces la existencia de los espacios amigables en los consultorios?

a) Sí	b) No
-------	-------

4.f. ¿Has acudido los espacios amigables?

a) Sí	b) No
-------	-------

4.g. ¿Sabes a que servicio del sistema de salud acudir en el caso de que necesites métodos anti-conceptivos (preservativos, pastillas anticonceptivas, Dispositivo Intrauterino (DIU), inyección anticonceptiva, etc.)

a) Sí	b) No
-------	-------

4.h. ¿Has acudido y solicitado métodos anticonceptivos?

a) Sí	b) No
-------	-------

4.i. ¿Sabes dónde acudir en el caso de que necesites atención con un/a psicólogo/a?

a) Sí	b) No
-------	-------

4.j. ¿Has acudido al sistema de salud por atención psicológica?

a) Sí	b) No
-------	-------

4.k. ¿Sabes dónde acudir en el caso de que necesites atención dental?

a) Sí	b) No
-------	-------

4.l. ¿Has acudido al sistema de salud por atención dental?

a) Sí	b) No
-------	-------

IV. SALUD

1. En general, del 1 al 10, donde 1 es “muy mala” y 10 es “muy buena”, ¿qué nota le pondrías a tu salud? (marca con una X solo UNA respuesta)

1 Muy mala	2	3	4	5	6	7	8	9	Muy buena 10
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

2. Durante el último mes, en una escala del 1 al 5 donde 1 es "nunca" y 5 es "siempre", responde las siguientes preguntas: (marca con una X solo UNA respuesta por pregunta)

	Nunca	Rara vez	Bastante	Mucho	Siempre
2.a. ¿Te has sentido bien físicamente?	1	2	3	4	5
2.c. ¿Te has sentido triste?	1	2	3	4	5
2.d. ¿Te has sentido solo/a?	1	2	3	4	5
2.e. ¿Te has sentido contento/a en el colegio?	1	2	3	4	5

3. Durante el último año en Chile, ¿te has sentido discriminado/a? (esto puede haber pasado en la escuela, espacios públicos, transporte, con tus pares, profesores, en el centro de salud, etc.) (marca con una X solo UNA respuesta)

a) Sí b) No c) No sabe/no responde

4. ¿En cuál de los siguientes lugares te has sentido discriminado/a o tratado/a de manera diferente y discriminatoria? (marca con una X solo UNA respuesta por pregunta)

4.a. En tu escuela o colegio	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
4.b. En el espacio público (transporte, calle, plazas u otros)	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
4.c. En un centro de salud (consultorio, CESFAM, hospital u otro)	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
4.d. En el lugar donde vives (en tu casa, en tu barrio)	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No

5. Desde tu punto de vista, ¿Por qué motivo fuiste tratado/a de manera discriminatoria? (marca con una X solo UNA respuesta por pregunta)

5.a. Por tu sexo (por ser hombre o mujer)	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.b. Por tu edad	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.c. Por tu color de piel	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.d. Por tu nacionalidad	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.e. Por el barrio en el que vives	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.f. Por tu estado de salud o situación de discapacidad	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.g. Por tu religión	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.h. Por tu orientación sexual	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.i. Por tu manera de hablar	<input type="checkbox"/>	a) Sí	<input type="checkbox"/>	b) No
5.j. Otra, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>	-----		

¡Muchas gracias por tu participación!

ANEXO 2: Pauta de entrevistas grupales.

Grupos se conformarán de acuerdo con la edad de los/as participantes:

- * Grupos de 8-Iº medio
- * Grupos de IIº-IIIº Medio.

Entrevista grupal 1

Duración: 1 hora

Temática: Identificación de barreras de acceso para atención de salud integral para adolescentes migrantes

Conocimiento e inscripción al sistema de salud

- ¿Qué problemas de salud han tenido desde que están en Chile?
- ¿Qué han hecho para resolver esos problemas de salud?
- ¿Conocen el sistema de salud chileno y sus niveles de atención?
- ¿Están inscritos en un consultorio? Si la respuesta es no, indagar en las razones por las cuáles no se han inscrito.
- Para quienes, si se han inscrito en algún consultorio, ¿cómo fue el proceso de inscripción? Indagar si lo hicieron ellos o los padres.

Barreras que impiden el acceso

- ¿Cuáles son las principales barreras que impiden que se acerquen a los Centros de Salud?

Nota: Indagar en razones por las que no se han atendido o accedido al servicio de salud, barrera de idioma, burocracia, malas experiencias, etc.

Nota: Indagar en miedos que puede provocar el acercarse a los Centros de Salud (miedo por falta de documentos; posible sensación de discriminación; etc.)

- ¿Sienten que los Centros de Salud están disponibles para la población migrante, y para adolescentes migrantes en particular? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

Uso y experiencia de atención en el Centro de Salud

- Si se han atendido en Servicio de Salud, ¿cómo fue la experiencia?
- ¿Cómo se sintieron en el Centro de Salud?
- ¿Qué opinión tienen respecto a la infraestructura del Centro de Salud?
- ¿Qué opinión tienen respecto a las personas que entregan información en el Centro de Salud?
- ¿Con qué profesionales se han atendido? ¿Qué opinión tienen sobre los profesionales de salud del Centro de Salud?

Nota: Indagar respecto a la calidad de atención y el trato de matronas, enfermeras, médicos, asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas, entre otros. A través de estas preguntas es importante ahondar en el trato o la disposición percibida en relación con los profesionales de la salud, ya que una importante barrera es el trato o competencias de los profesionales frente a la atención de población migrante.

- ¿Qué es lo que más valoran de la atención de salud del Centro de Salud donde se han atendido?
- ¿Qué es lo que menos valoran de la atención de salud del Centro de Salud donde se han atendido?
- ¿Consideran que los Centros de Salud entregan una atención de salud respetuosa con la diversidad cultural?, ¿por qué sí?, ¿por qué no?

Servicios

- ¿Conocen los Espacios Amigables?
- ¿Qué percepción tienen sobre estos Espacios de Salud?
- ¿Han tenido experiencias en algún hospital?

Nota: Indagar en razones de consulta al hospital y experiencias en atención hospitalaria.

- ¿Han tenido experiencias con el sistema privado de salud en Chile?

Nota: Indagar en las razones de consulta al sistema privado y experiencias en atención privada.

- ¿En qué se diferencia la atención que entregan los consultorios en Chile a los de su país de origen?

Entrevista grupal 2

Duración: 1 hora.

Temática: Principales requerimientos de adolescentes migrantes hacia el sistema de salud.

- ¿Cómo consideran que es su salud en general?
- ¿Qué temas de salud creen que afectan a las personas de su edad?
- ¿Cuál de estos temas creen que son los más importantes? Priorización de temas de salud.

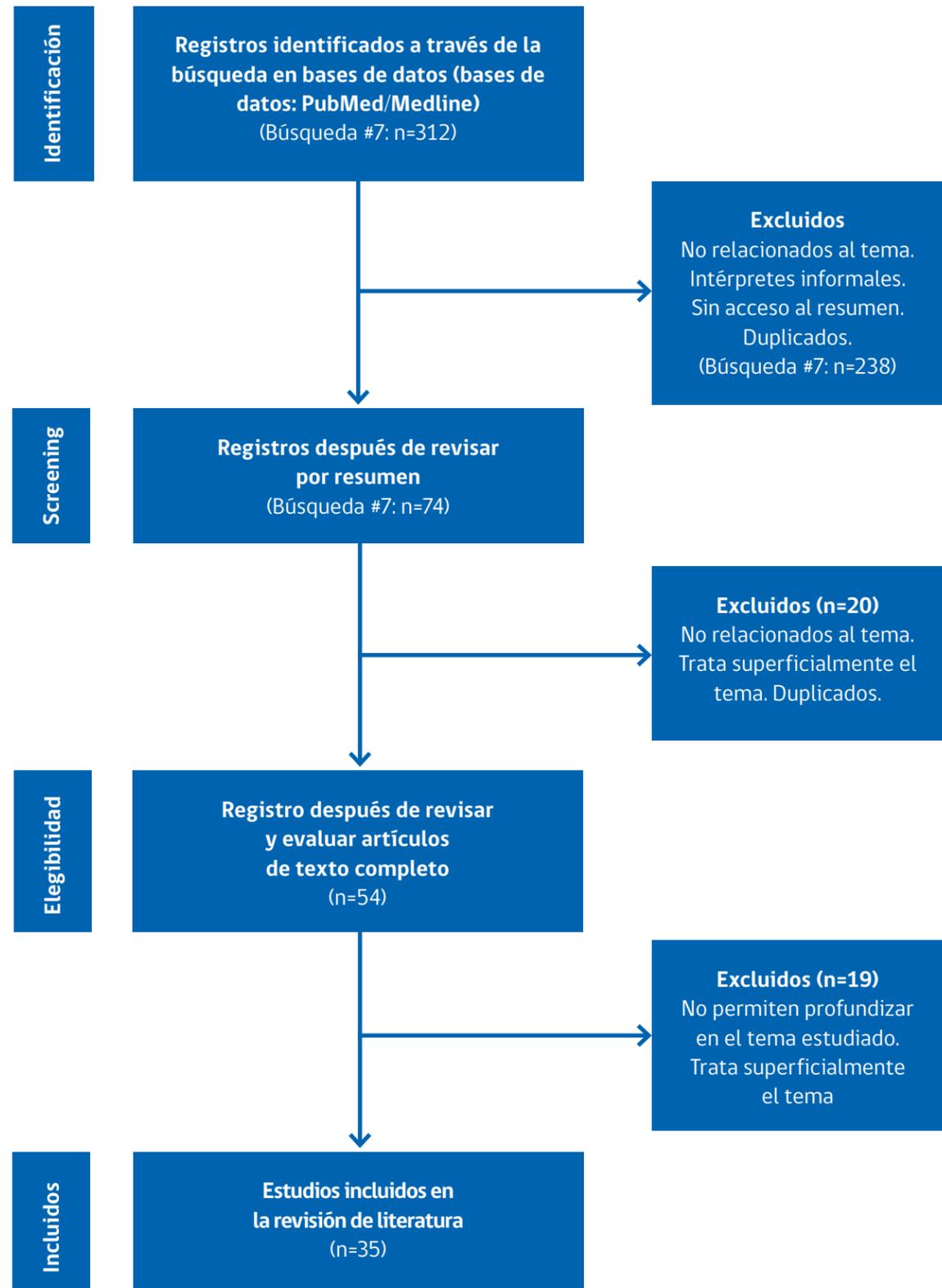
Realización de papelógrafo donde en grupo se prioricen los temas de salud de adolescentes migrantes.

- ¿De qué manera el proceso migratorio afecta la salud de adolescentes?
- ¿Creen que hay temas de salud que afectan de manera particular a adolescentes migrantes?, ¿cuáles?, ¿por qué?
- ¿Consideran que el sistema público de salud en Chile puede ayudarlos a resolver estos temas de salud?, ¿por qué sí?, ¿por qué no?
- ¿Qué necesitan ustedes por parte del sistema de salud en Chile?
- ¿Cómo consideran que es el sistema de salud en Chile? ¿Cercano a la población migrante? ¿Distante?
- ¿Cómo podría ser más fácil "navegar" por el sistema de salud?
- ¿Cómo consideran ustedes que se puede mejorar la atención de salud a adolescentes migrantes?
- ¿Qué ideas surgen desde ustedes para hacer que el sistema de salud les sea más cercano y amigable?

- ¿Qué estrategias se pueden llevar a cabo para que las políticas y acciones de salud sean pertinentes y respetuosas con la diversidad cultural en la adolescencia?
- Realización de matriz de problemas/soluciones respecto a este tema en papelógrafo.

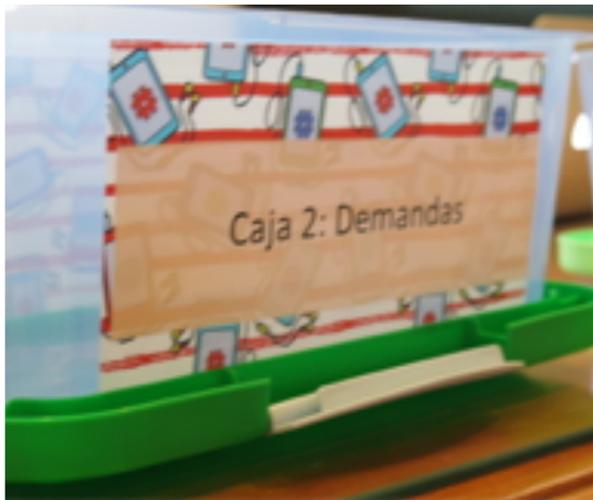
Problema	Solución
1	XX
2	XX
Etc.	XX

ANEXO 3: Flujograma de búsqueda evidencia bibliográfica.



ANEXO 4: Registro fotográfico.





BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2005.
2. Organización Internacional para las Migraciones. Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos. 2013.
3. Organización Internacional para las Migraciones. Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las personas migrantes retornadas o en tránsito y sus familias en Centro América. 2015.
4. Van del Laet C. La migración internacional como determinante social de la salud. En: La migración internacional como determinante social de la salud: evidencia y propuestas para políticas públicas. Ediciones Universidad del Desarrollo. 2017.
5. Organización Internacional para las Migraciones. Hoja Informativa: Migración, Determinante Social De La Salud Para los Migrantes. 2015.
6. Bronfman, Mario y Leyva René. Migración y SIDA en México. En: Desarrollo de un mapeo analítico y propositivo sobre procesos de investigación-acción relacionados a la migración y salud sexual y reproductiva en la frontera México-Guatemala. 2009.
7. Espinoza M, Rodriguez C, Cabieses B., Manual para la participación en pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud. Ediciones PUC; 2019.
8. Ministerio de Salud. Resolución Exenta N° 65. Creación Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud. 2010.
9. Ministerio de Salud de Chile. Política De salud migrantes internacionales. 2018.
10. Oficina del Alto Comisionado de Las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. 2006.
11. Koivusalo M. The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. J Epidemiol Community Health. 2010;64:500-3.
12. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S., Health in All Policies: Seizing opportunities, Implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health. 2013.
13. Luque JS, Soulen G, Davila CB, Cartmell K. Access to health care for uninsured Latina immigrants in South Carolina. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):1-12.
14. Sadler M, Obach A, Biggs A. Estudio Barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. CulturaSalud/Ministerio de Salud; 2010.
15. Carrasco-Sanz A, Leiva-Gea I, Martin-Alvarez L, del Torso S, van Esso D, Hadjipanayis A, et al. Migrant children's health problems, care needs, and inequalities: European primary care paediatricians' perspective. Child: Care, Health and Development. 2018;44(2):183-7.
16. Chiarenza A, Dauvrin M, Chiesa V, Baatout S, Verrept H. Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. BMC Health Services Research. 2019;19(1):1-14.
17. Origlia Ikhilor P, Hasenberg G, Kurth E, Asefaw F, Pehlke-Milde J, Cignacco E. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. Journal of Advanced Nursing. 2019;(November 2018):2200-10.
18. Banas JR, Ball JW, Wallis LC, Gershon S. The Adolescent Health Care Broker—Adolescents Interpreting for Family Members and Themselves in Health Care. J Community Health. 2017;42(4):739-47.
19. Lee SK, Sulaiman-Hill CR, Thompson SC. Overcoming language barriers in community-based research with refugee and migrant populations: Options for using bilingual workers. BMC Int Health Hum Rights. 2014;14(1):1-13.
20. Saunders NR, Gill PJ, Holder L, Vigod S, Kurdyak P, Gandhi S, et al. Use of the emergency department as a first point of contact for mental health care by immigrant youth in Canada: A population-based study. Cmaj. 2018;190(40):E1183-91.

21. Salami B, Salma J, Hegadoren K. Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2019;28(1):152-61.
22. Fajardo M, Patiño M, Patiño C. Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Rev Iberoam Psicol Cienc y Tecnol*. 2008;1(1):39-50.
23. Myhrvold T, Småstuen MC. The mental healthcare needs of undocumented migrants: an exploratory analysis of psychological distress and living conditions among undocumented migrants in Norway. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(5-6):825-39.
24. Fajardo M, Patiño M, Patiño C. Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*. 2008;1(1):39-50.
25. Islam F, Multani A, Hynie M, Shakya Y, McKenzie K. Mental health of South Asian youth in Peel Region, Toronto, Canada: A qualitative study of determinants, coping strategies and service access. *BMJ Open*. 2017;7(11):1-11.
26. Posselt M, McDonald K, Procter N, De Crespigny C, Galletly C. Improving the provision of services to young people from refugee backgrounds with comorbid mental health and substance use problems: Addressing the barriers. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1-17.
27. McCann T V., Mugavin J, Renzaho A, Lubman DI. Sub-Saharan African migrant youths' help-seeking barriers and facilitators for mental health and substance use problems: A qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):1-10.
28. Colucci E, Minas H, Szwarc J, Guerra C, Paxton G. In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcult Psychiatry*. 2015;52(6):766-90.
29. Gurnah K, Khoshnood K, Bradley E, Yuan C. Lost in translation: Reproductive Health care experiences of Somali Bantu women in Hartford, Connecticut. *J Midwifery Women's Heal*. 2011;56(4):340-6.
30. Straiton ML, Myhre S. Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(4):352-9.
31. Kim W, Kreps GL, Shin CN. The role of social support and social networks in health information-seeking behavior among Korean Americans: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*. 2015;14(1):1-10.
32. Straiton ML, Myhre S. Learning to navigate the healthcare system in a new country: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2017;35(4):352-9.
33. Espinoza R, Martínez I, Levin M, Rodríguez A, Chan T, Goldenberg S, et al. Cultural perceptions and negotiations surrounding sexual and reproductive health among migrant and non-migrant indigenous Mexican women from Yucatán, Mexico. *J Immigr Minor Heal*. 2014;16(3):356-64.
34. P. Eguiguren, G. Rojas, M. I. Matamala, I. Palma y T. Galvez. Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Rev Panamericana de Salud Pública*. 2017;41(77):7.
35. Reyes-Urueña J, Campbell C, Hernando C, Vives N, Folch C, Ferrer L, et al. Differences between migrants and Spanish-born population through the HIV care cascade, Catalonia: An analysis using multiple data sources. *Epidemiol Infect*. 2017;145(8):1670-81.
36. Musumari PM, Chamchan C. Correlates of HIV testing experience among migrant workers from Myanmar residing in Thailand: A secondary data analysis. *PLoS One*. 2016;11(5):1-19.
37. Khuat T, Do T, Nguyen V, Vu X, Nguyen P, Tran K, et al. The Dark Side of Female HIV Patient Care: Sexual and Reproductive Health Risks in Pre- and Post-Clinical Treatments. *J Clin Med*. 2018;7(1):402.

38. Wafula EG, Snipes SA. Barriers to health care access faced by black immigrants in the US: Theoretical considerations and recommendations. *J Immigr Minor Heal*. 2014;16(4):689-98.
39. Ochieng BMN. Black African migrants: The barriers with accessing and utilizing health promotion services in the UK. *Eur J Public Health*. 2013;23(2):265-9.
40. Lazear KJ, Pires SA, Isaacs MR, Chaulk P, Huang L. Depression among low-income women of color: Qualitative findings from cross-cultural focus groups. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2008;10(2):127-33.
41. Van Loenen T, Van Den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, Van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur J Public Health*. 2018;28(1):82-7.
42. Velez D, Palomo-Zerfas A, Nunez-Alvarez A, Ayala GX, Finlayson TL. Facilitators and Barriers to Dental Care Among Mexican Migrant Women and Their Families in North San Diego County. *J Immigr Minor Heal*. 2017;19(5):1216-26.
43. Locker D, Clarke M, Murray H. Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(3):177-81.
44. Lee JB, DeFrank G, Gaipa J, Arden M. Applying a Global Perspective to School-Based Health Centers in New York City. *Ann Glob Heal*. 2017;83(6):803-7.
45. Obach A, Sadler M, Cabieses B. Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study. *Heal Expect*. 2019;22(2):183-92.
46. Obach A, Sadler M, Jofré N. Sexual and reproductive health of adolescents in Chile: The role of sexual education. *Rev Salud Publica*. 2017;19(6):848-54.
47. Robards F, Kang M, Steinbeck K, Hawke C, Jan S, Sancil L, et al. Health care equity and access for marginalised young people: a longitudinal qualitative study exploring health system navigation in Australia. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):1-14.
48. Astorga-Pinto S, Correa E, Molina X, Cabieses B, Raggio P, Quiroz RZ, et al. Caracterización socio-demográfica y de salud de la población haitiana en la comuna de Peumo, Chile. *Cuad Médicos Soc*. 2018;58(4):121-31.